

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Казанский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра стоматологии детского возраста

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

по детской хирургической стоматологии

модуль «*Детская челюстно-лицевая хирургия*»

для специальности 060201 «Стоматология»

Казань 2014 год

УДК 616.31:614.2 – 053.2 (075.8)

ББК 566я73

Печатается по решению Центрального координационно-методического совета ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Составители:

Р.З. Уразова – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Р.М. Сафина – кандидат медицинских наук, доцент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

М.Г. Гилязиев – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры стоматологии детского возраста ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Рецензенты:

А.В. Анохина – доктор медицинских наук, заведующий кафедрой терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

И.И. Гиниятуллин – доктор медицинских наук профессор кафедры терапевтической стоматологии ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Оценочные средства по детской хирургической стоматологии, модуль «*Детская челюстно-лицевая хирургия*» для специальности 060201 «стоматология»: Учебное пособие для студентов. /Р.З. Уразова, Р.М. Сафина, М.Г. Гилязиев – Казань: КГМУ, 2014. - 61 с.

Учебное пособие «Оценочные средства по детской хирургической стоматологии» предназначено для обучения студентов 4-5 курсов стоматологического факультета КГМУ по модулю «Детская челюстно-лицевая хирургия».

В учебно-методическом пособии представлены различные оценочные средства: тесты, вопросы для коллоквиума, рефератов; ситуационные задачи, ролевые игры и лекции- конференции для контроля знаний при формировании у студентов профессиональных и общекультурных компетенций по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия», модуль «Детская челюстно-лицевая хирургия».

© ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации 2014

Введение

Актуальность. При традиционной форме обучения как у студентов, так и у преподавателей, прочно сложилось представление об оценочной деятельности, как о заключительном этапе обучения.

Переход на Федеральный государственный образовательный стандарт требует нового подхода к оценочной деятельности преподавателя на различных этапах формирования профессиональных компетенций у студентов.

Цель учебного пособия: Разработать новые оценочные средства для текущего контроля формирования профессиональных компетенций у студентов 4-5 курсов стоматологического факультета КГМУ по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия», модуль «Детская челюстно-лицевая хирургия».

Задачи учебного пособия:

1. Разработать новые подходы к оценочной деятельности на различных этапах формирования компетенций у студентов.
2. Достичь систематизации и упорядоченности в оценочной деятельности.
3. Достичь объективности и прозрачности в оценке результатов обучения студентов.
4. Создать возможность студентам для самооценки результатов усвоения компетенций.

Комплект вопросов к коллоквиуму:

Раздел 1. «Обезболивание и реанимация в детской хирургической стоматологической практике. Операция удаление зубов у детей»

Методы общего обезболивания при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей

- 1) Дайте определение термину наркоз?
- 2) Виды наркоза, применяемые в детской стоматологической практике?
- 3) Показания к общему обезболиванию у детей экстренном порядке.
- 4) Противопоказания к общему обезболиванию у детей в плановом порядке.
- 5) Назовите ингаляционные виды наркоза.
- 6) Неингаляционные виды наркоза.
- 7) Премедикация определение, цель.
- 8) Ингаляционный наркоз. Препараты
- 9) Преимущества и недостатки ингаляционного наркоза.
- 10) Преимущества и недостатки неингаляционного наркоза.
- 11) Объем обследования ребенка при подготовке к наркозу
- 12) Нейролептаналгезия. Назовите анальгетики.
- 13) Назовите этапы анестезии, общие для наркоза, проводимые как в стационаре, так и в поликлинике
- 14) Схема проведения премедикации.
- 15) В состав веществ для премедикации включают:
- 16) Обморок. Клиника. Стандарт действия.
- 17) Коллапс. Клиника. Стандарт действия.
- 18) Анафилактический шок. Клиника. Стандарт действия.
- 19) Бронхиальная астма (астматический статус), клиника, стадий, стандарт действия.
- 20) Судороги. Стандарт действия.

Методы местного обезболивания при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей

1. Какие методы обезболивания применяются в настоящее время?
2. Назовите 3 основные группы лекарственных средств, обладающих успокаивающим действием.
3. Дайте определение понятию местные анестетики. Каковы главные требования к ним в детской практике.
4. Сколько поколений анестетиков существует. Приведите примеры.
5. Механизм действия местных анестетиков.
6. Что такое вазоконстрикторы, какие вещества применяются.
7. Какие преимущества даёт комбинация местных анестетиков с вазоконстрикторами?
8. Какие концентрации вазоконстрикторов используют в стоматологии.
9. На какие группы можно разделить местные анестетики по длительности действия.
10. Что такое аппликационная анестезия.
11. Показания к применению аппликационной анестезии.
12. Инъекционные методы обезболивания.
13. Что такое инфильтрационная анестезия, виды.
14. Перечислите достоинства инфильтрационной анестезии.
15. Что такое проводниковая анестезия, виды.
16. Способы проведения проводникового обезболивания.
17. Перечислите достоинства проводниковой анестезии.
18. Безыгольный метод местной анестезии, его преимущества.
19. Противопоказания к применению вазоконстрикторов.
20. Осложнения местного обезболивания.

Операция удаления зуба у детей: показания и противопоказания, особенности удаления временных зубов, осложнения и методы их предупреждения Этапы удаления молочного зуба.

1. Показания к удалению молочных зубов.
2. Показания к аппликационной анестезии.
3. Особенности аппликационной анестезии.
4. Противопоказания к удалению молочных зубов.
5. Почему противопоказан кюретаж лунки (альвеолы) после удаления молочного зуба?
6. За какой период времени происходит полная эпителизация лунки?
7. Перечислите аномалии и пороки развития зубов, при которых показано их удаление.
8. Какие осложнения наблюдаются после удаления временных зубов?
9. Показания к стационарному лечению.
10. Методы предупреждения осложнений, возникающих после удаления временных зубов.
11. Сверхкомплектные зубы.
12. Причины появления сверхкомплектных зубов. Симптомы.
13. Диагностика сверхкомплектных зубов.
14. Тактика врача-стоматолога при сверхкомплектных зубах.
15. Ретинированные зубы. Этиология и патогенез ретенции зуба.
16. Виды ретенции зубов.
17. Симптомы ретенции зуба.
18. Тактика стоматолога при ретенции зуба.
19. Осложнения при несвоевременном лечении ретинированных зубов.
20. Этапы удаления молочного зуба.
21. Показания к удалению молочных зубов.
22. Показания к аппликационной анестезии.

23. Особенности аппликационной анестезии.
24. Противопоказания к удалению молочных зубов.
25. Почему противопоказан кюретаж лунки (альвеолы) после удаления молочного зуба?
26. За какой период времени происходит полная эпителизация лунки?
27. Перечислите аномалии и пороки развития зубов, при которых показано их удаление.
28. Какие осложнения наблюдаются после удаления временных зубов?
29. Показания к стационарному лечению.
30. Методы предупреждения осложнений, возникающих после удаления временных зубов.
31. Сверхкомплектные зубы.
32. Причины появления сверхкомплектных зубов. Симптомы.
33. Диагностика сверхкомплектных зубов.
34. Тактика врача-стоматолога при сверхкомплектных зубах.
35. Ретинированные зубы. Этиология и патогенез ретенции зуба.
36. Виды ретенции зубов.
37. Симптомы ретенции зуба.
38. Тактика стоматолога при ретенции зуба.
39. Осложнения при несвоевременном лечении ретинированных зубов.

Раздел 2. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей»

1. Дайте определение остеомиелита.
2. Как вы понимаете заключение – одонтогенный остеомиелит?
3. Назовите основные морфологические изменения при остеомиелите.
4. Что такое секвестр?
5. Что такое секвестральная полость?
6. Почему больному показано оперативное лечение?
7. Назовите морфологические изменения, характерные для хронического остеомиелита
8. Что такое свищ?
9. Какова тактика лечения одонтогенного остеомиелита в фазе стабилизации воспалительного процесса?
10. Назовите патогномичные симптомы острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти у детей.
11. Какова тактика лечения одонтогенного остеомиелита в период формирования секвестров?
12. В острый период одонтогенного остеомиелита какое состояние у больных?
13. Чем отличается острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти, от аналогичного поражения верхней челюсти?
14. Что характерно для хронического одонтогенного остеомиелита челюстей:
15. Этиология, патогенез, клинико-рентгенологическая картина, диагностика и лечение детей с деструктивной формой хронического одонтогенного остеомиелита челюсти.
16. Этиология, патогенез, клинико-рентгенологическая картина, диагностика и лечение детей с деструктивно-продуктивной формой хронического одонтогенного остеомиелита челюсти.
17. Этиология, патогенез, клинико-рентгенологическая картина, диагностика и лечение детей с продуктивной (гиперпластической) формой хронического одонтогенного остеомиелита челюсти.
18. Хронический гематогенный остеомиелит челюстей у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
19. Хронический травматический остеомиелит челюстей у детей. Патогенез, клиника, диагностика и лечение.
20. Осложнения и исходы хронического остеомиелита челюстей у детей. Диспансеризация и медицинская реабилитация детей с хроническим остеомиелитом челюсти Клиника деструктивной формы хронического остеомиелита челюсти у детей.

21. Лабораторные показатели при деструктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей.
22. Рентгенологическая картина при деструктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей. Осложнения.
23. Хронический гематогенный остеомиелит челюсти у детей. Этиология.
24. Хронический гематогенный остеомиелит челюсти у детей. Особенности.
25. Хронический травматический остеомиелит челюсти у детей. Этиология.
26. Хронический травматический остеомиелит челюсти у детей. Особенности.
27. Хронический травматический остеомиелит челюсти у детей. Рентгенологическая картина.
28. Клиника продуктивной формы хронического остеомиелита челюсти у детей.
29. Особенности течения продуктивной формы хронического остеомиелита челюсти у детей.
30. Рентгенологическая картина продуктивной формы хронического остеомиелита челюсти у детей.
31. Дифференциальная диагностика продуктивной формы хронического остеомиелита челюсти у детей.
32. Рентгенологическая картина при деструктивно-продуктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей.
33. Клиника деструктивно-продуктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей.
34. Деструктивная форма хронического остеомиелита челюсти у детей. Лечение.
35. Показания к секвестрэктомии при деструктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей. Сроки проведения операции.
36. Хирургическое лечение при продуктивной форме хронического остеомиелита челюсти у детей.
37. Осложнения хронического остеомиелита челюсти у детей.
38. Профилактика осложнений хронического остеомиелита челюсти у детей.
39. Поддерживающая терапия в период ремиссии хронического остеомиелита челюсти у детей.

Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста.

Принципы реабилитации.

1. Бактериальная инфекция.
2. «Входные ворота» для инфекции.
3. Реакция лимфатической системы.
4. Очаги поражения на верхней челюсти.
5. Очаги поражения на нижней челюсти.
6. Показания к необходимой хирургической стоматологической помощи:
 - а) при наличии инфильтратов на поверхности лица (показания к наружному разрезу);
 - б) при наличии инфильтратов в полости рта (показания к внутри ротовому разрезу).
7. План обследования ребенка, поступившего в стационар с диагнозом гематогенный остеомиелит верхней челюсти.
8. Комплекс лечебных мероприятий в лечении острого гематогенного остеомиелита челюстных и лицевых костей.
9. Лекарственные вещества, применяемые при дезинтоксикационной терапии. Способы их введения: внутривенно, внутримышечно, перорально.
10. Повышение сопротивляемости организма к инфекции.
11. Воздействие на возбудителя заболевания.
12. Лечебные мероприятия при хроническом гематогенном остеомиелите.

10. Сроки и задачи оперативного вмешательства при хроническом гематогенном остеомиелите.
13. Профилактика острого и хронического гематогенного остеомиелита.

Одонтогенные воспалительные кисты у детей

1. Дайте определение одонтогенной кисты.
2. Какие одонтогенные кисты вы знаете?
3. Что такое радикулярная киста и как она образуется?
4. Укажите наиболее частую локализацию радикулярной кисты.
5. Опишите гистологическое строение радикулярной кисты (стенка, эпителиальная выстилка).
6. Назовите осложнения, которые может давать радикулярная киста.
7. Какова частота радикулярных кист среди одонтогенных?
8. Способы хирургического лечения ОВК челюстей у детей.
9. Возможные осложнения при ОВК челюстей у детей.
10. Профилактика ОВК челюстей у детей.
11. Клиника ОВК челюстей у детей.
12. Наиболее информативный метод исследования ОВК?
13. Диагностика ОВК.
14. Прогноз после хирургического лечения ОВК?
15. Показания к цистотомии.
16. Показания к цистэктомии.
17. Дифференциальная диагностика ОВК.
18. Этиология ОВК.
19. Рентгенологическое описание ОВК.
20. Особенности лечения нагноившихся кист у детей.

Раздел 3. «Воспалительные заболевания слюнных желез у детей.»

1. Классификация воспалительных заболеваний слюнных желез.
2. Паротит новорожденного. Определение. Клиническая картина.
3. Паротит новорожденного. Дифференциальная диагностика.
4. Паротит новорожденного. Лечение.
5. Острый эпидемический паротит. Поражаемые железы. Этиология.
6. Острый эпидемический паротит. Клиническая картина.
7. Острый эпидемический паротит. Дифференциальная диагностика.
8. Острый эпидемический паротит. Лечение. Возможные осложнения.
9. Хронический паренхиматозный паротит. Классификация, локализация и этиология.
10. Хронический паренхиматозный паротит. Клиническая картина.
11. Хронический паренхиматозный паротит. Диагностика.
12. Какие эхографические признаки характерны для хронического паренхиматозного паротита.
13. Хронический паренхиматозный паротит. Дифференциальная диагностика.
14. Хронический паренхиматозный паротит. Лечение.
15. Хронический паренхиматозный паротит. Профилактика обострения хронического процесса.
16. Слюнно-каменная болезнь. Определение.
17. Слюнно-каменная болезнь. Этиология и патогенез.
18. Слюнно-каменная болезнь. Клиническая картина (3 варианта).
19. Слюнно-каменная болезнь. Диагностика.
20. Слюнно-каменная болезнь. Лечение.
21. Слюнно-каменная болезнь. Профилактика.

Раздел 4. «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей»

1. Анатомо-топографическое строение височно-нижнечелюстного сустава.
2. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава у детей в различные возрастные периоды.
3. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
4. Классификация и этиология артритов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
5. Клиника, диагностика и лечение артритов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
6. Этиология и патогенез вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
7. Клиника, диагностика и лечение вторичного деформирующего остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
8. Этиология и патогенез костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
9. Клиника, диагностика и лечение анкилоза височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
10. Этиология и клиника неоартрозов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
11. Диагностика и лечение неоартрозов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
12. Этиология и патогенез функциональных заболеваний ВНЧС у детей и подростков.
13. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава Клиника, диагностика и лечение.
14. Воспалительно-дегенеративные заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика и лечение.
15. Классификация вывихов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков.
16. Клиника, диагностика и лечение вывихов височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков
17. Рентгенологические методы обследования ВНЧС.
17. Правила назначения антибактериальных, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, их дозировка в зависимости от возраста ребенка.
18. Физиотерапевтические методы лечения детей с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
19. Реабилитация детей с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.

Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков

1. Особенности строения ВНЧС у детей в различные возрастные периоды.
2. Что такое функционально – дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков?
3. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. Методы диагностики.
4. Классификация артритов височно-нижнечелюстного сустава в подростковом возрасте.
5. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков (Н.Н. Каспарова, 1981).
6. Этиология острых артритов височно–нижнечелюстного сустава у детей и подростков?
7. В каком возрасте чаще встречается юношеская дисфункция ВНЧС. С чем это связано?
8. Дифференциальная диагностика: юношеская дисфункция ВНЧС.
9. Хронический артрит ВНЧС. Клиника.
10. Юношеская дисфункция ВНЧС. Патогенез.
11. Юношеская дисфункция ВНЧС. Клиника.
12. Что такое деформирующий юношеский артроз. Этиология. Патогенез.
13. Вывихи ВНЧС у детей и подростков. Классификация, клиника, диагностика и лечение.

14. Артриты ВНЧС у детей и подростков. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение.
15. Рентгенологические методы обследования ВНЧС.
16. Правила назначения антибактериальных, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, их дозировка в зависимости от возраста ребенка.
17. Дать определение аксиографическое исследование. Зачем применяется данный метод.
18. Лечение деформирующего юношеского артроза.
19. Воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично хрящевые заболевания. Этиология. Патогенез. Клиника. Лечение.
20. Деформирующий юношеский артроз. Исходы.

Раздел 5. «Травма челюстно-лицевой области детей.»

Травма мягких тканей лица и органов полости рта у детей

- 1) Классификация особенности повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
- 2) Особенности повреждения мягких тканей ЧЛО у детей.
- 3) Клинические признаки повреждений мягких тканей ЧЛО у детей.
- 4) Травматические повреждения мягких тканей ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
- 5) Основные виды неогнестрельных повреждений ЧЛО у детей.
- 6) Отморожение ЧЛО у детей. Клиника, диагностика и лечение.
- 7) Термические ожоги. Клиника, диагностика и лечение
- 8) Химические ожоги. Клиника, диагностика и лечение
- 9) Хирургическая обработка неогнестрельных повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области.
- 10) Особенности первичной хирургической обработки укушенных ран лица.
- 11) Особенности первичной хирургической обработки ран лица.
- 12) Показания к госпитализации ребенка.
- 13) Травма мягких тканей лица, органов полости рта у детей.
- 14) Этиология повреждений мягких тканей лица, органов полости рта у детей.
- 15) Повреждения с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта
- 16) Периоды течения раневого процесса
- 17) Этапы поздней хирургической обработки раны
- 18) Первичной хирургической обработке не подлежат
- 19) Виды заживления ран
- 20) Повреждения без нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта

Травма зубов и челюстных костей у детей

- 1) Классификация травмы зубов.
- 2) Лечение неполных вывихов молочных зубов.
- 3) Какими способами осуществляется иммобилизация или фиксация зубов в детском возрасте?
- 4) Лечение при переломе шейки зуба.
- 5) Особенности повреждений временных и постоянных зубов у детей.
- 6) Клинические признаки повреждений временных и постоянных зубов у детей.
- 7) Каких дополнительных специалистов привлекают при лечении вывихов зубов у детей?
- 8) Какими клиническими и функциональными методами исследования определяют жизнеспособность пульпы травмированного зуба в постоянном прикусе?
- 9) Показания и противопоказания к реплантации зуба.
- 10) Тактики врача-стоматолога при выборе метода лечения вколоченного вывиха постоянного зуба.
- 11) Клиника при травме зачатка постоянного зуба.

- 12) Какие бывают переломы нижней челюсти у детей?
- 13) Сопутствующие осложнения при переломах верхней челюсти.
- 14) Классификация по Ле Фор.
- 15) Классификация переломов нижней челюсти.
- 16) Различия клиники переломов у взрослых и у детей.
- 17) Сроки образования первичной и вторичной костной мозоли у взрослых и у детей.
- 18) Перечислите особенности ПХО ран лица.
- 19) Лечение переломов верхней челюсти.
- 20) Профилактика посттравматического остеомиелита.

Раздел 4. «Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей»

Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, полости рта

1. Опухолевый процесс. Общие положения.
2. Основные отличия злокачественных и доброкачественных опухолей
3. Теории возникновения злокачественных опухолей у детей.
4. Общая классификация опухолей и опухолеподобных образований тканей и органов полости рта и ротоглотки.
5. Особенности проявления опухолей и опухолеподобных образований мягких тканей лица у детей.
6. Общая характеристика доброкачественных опухолей и опухолевидных образований полости рта, мягких тканей лица и слюнных желез.
7. Общая характеристика злокачественных опухолей полости рта, мягких тканей лица и слюнных желез.
8. Доброкачественные опухоли происходящие из эпителиальной ткани. Классификация Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
9. Злокачественные опухоли происходящие из эпителиальной ткани. Классификация Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
10. Доброкачественные опухоли происходящие из соединительной ткани. Классификация Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
11. Злокачественные опухоли происходящие из соединительной ткани. Классификация Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
12. Доброкачественные и злокачественные опухоли происходящие из жировой ткани. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
13. Доброкачественные опухоли происходящие из мышечной ткани. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
14. Злокачественные опухоли происходящие из мышечной ткани. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
15. Сосудистые опухоли и опухолеподобные образования. Гемангиомы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
16. Сосудистые опухоли и опухолеподобные образования. Лимфангиомы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
17. Доброкачественные опухоли, исходящие из меланогенной системы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
18. Злокачественные опухоли, исходящие из меланогенной системы. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
19. Опухолеподобные новообразования мягких тканей лица и полости рта у детей. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
20. Нейрофиброматоз. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
21. Опухоли слюнных желез. Общая характеристика. Классификация.
22. Эпителиальные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.

23. Опухолоподобные кисты слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
24. Опухоли и опухолоподобные поражения периферических нервов. Классификация. Клиника, диагностика, лечение, реабилитация.
25. Общие принципы диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований мягких тканей лица, полости рта и слюнных желез у детей.
26. Общие принципы лечения доброкачественных и злокачественных новообразований мягких тканей лица, полости рта и слюнных желез у детей.

Раздел 5. «Врождённые и наследственные заболевания лица и шеи, челюстных и лицевых костей, слизистой оболочки рта.»

Расщелины губы и нёба – распространенность, этиология и патогенез

1. Классификация и характеристика типичных расщелин лица
2. Наиболее распространенные моногенные синдромы с расщелиной губы и нёба
3. Распространенность, этиология и патогенез нетипичных расщелин ЧЛО
4. Клинико-анатомические характеристики нетипичных расщелин ЧЛО
5. Принципы лечения и реабилитации больных с врожденными расщелинами ЧЛО
6. Проблемы реабилитации больных с врожденными расщелинами ЧЛО
7. Профилактика врожденных расщелин ЧЛО
8. Медико-генетического консультирование в отношении

Критерии оценки вопросов для теоретических занятий

Оценки «отлично» заслуживает студент, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную литературу и знакомый с дополнительной, рекомендованной для подготовки к коллоквиуму. Как правило, оценка «отлично» выставляется студентам, усвоившим взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную литературу, рекомендованную к коллоквиуму. Как правило, оценка «хорошо» выставляется студенту, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной литературой, рекомендованной к занятию.

Оценка «удовлетворительно» выставляется студенту, допустившему погрешности, но владеющему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.

1. Тематика рефератов:

1. Особенности выбора метода и средства для местного обезболивания у детей при выполнении амбулаторных вмешательств в полости рта. Виды вмешательств. Осложнения.
2. Показания к применению общего обезболивания у детей при оказании медицинской помощи в условиях амбулаторного приёма. Противопоказания. Подготовка пациента к наркозу.
3. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.

- Принципы лечения. Современная антибактериальная терапия.
4. Хронический одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологические формы. Особенности лечения. Профилактика. Реабилитация.
 5. Перелом переднего отдела альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Клиническая картина. Диагностика, лечение, прогноз.
 6. Перелом нижней челюсти у детей. Виды, локализация, клинические проявления. Первая медицинская помощь. Лечение. Особенности шинирования.
 7. Сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма. Особенности течения челюстно-лицевых травм у детей. Оказание помощи на до госпитальном этапе и в специализированных учреждениях.
 8. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Причины. Клиника. Методы обследования. Планирование комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией.
 9. Применение компрессионно-дистракционного остеогенеза у детей.
 10. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 11. Врождённые расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твёрдого и мягкого нёба. Этапы комплексной реабилитации детей в условиях центров диспансеризации.
 12. Современные методы диагностики мягкотканых новообразований (гемангиомы, лимфангиомы) в челюстно-лицевой области у детей.

Критерии оценки рефератов

Критерий	Показатель
1. новизна реферированного текста. макс. – 20 баллов	- актуальность проблемы и темы; - новизна и самостоятельность в постановке проблемы, в формулировании нового аспекта выбранной для анализа проблемы; - самостоятельность суждений
2. степень раскрытия сущности проблемы. макс. – 30 баллов	- соответствие плана теме реферата; - соответствие содержания теме и плану реферата; - полнота и глубина раскрытия основных понятий проблемы - обоснованность способов и методов работы с материалом; - умение работать с литературой, систематизировать и структурировать материал; - умение обобщать, сопоставлять различные точки зрения по рассматриваемому вопросу, аргументировать основные положения и выводы
3. обоснованность выбора источников. макс. – 20 баллов	- круг, полнота использования литературных источников по проблеме; - привлечение новейших работ по проблеме (журнальные публикации, материалы сборников научных трудов и т. д.)
4. соблюдение требований к оформлению. макс. – 15 баллов	- правильное оформление ссылок на используемую литературу; - грамотность и культура изложения; - владение терминологией и понятийным аппаратом проблемы; - соблюдение требований к объему реферата; - культура оформления: выделение абзацев
5. грамотность. макс. – 15 баллов	- отсутствие орфографических и синтаксических ошибок, стилистических погрешностей; - отсутствие опечаток, сокращений слов, кроме общепринятых; - литературный стиль

Реферат оценивается по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

Комплект ситуационных задач

Раздел 1. «Обезболивание и реанимация в детской хирургической стоматологической практике.

Операция удаления зубов у детей.»

Задача 1. Ребенку 6 лет. Обратился с жалобами на боли в зубах нижней челюсти слева, болезненность при глотании и широком открывании рта. Температура 38,5. Болен в течение трех суток. В анамнезе: бронхиальная астма. При осмотре: ребенок вял, бледен, капризничает. Асимметрия лица за счет отека щечной и подчелюстной областей. Пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в подчелюстной области слева. Открывание рта несколько ограничено, болезненно. 7.4, 7.5 – розового цвета, в 7.4 – пломба, в 7.5 – кариозная полость. Перкуссия 7.4, 7.5, а также интактных 7.3, 3.6 болезненна. Зубы подвижны, переходная складка соответственно сглажена, гиперемирована, резко болезненна. Определяется флюктуация, болезненна при пальпации.

- 1) Укажите вид обезболивания(наркоза), при котором возможно проведение хирургического вмешательства?
- 2) Напишите частые осложнения при применении наркоза.
- 3) Напишите дозированную концентрацию, применяемую в детском и во взрослом возрасте. (тиопентал натрия)
- 4) Напишите высшую разовую дозу для детей (до 3 лет) и от (3-7).

Эталон ответа:

- 1) Неингаляционный: внутривенный.
- 2) Коллапс
- 3) Для наркоза применяют у взрослых 2 - 2,5 % раствор, а у детей, ослабленных больных и пожилых людей - 1 %.
- 4) 0,04 г (до 3 лет) и 0,05 г (3 - 7 лет) на 1 год жизни.

Задача 2. Ребенку 7 лет. Жалобы на наличие свища в подчелюстной области с постоянным гнойным отделяемым, грануляциями, а также на припухлость правой подчелюстной области и утолщение челюсти. Болеет 1,5 месяца. Из анамнеза выяснено, что ранее в стационаре был удален 85 зуб и вскрыт абсцесс в подчелюстной области, проведено противовоспалительное лечение. Состояние ребенка улучшилось. Он был выписан домой. Однако рана полностью не зажила и сформировался свищ.

Объективно: Асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти справа подчелюстной области функционирующий свищ с выходящими грануляциями. Рот открывает свободно. Зубы 4.6, 8.4, 8.3 подвижны. Переходная складка в области этих зубов цианотична. Из лунки удаленного 8.5 зуба растут грануляции, имеется скудное гнойное отделяемое.

- 1) Укажите вид обезболивания(наркоза) при котором возможно проведение хирургического вмешательства
- 2) Напишите частые осложнения при применении наркоза.
- 3) Какие типы Ингаляционного наркоза вы знаете
- 4) Какие типы не ингаляционного наркоза вы знаете

Эталон ответа: 1) Смешанный наркоз; 2) Аритмия, брадикардия, артериальная гипотензия, угнетение дыхания, головная боль, тремор после пробуждения, постнаркозный озноб, тошнота, 3) масочный; назофарингеальный; эндо трахеальный или интубационный:

эндотрахеальный через нос; эндо трахеальный через рот; эндотрахеальный через трахеотомическую трубку.4) а) внутривенный; б) внутримышечный; в) прямокишечный.

Задача 3. Девочке 7 лет Жалобы на боль в зубе 1.6, припухлость щеки, головную боль, наличие температуры 37,5. 2 дня назад зуб 1.6 заболел. Зуб был лечен по поводу осложненного кариеса. Спустя 3 часа после лечения появилась боль в зубе, челюсть грели грелкой, принимала анальгин. Боль продолжала усиливаться, появился озноб, увеличился отек щеки.

Объективно: Асимметрия лица за счет коллатерального отека в области верхней челюсти справа, кожа напряжена, в складку не собирается, подчелюстные лимфатические узлы резко болезненны при пальпации. Зуб 1.6 разрушен на 2/3, перкуссия резко болезненна, подвижность II степени. Зубы 5.3, 5.5 интактны, безболезненны при перкуссии, несколько подвижны.

- 1) Укажите вид обезболивания, при котором возможно проведение хирургического вмешательства:
- 2) Напишите частые осложнения при применении наркоза.
- 3) Напишите дозированную концентрацию применяемую в детском и во взрослом возрасте. (Тиопентал натрия)
- 4) Напишите высшую разовую дозу для детей (до 3 лет) и от (3-7).

Эталон Ответа:

- 1) Неингаляционный: внутривенный.
- 2) Коллапс
- 3) Для наркоза применяют у взрослых 2 - 2,5 % раствор, а у детей, ослабленных больных и пожилых людей - 1 %.
- 4) 0,04 г (до 3 лет) и 0,05 г (3 - 7 лет) на 1 год жизни.

Задача 4. Ребенку 6 лет Обратился с жалобами на боли в зубах нижней челюсти справа, болезненность при глотании и широком открывании рта. Имеется стоматофобия. При осмотре: ребенок вял, бледен, капризничает. Асимметрия лица за счет отека щечной и подчелюстной областей. Пальпируются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в подчелюстной области справа. Открывание рта несколько ограничено, болезненно. 8.4, 8.5 – розового цвета, в 8.4 – пломба, в 8.5 – кариозная полость. Перкуссия 8.4, 8.5, а также интактных 8.3, 4.6 болезненна. Зубы подвижны, переходная складка соответственно сглажена, гиперемирована, резко болезненна.

- 1) Укажите вид обезболивания.
- 2) Напишите побочные действия при применении наркоза (Галотан)
- 3) Напишите способ применение и дозу. (Галотан)
- 4) Напишите осложнение при передозировке
- 5) Напишите способ оказания помощи при передозировке.

Эталон ответа:

- 1) Ингаляционный наркоз: назофарингеальный
- 2) Аритмия, брадикардия, артериальная гипотензия, угнетение дыхания, головная боль, тремор после пробуждения, постнаркозный озноб, тошнота,
- 3) Поддержание хирургической стадии наркоза— в концентрации 0,5–2%; для введения в наркоз концентрацию постепенно увеличивают до 4%. Необходимая концентрация в крови— 25%; минимальная анестезирующая концентрация— 15% для взрослых; 1,08%, 0,92%, 0,64% соответственно для грудных детей, детей до 10 лет и пациентов старше 70 лет.
- 4) Выраженная брадикардия, аритмия, гипотензия, гипертермический криз, угнетение дыхания.
- 5) ИВЛ чистым кислородом.

Задача 5. Ребенок 9 лет обратился с жалобами на утолщение нижней челюсти слева. Заметил ее месяц назад. Лечение не проводилось. Объективно: имеется незначительная асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти слева. Определяются увеличенные, подвижные, безболезненные подчелюстные лимфатические узлы. При пальпации по переходной складке в области 7.3,

7.4, 7.5, 3.6 определяется безболезненное вздутие кости, пергаментный хруст. 7.4, 7.5 запломбированы. Зубы имеют розоватый цвет, перкуссия их безболезненна, в 36 – кариозная полость. На R грамме – очаг деструкции костной ткани нижней челюсти в области корней 7.4, 7.5 зубов с четкими границами, размером более 2 см в диаметре, к которому прилежат зачатки 3.4 и 3.5 зубов.

- 1) Укажите вид обезболивания(наркоза) при котором возможно проведение хирургического вмешательства
- 2) Напишите частые осложнения при применении наркоза.
- 3) Какие типы Ингаляционного наркоза вы знаете
- 4) Какие типы не ингаляционного наркоза вы знаете

Эталон ответа: 1) Смешанный наркоз 2) Аритмия, брадикардия, артериальная гипотензия, угнетение дыхания, головная боль, тремор после пробуждения, постнаркозный озноб, тошнота, 3) масочный; назофарингеальный; эндотрахеальный или интубационный: эндотрахеальный через нос; эндотрахеальный через рот; эндотрахеальный через трахеостомическую трубку. 4) а) внутривенный; б) внутримышечный; в) прямокишечный.

Методы местного обезболивания при проведении амбулаторных хирургических стоматологических вмешательств у детей

Задача 1. Пациент Н., 7 лет, обратился в хирургический кабинет с жалобами на подвижность 7.1 зуба, незначительную болезненность десны в области этого же зуба. Объективно III степень подвижности 7.1 зуба со смещением в вестибулярную сторону. Задание: определите метод обезболивания и анестезирующий раствор.

Эталон ответа: аппликационная анестезия 0,5-1% раствором дикаина или 2-4% раствором лидокаина.

Задача 2. Пациентка, 15 лет, обратилась в хирургический кабинет по поводу удаления 2.4 зуба по ортодонтическим показаниям. В анамнезе декомпенсированный порок сердца. Задание: определите метод обезболивания и анестезирующий раствор.

Эталон ответа: две инфильтрационные анестезии по обеим сторонам альвеолярного отростка в области 2.4 зуба. Необходимо использовать анестетик без вазоконстриктора, т.к. имеется сопутствующее заболевание, это может быть 3% мепивакаин, 4% артикаин и 2% лидокаин.

Задача 3. Хирург-стоматолог проводил анестезию для обезболивания слизистой оболочки твердого нёба, альвеолярного отростка с нёбной стороны на уровне жевательной группы зубов слева. После инъекции пациент почувствовал тошноту, у него возникли позывы на рвоту, ощущение инородного тела в глотке.

Задание: Укажите анестезию и блокируемый ею нерв. Определите наиболее вероятную ошибку техники проведения анестезии. Назовите причину побочных ощущений у пациента.

Эталон ответа: анестезия в области большого нёбного отверстия-большой нёбный нерв. Введение более 0,5 мл анестетика или введение его позади большого нёбного отверстия. Причина неприятных ощущений- выключение веточек большого нёбного нерва, иннервирующих мягкое нёбо, или малых нёбных нервов.

Задача 4. Пациент И., 17 лет, обратился к хирургу-стоматологу для удаления зуба 2.8 по ортодонтическим показаниям. В процессе введения анестетика врач заметил внезапное возникновение и быстрое нарастание припухлости мягких тканей в нижнем отделе височной и верхнем отделе околоушно-жевательной области слева.

Задание: Назовите осложнение, которое возникло у пациента. Укажите его причины. Определите моментальную тактику врача. Перечислите исходы этого осложнения.

Эталон ответа: Гематома. Травма сосудов при вколе иглы, выход крови в ткани. Тактика хирурга: холод на кожу на 15 минут и давящая повязка или ручное прижатие. Исходы: рассасывание или нагноение гематомы.

Задача 5. Пациент П., 8 лет, обратился в хирургический кабинет с жалобами на подвижность 6.1 зуба. Объективно II степень подвижности 6.1 зуба со смещением в нёбную сторону.

Задание: определите метод обезболивания и анестезирующий раствор.

Эталон ответа: аппликационная анестезия 0,5-1% раствором дикаина или 2-4% раствором лидокаина.

Операция удаления зуба у детей: показания и противопоказания, особенности удаления временных зубов, осложнения и методы их предупреждения

Задача 1. Ребенок, 5 лет. Жалобы на боли в зубах, головную боль. Температура тела субфебрильная, общее недомогание. При объективном осмотре выявлено: отек десны, гиперемия слизистой оболочки нижней челюсти слева. На Ro видны сформированные, но непрорезавшиеся зачатки зубов. Поставить диагноз.

Задача 2. Девочка, 6 лет. Жалобы на боли в зубах, головную боль. Температура тела повышена, общая слабость и недомогание. При объективном осмотре выявлена припухлость в области премоляров, гиперемия слизистой, болезненность при пальпации, неправильное прорезывание соседних зубов, нарушение эстетики лица. На рентгенограмме выявляется очаг просветления кости без четких границ. Сформулируйте диагноз.

Задача 3. Ребенок, 6 лет. Обратился с жалобами на подвижность зуба, боли при надкусывании. Из анамнеза выяснено, что ребенок упал со стула и ударился нижней челюстью. Объективно гиперемия слизистой оболочки, припухлость в области 55 зуба, болезненность при перкуссии. Поставьте диагноз.

Задача 4. Ребенок, 7 лет. Обратился с жалобами на повышение температуры тела до 39 градусов, озноб, общую слабость и недомогание. При осмотре выявлено: бледность кожных покровов и слизистых, воспалительный отек мягких тканей лица в подглазничной области, распространяющийся по носогубной борозде и тканям верхней губы, местно – разлитое воспаление 1-го моляра, гиперемия слизистой оболочки десневого края альвеолярного отростка и переходной складки. При пальпации соседние интактные зубы имеют патологическую подвижность. Ro выявляется разрежение и прозрачность кости, исчезновение трабекулярного рисунка, истончение коркового слоя. Лабораторно: общие изменения в лейкоцитарной формуле, увеличение СОЭ до 30 мм/ч, гипохромная анемия со снижением гемоглобина до 80 г/л. Поставить диагноз сформулировать лечение.

Задача 5. Ребенок, 9 лет. Обратился с жалобами на самопроизвольные боли при приеме пищи, в особенности на кислое и сладкое, дискомфорт в области 36 зуба. Объективно частичное разрушение коронковой части зуба, которое не подлежит восстановлению. При перкуссии и зондировании отмечается болезненность, при пальпации – зуб подвижен. Подвижность I степени. Сформулировать диагноз.

Раздел 2. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей»

Задача 1. Девочке 8 лет. Жалуется на периодическое повышение температуры тела, боли и утолщение тела нижней челюсти слева. Больна 1,5 месяца, когда заболели 7.4 и 7.5 зубы, была температура, отек. К врачу обратилась поздно. Зубы были удалены 4 недели тому назад. Проводилось противовоспалительное лечение, УВЧ-терапия. Состояние улучшилось, но не нормализовалось.

Объективно: Асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти слева. Кожа не напряжена, берется в складку, пальпация тела челюсти болезненна.

Регионарные лимфоузлы увеличены, подвижны, умеренно болезненны. Рот открывает

хорошо. Альвеолярный отросток от 3.2 до 3.6 зубов утолщен. 7.4 и 7.5 зубы отсутствуют, а в области лунок их имеются 2 свища с умеренным выделением густого гноя, выбухающими грануляциями. Слизистая цианотична, инфильтрирована. Т-37,0°C.

1.Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику.

2.Опишите возможные изменения на рентгенограмме.

Задача 2. Ребенку 10 лет. Со слов родителей около 6 месяцев тому назад заметили утолщение тела нижней челюсти справа, которое медленно увеличивается. Заболел ребенок после того, как ему запломбировали 4.6 зуб, который и далее периодически беспокоит.

Объективно: Асимметрии лица за счет утолщения тела и угла нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена, пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы справа увеличены, плотные, подвижные, слабо болезненные. В полости рта: Утолщение альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Кость плотная, пальпация безболезненна. В 4.6 зубе большая пломба, перкуссия зуба безболезненна. Слизистая оболочка альвеолярного отростка слегка цианотична. На рентгенограмме нижней челюсти оправа выявлено, что каналы 4.6 зуба не запломбированы, периодонтальная щель расширена. Тело, угол и ветвь нижней челюсти справа утолщены, кость имеет «мраморный рисунок». Выявляется четкая реакция надкостницы в виде избыточного апериостального образования кости (симптом луковицы).

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план лечения ребенка.

Задача 3. Ребенку 8 лет. Жалуется на утолщение нижней челюсти слева. Болен около 2,5 месяцев. Лечился в стационаре по поводу воспалительного процесса. Выписали с улучшением, однако утолщение челюсти сохранилось. Объективно: Определяется асимметрия лица за счет утолщения тела и ветви нижней челюсти слева. Регионарный хронический лимфаденит. Рот открывает ограничено. Слизистая альвеолярного отростка нижней челюсти слева гиперемирована, альвеолярный отросток утолщен. 3.6 зуб подвижен. Из лунок удаленных 7.4 и 7.5 зубов выбухают грануляции, выделяется гной. На Rg-грамме: Деформация нижней челюсти слева за счет избыточного костеобразования по краю нижней челюсти в виде апериостальных напластований. Множественные очаги деструкции кости в области ветви и угла нижней челюсти слева, чередуются с зонами остеосклероза. Разрушена кортикальная пластинка зачатков 3.4, 3.5, 3.7 зубов.

1.Сформулируйте диагноз.

2.Составьте план лечения ребенка.

Задача 4. В стационар направлен ребенок 7 лет. В анамнезе: в течение 2-х недель лечился в районной больнице. До того, около недели болел 4.6 зуб. В больнице был удален, вскрыта подчелюстная флегмона, проведена антибактериальная терапия, состояние улучшилось. Согласно записи педиатра ребенок с задержкой физического и психического развития, часто болеет.

Объективно: Кожные покровы бледные, Т-37,2°. Справа в подчелюстной области послеоперационный рубец. По ходу рубца 2 свища с обильным гнойным отделяемым. Тело нижней челюсти справа утолщено, мягкие ткани над ним инфильтрированы, уплотнены, умеренно болезненны при пальпации. Увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы. В полости рта: 4.6 зуб отсутствует. Подвижны и болезненны при перкуссии 8.5, 8.4, 8.3 зубы. Слизистая оболочка альвеолярного отростка отечна, цианотична, инфильтрирована. Из раны по переходной складке выделяется гной, так же как и из лунки удаленного 4.6 зуба. На R-грамме нижней челюсти справа определяются обширные очаги деструкции костной ткани тела и угла нижней челюсти с нечеткими

границами, выраженный остеопороз, разрушение кортикальной пластинки челюсти и зачатков 45 и 44 зубов. Реакция периоста выражена слабо.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка.

Задача 5. Ребенку 7 лет. Жалобы на утолщение нижней челюсти слева. В анамнезе: болен около 2-х месяцев, лечился в стационаре. Выписался через 3 недели с улучшением, однако утолщение челюсти сохранилось. Объективно: асимметрия лица за счет утолщения тела, угла и ветви нижней челюсти слева. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, плотные, слабо болезненны. В подчелюстной области слева послеоперационный рубец, по ходу которого имеется свищ с выходящими грануляциями и скудным гнойным отделяемым. Рот открывает ограниченно. Слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти слева цианотична, инфильтрирована, утолщена. 3.6 зуб подвижен. Из лунок 7.4 и 7.5 зубов выбухают грануляции. На R-грамме: деформация нижней челюсти за счет избыточного субпериостального костеобразования в области ветви, угла и тела челюсти в виде «луковицы», параллельно кортикальной пластинке челюсти. Структура кости нарушена: множественные очаги деструкции тела, угла и ветви челюсти, остеопороз, разрушение кортикальной пластики зачатков 3.4 и 3.5 зубов.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Составьте план лечения ребенка

Ответы на ситуационные задачи.

- 1.1 Диагноз – хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит нижней челюсти.
- 1.2 При продуктивно-деструктивной форме хронического одонтогенного остеомиелита процессы продукции и деструкции в кости как бы уравновешены, что проявляется расплавлением костного вещества протекает в виде отдельных очагов деструкции с образованием мелких секвестров. Секвестры рассасываются самостоятельно, либо выделяются с гнойным экссудатом через свищи. Со стороны периоста происходит активное построение костной ткани, которое на рентгенограммах определяется в виде слоистого напластования кости (симптома луковицы). В более поздние сроки заболевания на рентгенограмме отмечается чередование очагов разрежения с участками остеосклероза и в кости преобладает пестрый, грубопятнистый рисунок. Возможна гибель зачатков постоянных зубов.
- 2.1 Диагноз – хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит нижней челюсти.
- 2.2 - Лекарственные средства, повышающие иммунные и регенераторные свойства организма (пентоксил, нуклеинат натрия, рибомунил, тонзилотен)
 - Анаболическим препаратами (ретаболил, нерабол)
 - Микробным полисахаридам — (продигиозан; препаратам кальция (глюконат каль-ция, глицерофосфат кальция, биокальцевит)
 - Витамины-(витамины А, В, С, D, E) и антигистаминная терапия
- 3.1 Хронический деструктивный остеомиелит челюсти.
- 3.2 Лечение детей с хроническим деструктивным остеомиелитом челюсти комплексное. Проводится консервативная (антибактериальная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, иммунотерапия, витаминотерапия, физиолечение) терапия, а также хирургическое лечение (вскрытие абсцессов, флегмон) в период обострения процесса. При угрозе патологического перелома производят шинирование челюстей. В период ремиссии показаны иммунотерапия, витаминотерапия, общеукрепляющая и физиолечение. Необходимо проводить санацию всех имеющихся хронических очагов инфекции. Показано проведение операции секвестрэктомии в случае:
 - 1 . Наличия крупных, свободных, без тенденции к саморассасыванию секвестров;
 2. Погибших зачатков постоянных зубов;

3. Угрозы амилоидаза внутренних органов.

4.1 Хронический деструктивный остеомиелит челюсти.

4.2 Лечение детей с хроническим деструктивным остеомиелитом челюсти комплексное. Проводится консервативная (антибактериальная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, иммунотерапия, витаминотерапия, физиолечение) терапия, а также хирургическое лечение (вскрытие абсцессов, флегмон) в период обострения процесса. При угрозе патологического перелома производят шинирование челюстей. В период ремиссии показаны иммунотерапия, витаминотерапия, общеукрепляющая и физиолечение. Необходимо проводить санацию всех имеющихся хронических очагов инфекции.

Показано проведение операции секвестрэктомии в случае:

1. Наличия крупных, свободнолежащих, без тенденции к саморассасыванию секвестров;
2. Погибших зачатков постоянных зубов;
3. Угрозы амилоидаза внутренних органов.

5.1. Хронический продуктивно-деструктивный остеомиелит челюсти.

5.2. - Лекарственные средства, повышающие иммунные и регенераторные свойства организма (пентоксил, нуклеинат натрия, рибомунил, тонзилотен - Анаболическим препаратам (ретаболил, нерабол) - Микробным полисахаридам — (продигиозан; препаратам кальция (глюконат кальция, глицерофосфат кальция, биокальцевит) - Витаминно-(витамины А, В, С, D, E) и антигистаминная терапия.

Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста.

Принципы реабилитации.

Задача 1. Ребенок в возрасте 15 дней. Гематогенный остеомиелит верхней челюсти слева. Обследуйте ребенка. Составьте план лечения.

Задача 2. Ребенок 2 лет. Гематогенный остеомиелит верхней челюсти. Инфильтраты в подглазничной области и по переходной складке в области 5.1, 5.2, 5.3. Какие показания необходимы для проведения наружных внутри ротовых разрезов.

Задача 3. Ребенок 3 лет. Острый гематогенный остеомиелит верхней челюсти слева. 6.3, 6.4 интактны, подвижны, перкуссия болезненная, из десневых карманов выделяется гной. Переходная складка в области 5.2, 5.4 сглажена, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, определяется инфильтрат без признаков флюктуации. Ваша тактика по отношению к подвижным 6.4, 6.3 зубам. Имеются ли показания к внутри ротовому разрезу?

Задача 3. Ребенок в возрасте 9 месяцев. Диагноз – острый гематогенный остеомиелит челюсти справа. В участковой больнице по месту жительства был сделан наружный разрез по нижнеглазничному краю. Получен гной. Направлен на стационарное лечение в ЦРБ. Состояние ребенка тяжелое. В полости рта по переходной складке соответственно 5.3, 5.4 - инфильтрат, свищ с гнойным отделяемым. Назначьте общее и местное лечение.

Задача 4. Ребенку 24 дней оказана неотложная помощь - хирургическое вмешательство по поводу инфильтрата в полости рта. Диагноз: острый гематогенный остеомиелит верхней челюсти слева. Проводится дезинтоксикационная терапия. Вечером температура тела повысилась до 39,7°C, явления гипертермии. Назначьте соответствующую терапию.

Задача 5. Мальчик 2 лет. Амбулаторно лечился по поводу хронического гематогенного остеомиелита верхней челюсти слева. По переходной складке в области 6.5, 6.4 - свищ, периодическое гнойное отделяемое. Давность заболевания 2 месяца. Составьте план лечения. Методы обследования.

Одонтогенные воспалительные кисты у детей

Задача № 1. В приемное отделение детской челюстно-лицевой хирургии привели 10-летнего ребенка с жалобами на наличие опухолевидного образования в области верхней челюсти слева. Из анамнеза: полгода назад на уроке физкультуры была травма передних зубов. При осмотре: зубы 1.1, 2.1 интактны, коронковые части несколько сероватого

цвета, устойчивы, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме: очаги разрежения костной ткани в области верхушек корней зубов 1.1, 2.1 с четкими округлыми границами. Поставьте предварительный диагноз. Какая тактика ведения больного является наиболее целесообразной? Какой прогноз?

Задача № 2. В поликлинику обратился 9-летний ребенок с жалобами на припухлость в области нижней челюсти. При осмотре отмечается асимметрия лица за счет выбухания в области тела челюсти слева; в полости рта зуб 7.5 запломбирован, коронковая часть зуба розоватого цвета. С вестибулярной стороны челюсти отмечается выбухание кости с положительным симптомом пергаментного хруста. На рентгенограмме нижней челюсти в области зуба 7.5 имеется ограниченное разрежение кости округлой формы с четкими контурами, с включенным в него зачатком зуба 3.5. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения. Какой прогноз?

Задача № 3. В детской стоматологической поликлинике 9-летнему ребенку диагностирована одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти от 7.5 зуба. На рентгенограмме нижней челюсти в области зуба 7.5 имеется ограниченное разрежение кости округлой формы с четкими контурами, с включенным в него зачатком зуба 3.5. Какая тактика ведения больного наиболее целесообразна? Показания к данной тактике.

Задача № 4. В поликлинику обратился 14-летний мальчик с жалобами на наличие припухлости во фронтальном отделе челюсти. Два года тому назад во время игры в футбол была травма верхних передних зубов. Местно: коронка зуба 1.1 интактна, несколько изменена в цвете, с вестибулярной стороны выбухание в проекции верхушки корня зуба 1.1, безболезненное, слизистая в цвете не изменена. На R-грамме в области корня зуба 2.1 определяется участок разрежения костной ткани с четкими границами, округлой формы. Поставьте предварительный диагноз. Какая тактика ведения больного наиболее целесообразна? Показания к данной тактике.

Задача № 5. В приемное отделение детской челюстно-лицевой хирургии привели 10-летнего ребенка с жалобами на наличие опухолевидного образования в области верхней челюсти слева. Из анамнеза: полгода назад на уроке физкультуры была травма передних зубов. При осмотре: зубы 1.1, 2.1 интактны, коронковые части несколько сероватого цвета, устойчивы, перкуссия слабо болезненна. На рентгенограмме: очаги разрежения костной ткани в области верхушек корней зубов 1.1, 2.1 с четкими округлыми границами. Поставьте предварительный диагноз. Какая тактика ведения больного наиболее целесообразна? Показания к данной тактике.

Ответы на решения задачи

Задача № 1. Одонтогенная воспалительная киста челюсти от зуба 1.1, 2.1. Эндодонтическое лечение зубов 1.1, 2.1, цистэктомия. Прогноз благоприятный.

Задача № 2. Одонтогенная воспалительная киста челюсти от зуба 7.5, Цистотомия. Прогноз благоприятный.

Задача № 3. Цистотомия с удалением зуба 7.5 и сохранением зачатка зуба 3.5. Показания: 1) корневая киста нижней челюсти, развившихся от молочных зубов; 2) корневая киста верхней челюсти (d= 1,5 см не более); 3) детям старшего возраста при развитии кисты от постоянного зуба, если в полость кисты проецируются корни соседних зубов.

Задача № 4. Радикулярная воспалительная киста верхней челюсти в области зуба 1.1. Цистэктомия с резекцией верхушки корня. Показания: 1) при кистах от постоянных зубов верхней и нижней челюсти проводят цистэктомию с резекцией верхушки корня (при диаметре кисты не более 1,5 см)

Задача № 5. Радикулярная киста в области зубов 1.1, 2.1. Цистэктомия с резекцией верхушки корня. Показания: 1) при кистах от постоянных зубов верхней и нижней челюсти проводят цистэктомию с резекцией верхушки корня (при диаметре кисты не более 1,5 см)

Раздел 3. «Воспалительные заболевания слюнных желез у детей.»

Клиническая задача 1. Ребенок Д., 11 лет, предъявляет жалобы на периодически возникающие боли и припухлость в околоушно-жевательной области справа. Болен в течение 2 лет. На фоне ОРВИ появляется припухлость в правой околоушно-жевательной области. При осмотре: имеется припухлость в правой околоушно-жевательной области. При пальпации определяется плотный, бугристый, болезненный инфильтрат. Со стороны полости рта из устья протока правой околоушной слюнной железы выделяется мутный, вязкий секрет.



Задания:

1. Назовите представленный рисунок и опишите его (см. рис.).
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
4. Проведите дифференциальную диагностику.
5. Составьте план лечения и реабилитации ребенка.

Клиническая задача 2. Ребенок 13 лет предъявляет жалобы на периодически возникающие боли и припухлость в околоушно-жевательной области слева. Анамнез: болен в течение 2 лет. За этот период 5-6 раз без видимых причин появлялась припухлость в левой околоушно-жевательной области. В районной поликлинике назначалось лечение: противовоспалительная, гипосенсибилизирующая терапия, спиртовые компрессы. На фоне проведенного лечения припухлость в околоушно-жевательной области исчезала, но затем появлялась вновь (рис.).



Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Поставьте заключительный диагноз.
5. Составьте план лечения ребенка.
6. Укажите возможные исходы заболевания и осложнения.

Клиническая задача 3. У недоношенного ребенка на 4 день после рождения обнаружен плотный воспалительный инфильтрат левой околоушно-жевательной области. Выражены явления интоксикации.

Задания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите возможные исходы.

Клиническая задача 4. Ребенок 7 лет предъявляет жалобы на боль в поднижнечелюстной области, боль при глотании, слабость. Отмечается ограничение открывания рта, припухлость околоушно-жевательной области, кожа над припухлостью напряжена, но не гиперемирована. Устье протока околоушной слюнной железы гиперемировано, при пальпации напоминает тяж, слюноотделение резко уменьшено.

Задания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите возможные исходы и осложнения.

Клиническая задача 5. Ребенок 10 лет предъявляет жалобы на припухлость в подъязычной области, на общее недомогание. В поднижнечелюстной области пальпируется увеличенная слабо болезненная подвижная поднижнечелюстная слюнная железа. Кожа над железой не изменена, легко собирается в складку. Слизистая оболочка в области устья выводного протока гиперемирована, отечна, секрет скудный. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Опишите рентгенографию при данном заболевании.
3. План лечения.

Эталоны к ответам

Клиническая задача 1.

1. На представленной сиалограмме правой околоушной слюнной железы околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист. Протоки I, II порядков определяются не во всех отделах, прерывисты. Протоки III, IV, V порядков не выявляются. На фоне не

просматривающейся паренхимы железы видно большое количество полостей с четкими контурами, размером 3-5 мм.

2. Хронический правосторонний паренхиматозный паротит, поздняя стадия, период обострения.

3. А) общий анализ крови, мочи. В анализе крови ускоренная СОЭ, возможен лейкоцитоз. В анализе мочи возможно появление белка.

Б) исследование секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.

В) цитологическое исследование секрета околоушной слюнной железы. На микропрепарате будут видны элементы хронического воспаления (лимфоциты, клетки плоского эпителия, сегментно-ядерные нейтрофилы, элементы цилиндрического эпителия).

Г) ультразвуковое исследование околоушной слюнной железы. Диффузное понижение эхогенности паренхимы околоушной железы. Выводной проток расширен, стенки его утолщены, уплотнены.

Д) контрастная сиалография околоушной слюнной железы с целью исследования паренхимы железы. Околоушный проток расширен до 3,5 мм, прерывист, определяются протоки I, II порядков не во всех отделах, прерывисты. На фоне не просматривающейся паренхимы железы видно большое количество полостей, заполненных контрастным веществом.

4. Дифференцировать необходимо с лимфаденитом в околоушно-жевательной области, лимфангиомой в околоушно-жевательной области, саркомой нижней челюсти (в области угла и ветви).

5. В период обострения симптоматическая терапия, противовоспалительная, десенсибилизирующая, общеукрепляющая, физиолечение, мажевые компрессы, инстилляциии лекарственных веществ в околоушный проток; в период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, введение в проток йодолипола (профилактическая инстиляция), витаминотерапия (В1, В2, С, А), назначение средств, повышающих неспецифическую резистентность организма (натрия нуклеинат), закаливание организма, санация очагов хронической инфекции.

Клиническая задача 2. 1. Обострение хронического левостороннего паротита.

2. А. Общий анализ крови, мочи. В анализе крови - ускоренная СОЭ, возможен лейкоцитоз. В анализе мочи возможно появление белка.

Б. Исследование гнойного секрета, выделяемого из протока, на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам с целью назначения необходимых антибиотиков при лечении.

В. Цитологическое исследование секрета околоушной железы. На микропрепаратах будут видны элементы хронического воспаления.

Г. Ультразвуковое исследование околоушной железы. Характерно неоднородное понижение эхогенности, увеличение размеров железы.

Д. Рентгенологическое исследование околоушно-жевательной области. Возможны патологические изменения костной ткани.

Е. Контрастная сиалография, ортопантомсиалография околоушных желез с целью исследования паренхимы железы. В паренхиме - кистозные полости с контрастным веществом.

3. Дифференцировать с:

а) эпидемическим паротитом;

б) лимфаденитом;

в) остеомиелитом нижней челюсти;

г) кистой;

д) саркомой нижней челюсти.

4. Хронический левосторонний паренхиматозный паротит в стадии обострения.
5. В период обострения симптоматическая терапия - противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, физиолечение, мазовые компрессы, инстилляциии в проток железы лекарственных веществ. В период ремиссии процесса - физиолечение, общеукрепляющая терапия, санация очагов хронической инфекции
6. При несвоевременном лечении возможны осложнения в виде лимфаденита экстра- и внутри капсулярных узлов с абсцедированием, развитие флегмон околоушной жевательной области, образование слюнных свищей. Полное выздоровление наблюдается крайне редко. Однако на фоне лечения увеличиваются периоды ремиссии заболевания до 15-20 лет.

Клиническая задача 3. 1. Острый паротит новорожденного.

2. Необходимо дифференцировать от гематогенного остеомиелита мышечковго отростка нижней челюсти, сопровождающегося прорывом гнойного экссудата в мягкие ткани околоушно-жевательной области, гнойных отитов.
3. Впервые дни заболевания проводят медикаментозную антибактериальную, противовоспалительную и дезинтоксикационную терапию. При гнойном расплавлении железы – хирургическое раскрытие очага разрезами по нижнему краю скуловой дуги и в поднижнечелюстной области с дренирование раны.
4. Как правило, часть железы погибает, что сопровождается снижением ее экскреторной функции и переходом острого процесса в хронический. При хронической форме периоды ремиссии чередуются с периодами обострения процесса.

Клиническая задача 4. 1. Эпидемический паротит.

2. Анализ крови (лейкопения, лимфоцитоз при нормальной СОЭ), выделение вируса из слюны, реакции пассивной гемагглютинации, внутрикожные пробы с паротитным антигеном (положительная внутрикожная проба выявляется в период реконвалесценции).
3. Симптоматическое: постельный режим, не слюногонная диета, противовоспалительная, гипосенсибилизирующая, общеукрепляющая терапия.
4. Может развиваться орхит: исход его чаще благоприятный, но возможная атрофия яичка может привести к аспермии. Возможно развитие серозного менингита с менингеальными явлениями. У большинства детей эпидемический паротит заканчивается выздоровлением с формированием стойкого иммунитета.

Клиническая задача 5. 1. Слюнно-каменная болезнь.

2. На рентгенографии конкремент будет располагаться в среднем отделе выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы.
3. Комплексное, включающее оперативное вмешательство, показано диспансерное наблюдение. В остром периоде также назначают специальную консервативную терапию (антибиотики, препараты йода; кальция глюконат, фермент; наружные мазовые повязки, токи УВЧ, электрофорез йодида калия, лазеротерапию, ГБО). При диспансерном наблюдении регулярно поводят инстилляциии протоков слюнной железы.

Раздел 4. «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей.»

Задача № 1. К хирургу-стоматологу обратился мальчик 11 лет с жалобами на повышение температуры тела до 37,5 °С, слабость, недомогание. Неделю назад после перенесенной ОРВИ появилась постоянная боль в правой околоушно-жевательной области, усиливающаяся при движениях нижней челюсти, иррадиирующая в ухо и височную область. При осмотре: умеренные гиперемия и отек кожи в правой околоушно-жевательной области, пальпация болезненна. Открывание рта ограничено до 0,5 см, определяется девиация нижней челюсти вправо. При надавливании на подбородок боль в правой околоушно-жевательной области усиливается. Определите предварительный диагноз. Определите лечебную тактику.

Ответ:

Предварительный диагноз	Тактика лечения
Острый артрит правого ВНЧС	1) Антибиотикотерапия (цефалексин, цефазолин, тиенам) 2) Нестероидные противовоспалительные средства (Мелоксикам, мовалис) 3) Компрессы с димексидом 4) Физиотерапия (фонофорез гидрокортизона)

Задача № 2. Девочка 12 лет жалуется на периодическую боль в нижней челюсти и ушах. Болеет около года. Местно: лицо симметричное, рот открывается до 6 см с характерным щелканьем в области ВНЧС. Пальпаторно определяется увеличенная экскурсия суставных головок. Прикус мезиальный. Поставьте начальный диагноз.

Ответ: Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава

Задача № 3. Мальчик 14 лет жалуется на боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта, которая возникла 3 недели назад после перенесенного гриппа. Объективно: гиперемия и отек тканей в участке правого сустава. Регионарные лимфатические узлы увеличенные. Температура тела 37,5⁰С. Зубы интактные, прикус ортогнатический. На рентгенограмме суставов костные структуры не изменены, правая суставная щель увеличена. Какой наиболее возможный диагноз? Тактика лечения.

Ответ:

Предварительный диагноз	Тактика лечения
Острый артрит правого ВНЧС	1) Обеспечение покоя в суставе. 2) Антибиотикотерапия (цефалексин, цефазолин, тиенам) 3) Нестероидные противовоспалительные средства (Мелоксикам, мовалис 7,5 мг 1—2 р/сут, 7 сут) 4) Гипосенсибилизирующая терапия (Лоратадин внутрь 0,005 г 1 р/сут, 10 сут.) 5) Компрессы с димексидом 6) Физиотерапия (фонофорез гидрокортизона)

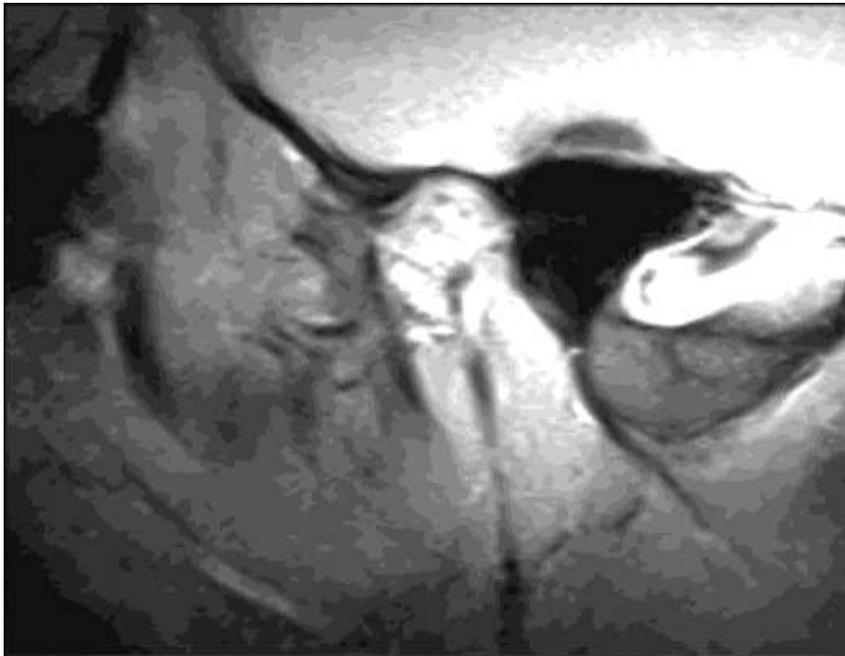
Задача № 4. К хирургу – стоматологу обратилась девочка 15 лет, с жалобами на ограниченное открывание рта, чувство скованности при открывании рта. Из анамнеза следует: наличие «щелчков», которые со слов пациентки существуют уже 1.5 года. При клиническом осмотре выявляется ограничение открывания рта до 2 см, «ступенчатые» движения нижней челюсти, суставной шум в виде «хруста» при максимальном опускании нижней челюсти. Какой наиболее возможный диагноз? Тактика лечения.

Диагноз	Тактика лечения
---------	-----------------

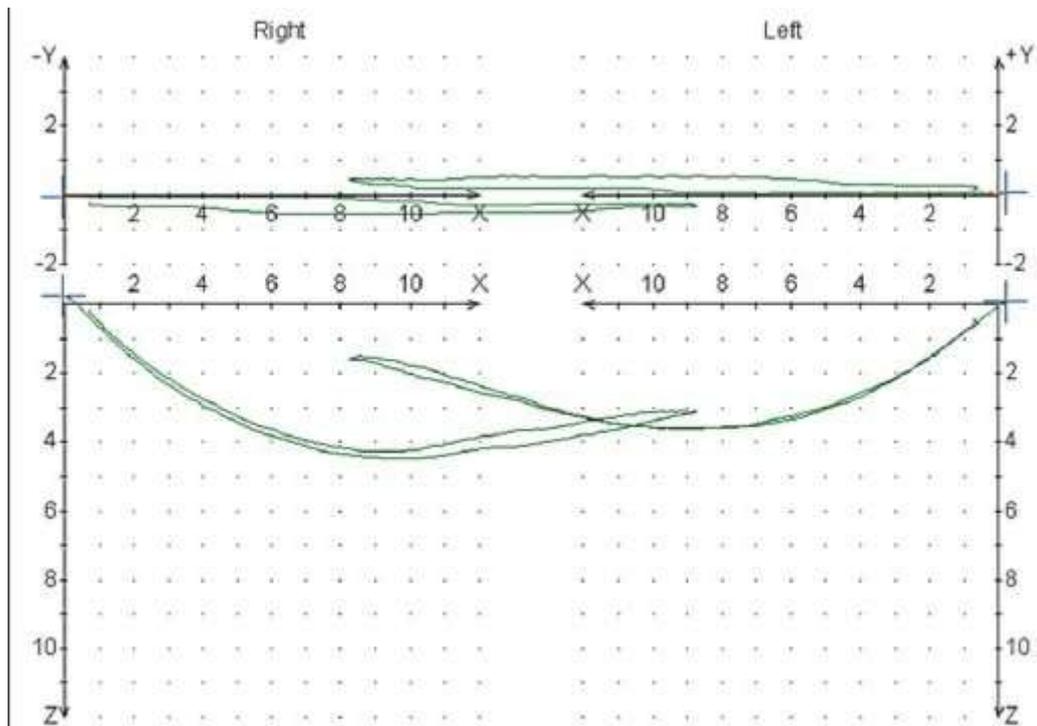
Ответ:

Хронический артрит ВНЧС	<ol style="list-style-type: none"> 1) Нормализация функции жевательных мышц при помощи специальных гимнастических упражнений 2) С целью гипосенсибилизации организма, уменьшения проницаемости капилляров антигистаминные средства: Лоратадин внутрь 0,005 г 1 р/сутки, 10—15 суток или Цетиризин внутрь 0,01 г 10—15 сут 3) Для получения обезболивающего и противовоспалительного эффекта применяют НПВС: Индометацин внутрь 25 мг 3 р/сут, 5—7 сутки или Мелоксикам внутрь 7,5 мг 1—2 р/сутки, 7 суток. Мазевые повязки на область сустава с Бутадионовой мазью (5%) в течении всего курса лечения.
----------------------------	---

Задача № 5. Определите, какие методы исследования применялись, при обращении ребенка 14 лет в поликлинику, опишите ниже представленные изображения. Поставьте предварительный диагноз.



2)



Ответ: Изображение № 1: Магнитно-резонансная томограмма (фаза максимально открытого рта) ребенка 14 лет. Головка мыщелка смещена за верхушку бугорка в положение гипермобильности, положение диска правильное.

Изображение № 2: Аксиограмма открывания и закрывания рта. Увеличение размера кривых с обеих сторон; несовпадение траектории кривых открывания и закрывания рта. Исходя из представленных выше исследований можно поставить следующий предварительный диагноз: Двусторонний привычный вывих ВНЧС.

Задача № 6. Больной Б., 11 лет. Находился на лечении в отделении ЧХЛ ДРКБ г. Казани. Диагноз при поступлении: вторичный деформирующий остеоартроз (фиброзный анкилоз) обоих ВНЧС. Рентгенологически диагноз подтвержден. В анамнезе: сепсис новорожденного. Ранее хирургическое лечение не проводилось. Клинически у ребенка имеется резкое недоразвитие нижней челюсти — «птичье лицо». Прикус дистальный, открытый. Рот открывает на 0,5 см. Нарушены функции жевания и дыхания. Тактика лечения.

Эталон ответа:

- 1) Остеотомия ветви нижней челюсти как можно ближе к естественному суставу.
2. Смещение нижней челюсти книзу и в здоровую сторону (удлинение её) так, чтобы она приняла срединное положение (по прикусу и уздечкам губ).
3. Фиксация нижней челюсти в данном положении при помощи алло- и аутотрансплантатов (артропластика ВНЧС), а также внутри ротовых шин и аппаратов.

Задача № 7. У мальчика 5 лет наблюдается асимметрия лица за счет недоразвития левой половины нижней челюсти. В анамнезе — гематогенный остеомиелит левой верхней челюсти в возрасте 9 мес. На ортопантограмме определяется резкая деформация левого суставного отростка (отросток короткий, переходит сплошным костным конгломератом в височную кость), суставная щель не дифференцируется. Угол челюсти деформирован, определяется "шпора". Поставьте диагноз:

Эталон ответа: Костный анкилоз левого ВНЧС.

Задача № 8

Задача Поставьте диагноз. Опишите клиническую картину.

2
2
:

2
3
:
4
6

Эталон ответа: Пациент 14 лет с анкилозом височно-нижнечелюстных суставов, нижней реестромикрогнатией, дистальной окклюзией, глубокой резцовой дизокклюзией после сепсиса новорожденного, гематогенного остеомиелита. Показано проведение комплексного ортодонтического-хирургического лечения.

Задача № 9. На диспансерном учете состоит 5-летний ребенок по поводу заболевания височно-нижнечелюстного сустава. В анамнезе: начало заболевания связано с родовой травмой. При осмотре отмечается резкое ограничение открывания рта, односторонняя микрогения. Установите предположительный диагноз?

Эталон ответа: диагноз: Костный анкилоз сустава.

Тактика лечения Лечение костного анкилоза осуществляется только хирургическим путем, дополнительно назначая ортодонтические и ортопедические мероприятия. Остеотомия по линии бывшей полости сустава или в зоне верхней трети ветви нижней челюсти с последующим моделированием головки нижней челюсти и покрытием ее каким-либо колпачком-прокладкой;

Задача № 10. Родители обратились с жалобами — на наличие у ребенка деформации нижней трети лица, невозможность открывания рта, затрудненное питание, нарушение дыхания и храпение во сне.

Клиника. Лицо ребенка имеет вид птичьего (вследствие резкого недоразвития фронтального отдела его нижней трети). Прикус открытый, дистальный. Пальпаторно подвижность головок ВНЧС не определяется. Открывание рта резко ограниченное (до щелевидного). При осмотре ротовой полости — множественный кариес, воспаление слизистой оболочки десен, веерообразное расположение зубов верхней и нижней челюстей.



Эталон ответа: диагноз: Ребенок с двусторонним анкилозом ВНЧС (симптом птичьего лица).

Раздел 5. «Травма мягких тканей лица и органов полости рта у детей.»

Травма зубов и челюстных костей у детей

Задача № 1. Ребенок 4 лет. Год назад играл, грыз деревянную игрушку, упал и разорвал ткани левой щеки. В течении года в тканях щеки периодически формируется абсцесс, который самопроизвольно вскрывается. Многократное рентгенологическое исследование костей лица не дало ожидаемых результатов. Составьте план исследования и лечения ребенка.

Задача № 2. Девочка 5 лет упала с качелей. К врачу ребенка доставили через 2 часа после травмы. При осмотре выявлен отек верхней губы, рваная рана слизистой оболочки губы, скальпированная рана альвеолярного отростка в пределах верхних 5.2, 5.1, 6.1, 6.2; вколоченный вывих верхнего 5.2, неполный вывих верхнего 6.1, 6.2. Составьте план исследования и лечения ребенка.

Задача № 3. 3. Мальчик 12 лет в драке получил удар в правую половину лица. В травматологическом пункте проведено рентгенологическое исследование правой половины нижней челюсти и выявлен перелом тела в области 4.4 зуба. Больной направлен к стоматологу. Какова тактика стоматолога?

Задача № 4. 4. Ребенок 10 лет. Упал в глубокую яму 3 дня назад. Сразу после падения стал плохо открывать рот. Составьте план осмотра и исследования ребенка. Какой вид повреждения челюсти можно ожидать при описанной ситуации?

6. Раздел Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, полости рта

Задача № 1 Ребенок, 8 лет, обратился в клинику с жалобами на увеличение языка в размерах, нарушение функций жевания, речи. Заболевание врожденное. Отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРЗ. У ребенка сопутствующие заболевания: хронический тонзиллит, аденоиды 11 степени, хронический гастродуоденит. Местно: отмечается увеличение высоты нижней трети лица, язык диффузно увеличен в объеме, кончик его находится вне полости рта, рот вынужденно открыт. Отмечается повышенная саливация. По всей поверхности языка рассеяны множественные пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки имеют кровянистое содержимое. Прикус - мезиальная дизокклюзия. Веерообразное расхождение передней группы зубов, тремы между зубами нижней челюсти.



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

Ответ:

1. Диффузная капиллярно-кавернозная лимфангиома языка. Макроглоссия.
2. Необходимо дифференцировать с гемангиомой языка, папилломатозом, герпетическим стоматитом, истинной макроглоссией при синдроме Виаемана-Бикведа.
3. УЗИ с доплерографией данного образования. С целью исключения гемангиомы произвести ангиографию.
4. При лимфангиоме языка может также отмечаться увеличение высоты нижней трети лица, язык будет также диффузно увеличен в объеме. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения». Для папилломатоза характерны первичные элементы папулы, а для лимфангиомы - пузырьки. Для герпетического поражения языка характерны острая форма и период ремиссии. Для синдрома Видемана-Бикведа характерны истинная макроглоссия языка, вес ребенка при рождении более 4,0 кг, расхождение прямых мышц живота и пупочные грыжи. На основании жалоб больного (на увеличение языка в размерах, нарушение акта жевания и речи), данных анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось периодическое увеличение языка в размерах на фоне ОРВИ), осмотра (язык диффузно увеличен в объеме, по всей его поверхности

рассеяны множественные пузырьки с прозрачным содержимым, отдельные пузырьки имеют кровянистое содержимое) и данных УЗИ с доплерографией (многополостное образование с множеством перегородок; скорость кровотока в образовании не увеличена) можно поставить клинический диагноз: капиллярно-кавернозная лимфангиома языка. Окончательный диагноз может быть поставлен на основании гистологического исследования послеоперационного материала.

5. План лечения должен включать в себя санацию всех очагов хронической инфекции, при воспалении лимфангиомы - курсы противовоспалительной терапии. Вне воспаления - хирургическое лечение (частичное иссечение лимфангиомы по типу плоскостной или поперечной клиновидной резекции языка) с последующим ортодонтическим лечением для удержания языка в правильном анатомическом положении и нормализации прикуса. Обязательными будут являться также занятия с логопедом. Также психологическая реабилитация.

Задача № 2. Ребенок Г., 8 лет. Обратился с жалобами на нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области верхней губы и щеки справа. Заболевание врожденное.



Размеры припухлости увеличивались соответственно возрасту ребенка. Из анамнеза: отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны. Местно: имеется припухлость щечной области и половины верхней губы справа без четких границ, мягко-эластичной консистенции, безболезненная. Симптомы сдавливания и наполнения не определяются. При бимануальной пальпации в толще щеки пальпируются плотно-эластичные тяжи. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Альвеолярные отростки верхней и нижней челюстей справа утолщены. Коронки зубов правой половины увеличены по сравнению с освой. На коже правой щеки, а также в области спины и правой руки имеются неправильной формы пигментные пятна светло-кофейного цвета.

Задания:

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

Ответ:

1. Нейрофиброматоз 1 типа правой половины лица.

2. УЗИ с доплерографией обнаружит экзогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки. При рентгенографическом исследовании выявляется нарушение формообразования челюстных костей, кость имеет очаги остеопороза. Для уточнения диагноза проводят инцизионную биопсию образования с последующим морфологическим исследованием. Результаты исследования: костная ткань пластинчатого строения с очагами остеопороза; мягкие ткани - жировая клетчатка с ангиоматозом и нервными стволами, окруженными фиброзной тканью.

3. Для лимфангиомы характерны увеличение и размерах при ОРВИ и обострение хронических заболеваний, симптом «зыбления», пузырькоиые высыпания на слизистой оболочке полости рта. При лимфангиоме имеет место деформация кости без нарушения костной структуры. Для гемангиомы характерны симптомы «сдавливания и наполнения». Все изменения мягких тканей и костной системы будут только на фоне выраженного ангиоматоза с увеличенными объемом и скоростью кровотока. На основании жалоб больного (нарушение конфигурации лица за счет припухлости его правой половины); анамнеза (заболевание врожденное, отмечалось раннее прорезывание зубов с правой стороны); данных осмотра (имеется опухлевидная припухлость правой половины лица без четких границ, мягко-эластичной консистенции, при бимануальной пальпации и толще щеки пальпируются плотно-эластичные тяжи; альвеолярные отростки верхней и нижней челюсти справа утолщены, коронки зубов на стороне поражения увеличены; наличие пигментных пятен цвета «кофе с молоком»); дополнительных методов обследования (при УЗИ с доплерографией - экзогенные признаки множественных нейрофибром с ангиоматозом на фоне выраженной подкожно-жировой клетчатки; при рентгенографическом исследовании - нарушение формы челюстных костей, кость имеет очаги остеопороза; при инцизионной биопсии образования – костная ткань пластинчатого строения, мягкие ткани – жировая клетчатка с ангиоматозом и нервными стволами, окруженными фиброзной тканью) можно поставить клинический диагноз: Нейрофиброматоз 1 типа правой половины лица.

4. Лечение комплексное. Хирургическое поэтапное – частичное иссечение нейрофибромы и ортодонтическое.

5. Челюстно-лицевой хирург, врач-стоматолог детский, ортодонт, педиатр, психолог, специалисты для проведения клиничко-лабораторных и функциональных исследований
Задача № 3. У мальчика в возрасте 2 месяцев определяется припухлость тканей в области верхней трети шеи и подчелюстного треугольника слева, которая существует с рождения и медленно увеличивается. Консистенция мягкая, пальпация безболезненная, границы нечеткие, поверхность бугристая. Образование незначительно смещается относительно окружающих тканей. Кожа с образованием не спаяна, в цвете не изменена, имеет подчеркнутый сосудистый рисунок. Поставьте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

Ответ: Диагноз: Лимфангиома левой боковой поверхности шеи и левой подчелюстной области;

Дифференциальная диагностика с:

- Гемангиома шеи и левой подчелюстной области;
- Ретенционная киста левой подчелюстной слюнной железы;
- Хронический лимфаденит подчелюстной области;
- Острый серозный субмаксиллит.

Задача № 4. У девочки в возрасте 1,5 лет в левой щечной, подглазничной и височной области определяется новообразование коричневого цвета, с неровной поверхностью, покрытое жесткими волосами. Со слов родителей, новообразование выявлено при рождении ребенка, с возрастом увеличивается. Поставьте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

Диагноз: Пигментный невус с оволосением левой половины лица;

Дифференциальная диагностика:

- Меланома левой половины лица;
- Сосудистый невус левой половины лица;
- Гемангиома левой половины лица;
- Саркома Калоши.

Задача № 5. У мальчика 14 лет на правой щеке определяется новообразование размером 1,5-2 см, светло-коричневого цвета, упругой консистенции, безболезненное. Поверхность его имеет много сосочковых разрастаний, несколько выпячивается над окружающими тканями. Кожа вокруг новообразования гиперемизирована в виде узкого венчика и отечна. Образование врожденное. Последнее время наблюдается быстрый рост его. Поставьте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

Диагноз: Малигнизированный пигментный невус правой щеки;

Дифференциальная диагностика:

- Пигментный невус правой щеки;
- Нейрофиброма правой щеки;
- Нейрофиброматоз лица;
- Меланома правой щеки.

Задача № 6. У мальчика 11 лет наблюдается значительная асимметрия лица за счет новообразования в правой височной, околоушной и щечной областях. Кожа над опухолью несколько темнее, чем в окружающих участках, тургор и эластичность ее снижены. Впервые новообразование заметили в возрасте 4 лет. Позже появились пятна светло-коричневого цвета на коже спины и поясницы. Поставьте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

Диагноз: Нейрофиброматоз правой половины лица;

Дифференциальная диагностика:

- Нейрофиброма лица;
- Пигментный невус лица;
- Гемангиома левой половины лица;
- Невринома лица.

Задача № 7. У девочки 12 лет на коже в области лба определяется округлой формы новообразование диаметром около 1,8 см спаянное с кожей. Кожа над образованием гиперемизирована, пальпация болезненна, консистенция плотноэластическая, определяется флюктуация. Отмечается повышенная температура тела. Поставьте предварительный клинический диагноз. С какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика.

Диагноз: Нагноившаяся атерома лба;

Дифференциальная диагностика:

- Абсцесс мягких тканей лба;
- Дермоидная киста лба;
- Атерома лба;
- Фиброма лба.

Критерии оценки решения ситуационных задач:

Оценка «**отлично**» – студент свободно, с глубоким знанием материала правильно и полно решил ситуационную задачу (выполнил все задания, правильно ответил на все поставленные вопросы).

Оценка «**хорошо**» – студент достаточно убедительно, с незначительными ошибками в теоретической подготовке и достаточно освоенными умениями по существу правильно ответил на вопросы или допустил небольшие погрешности в ответе;

Оценка «**удовлетворительно**» – студент недостаточно уверенно, с существенными ошибками в теоретической подготовке и плохо освоенными умениями ответил на вопросы

ситуационной задачи; с затруднениями, но все же сможет при необходимости решить подобную ситуационную задачу на практике;

Оценка «**неудовлетворительно**» – студент имеет очень слабое представление о предмете и допустил существенные ошибки в ответе на большинство вопросов ситуационной задачи, неверно отвечал на дополнительно заданные ему вопросы, не может справиться с решением подобной задачи на практике.

Критерии оценки решения ситуационных задач

Критерий оценки	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задаче	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на $\frac{2}{3}$ вопросов, выполнены $\frac{2}{3}$ заданий	Правильные ответы даны на менее $\frac{1}{2}$ вопросов, выполнены менее $\frac{1}{2}$ заданий
Полнота и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в $\frac{2}{3}$ ответах	Большинство ($\frac{2}{3}$) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

Комплект тестовых заданий

1. Раздел. «Обезболивание и реанимация в детской хирургической стоматологической практике. Операция удаления зубов у детей.»

1. К проводниковому методу обезболивания на в/ч относится анестезия:
 1. торусальная+
 2. мандибулярная
 3. туберальная
2. Для одновременного выключения нижнелуночкового и язычного нервов применяется анестезия:
 1. у ментального отверстия
 2. мандибулярная+
 3. туберальная
3. Для одновременного выключения нижнелуночкового, щечного и язычного нервов применяется анестезия:
 1. торусальная+
 2. мандибулярная
 3. туберальная
4. К проводниковому методу обезболивания на н/ч относится анестезия:
 1. инфраорбитальная
 2. торусальная+
 3. туберальная
5. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:
 1. щечный
 2. щечный и нижнелуночковый
 3. нижнелуночковый, язычный+
 4. щечный, нижнелуночковый, язычный
6. При торусальной анестезии выключаются нервы:
 1. язычный
 2. язычный, щечный

3. язычный, щечный, нижнелучковый+
7. К проводниковому методу обезболивания на в/ч относится:
 1. торусальная
 2. мандибулярная
 3. туберальная+
8. К проводниковому методу обезболивания на в/ч относится анестезия:
 1. мандибулярная
 2. резцовая+
 3. ментальная
9. Методом обезболивания при удалении 5.5 зуба является анестезия:
 1. туберальная
 2. инфраорбитальная
 3. инфльтрационная+
10. Методом обезболивания при удалении 7.5 зуба в возрасте 3 лет является:
 1. инфльтрационная анестезия
 2. мандибулярная анестезия+
 3. торусальная анестезия
 4. аппликационная анестезия
11. Операцию по пластике уздечки языка проводят под местной анестезией:
 1. мандибулярной
 2. торусальной
 3. инфльтрационной+
12. При проведении анестезии детям адреналин в р-р анестетика не добавляют:
 1. до 3 лет
 2. до 5 лет+
 3. до 7 лет
13. В условиях ДСП показанием к проведению операции под наркозом является врожденный порок сердца:
 1. декомпенсированный+
 2. компенсированный
14. В условиях ДСП для проведения операции под наркозом бронхиальная астма является:
 1. показанием+
 2. противопоказанием
15. В условиях ДСП для проведения операции под наркозом врожденный компенсированный порок сердца является:
 1. показанием+
 2. противопоказанием
16. В условиях ДСП показанием к проведению операции под наркозом является:
 1. спазмофилия+
 2. декомпенсированный порок сердца
17. Противопоказанием к проведению операции в ДСП под наркозом является:
 1. заболевание ЦНС
 2. ОРВИ+
18. Обморок у детей сопровождается потерей сознания:
 1. иногда+
 2. всегда
19. Редкий, слабого наполнения пульс характерен:
 1. для сердечно – сосудистого коллапса
 2. для обморока+
20. Для сердечно – сосудистого коллапса характерен пульс:
 1. частый, малый+
 2. редкий, слабого наполнения

21. При обмороке зрачок:
 1. сужен
 2. расширен+
22. При сердечно – сосудистом коллапсе зрачок:
 1. расширен+
 2. сужен
23. Появление сыпи, отека губ, век является клиническим симптомом:
 1. сердечно – сосудистого коллапса
 2. обморока
 3. анафилактического шока+
24. Гиперемия кожи лица, шеи является клиническим симптомом:
 1. сердечно – сосудистого коллапса
 2. анафилактического шока+
 3. обморока
25. Замедленное, поверхностно дыхание характерно:
 1. для анафилактического шока
 2. для сердечно – сосудистого коллапса+
26. Затрудненное, учащенное дыхание с экспираторной одышкой характерно:
 1. для обморока
 2. для сердечно – сосудистого коллапса
 3. для анафилактического шока+
27. К проводниковому методу обезболивания на н/ч относится анестезия:
 1. туберальная
 2. мандибулярная+
 3. торусальная+
 4. у ментального отверстия+
28. При мандибулярной анестезии выключаются нервы:
 1. язычный +
 2. щечный
 3. нижний луночковый+
29. При торусальной анестезии выключаются нервы:
 1. язычный,+
 2. щечный+
 3. нижний луночковый+
30. К проводниковому методу обезболивания на в/ч относится анестезия:
 1. торусальная
 2. инфраорбитальная+
 3. у резцового отверстия+
 4. у ментального отверстия
 5. у большого небного отверстия+
31. При торусальной анестезии выключаются нервы:
 1. язычный+
 2. верхний луночковый
 3. щечный+
 4. нижний луночковый+
32. Наилучший эффект обезболивания при удалении 36 зуба достигается:
 1. инфильтрационной анестезией в сочетании с аппликационной
 2. аппликационной анестезией в сочетании с мандибулярной+
 3. мандибулярной анестезией в сочетании с инфильтрационной+
 4. торусальной анестезией
33. Побледнение кожи и видимой СОПР характерно:
 1. для обморока+

2. для анафилактического шока
 3. для аллергической реакции на анестетик
 4. для коллапса+
34. Гиперемия кожных покровов и видимой СОПР характерна:
1. для коллапса
 2. для аллергической реакции+
 3. для обморока
 4. для анафилактического шока+
35. Для обморока у детей характерны признаки:
1. гиперемия кожи
 2. сознание сохранено+
 3. редкий пульс+
 4. частый пульс
 5. узкий зрачок
 6. широкий зрачок+
36. Для сердечно – сосудистого коллапса характерны признаки:
1. бледность кожи лица+
 2. частый пульс+
 3. редкий пульс
 4. широкий зрачок+
 5. узкий зрачок
 6. потеря сознания
37. Для начальной стадии анафилактического шока характерные признаки:
1. появление сыпи+
 2. затрудненное дыхание+
 3. потеря сознания
 4. гиперемия кожи лица+
 5. возбуждение, беспокойство+
- Установите соответствие.
38. Рекомендованное обезболивание при операциях:
- а) вскрытие под надкостничного абсцесса
 - б) удаление
 - в) множественная санация +
 - г) вскрытие флегмоны
 - д) удаление ретенционной кисты губы
1. местное
 2. общее.
39. Общее обезболивание в условиях ДСП при сопутствующих заболеваниях:
- а) ОРВИ
 - б) около челюстная флегмона
 - в) спазмофилия
 - г) полный желудок
 - д) бронхиальная астма+
 - е) острый нефрит.
1. показано
 2. противопоказано
40. Неотложные состояния – клинические признаки:
1. обморока
 2. анафилактического шока:
 - а) сознание сохранено
 - б) частый пульс+
 - в) редкий пульс

- г) побледнение кожи лица
- д) цианоз
- е) затрудненное учащенное дыхание

Установите правильную последовательность

41. Этапы оказания неотложной помощи ребенку при терминальных состояниях:
1. искусственное дыхание
 2. наружный массаж сердца
 3. горизонтальное положение+
 4. освобождение проходимости дыхательных путей
 5. запрокидывание головы в крайне разгибательное положение
 6. введение медикаментозных средств

Операция удаления зуба

1. Для удаления зубов в/ч предназначены щипцы:
 1. клювовидные
 2. байонетные+
2. Для удаления зубов н/ч предназначены щипцы:
 1. клювовидные+
 2. байонетные
3. Клювовидные щипцы предназначены для удаления:
 1. зубов в/ч
 2. н/ч+
4. Байонетные щипцы предназначены для удаления:
 1. зубов в/ч+
 2. зубов н/ч
5. S-образно изогнутые щипцы предназначены для удаления:
 1. зубов н/ч
 2. зубов в/ч+
6. Изогнутые по плоскости клювовидные щипцы предназначены для удаления:
 1. зубов н/ч+
 2. зубов в/ч
7. Для удаления 85 зуба рекомендуется клювовидные щипцы:
 1. сходящиеся
 2. не сходящиеся+
8. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов:
 1. не существует
 2. существует+
9. Этап наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов:
 1. не отличаются+
 2. отличаются
10. Этапы операций удаления временного и постоянного зуба:
 1. одинаковы
 2. различны+
11. Кюретаж лунки при удалении 55 зуба:
 1. не проводится+
 2. проводится
12. К санационному показанию удаления зубов относится:
 1. острый серозный периостит+
 2. одонтогенный лимфаденит
13. Зубы у новорожденных необходимо:
 1. сохранить
 2. удалить+

14. ОРВИ является противопоказанием для удаления 55 зуба:
 1. абсолютным
 2. относительным+
15. К ортодонтическим показаниям к удалению зубов относятся:
 1. дистопия
 2. сверхкомплектные зубы+
16. Удаление 51, 61 зубов и их корней производится щипцами:
 1. прямыми+
 2. клювовидными
 3. байонетными+
 4. S-образноизогнутыми
17. Для удаления 14 зуба используются щипцы:
 1. байонетные+
 2. клювовидные
 3. прямые
 4. S-образно изогнутые+
18. Для удаления 55 зуба используются щипцы:
 1. клювовидные
 2. S-образно изогнутые+
 3. байонетные
 4. прямые
19. Для удаления 53 зуба рекомендуются щипцы:
 1. байонетные+
 2. прямые+
 3. S-образно изогнутые
 4. клювовидные
20. К осложнениям после операции удаления зуба относятся:
 1. вывих соседнего зуба
 2. позднее кровотечение+
 3. альвеолит+
 4. вывих ВНЧС
21. К осложнениям во время операции удаления зуба относится:
 1. перелом корня+
 2. альвеолит
 3. позднее кровотечение
 4. вывих соседнего зуба+
 5. травма зуба противоположной челюсти+
22. К осложнениям во время операции удаления зуба относится:
 1. вывих ВНЧС+
 2. кровотечение+
 3. травма зачатка+
 4. альвеолит
23. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
 1. травма зачатка+
 2. альвеолит
 3. вывих ВНЧС+
 4. перфорация дна гайморовой пазухи+
24. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
 1. травма зуба – антагониста+
 2. вывих соседнего зуба+
 3. альвеолит
 4. удаление зачатка+

Установите соответствие

25. Удаляемые зубы – основные этапы операции удаления зуба:

1. 5.1 зуб
2. 4.4 зуб
- а) наложение щипцов
- б) продвижение
- в) фиксация щечек
- г) вывихивание
- д) ротация
- е) тракция
- ж) кюретаж лунки
- з) сближение краев лунки

26. Удаляемые зубы –рекомендуемые щипцы:

1. резцы в/ч
2. моляры в/ч
3. премоляры н/ч
- а) S-образно изогнутые без шипика
- б) S-образно изогнутые с шипиком
- в) прямые
- г) клювовидные без шипиков
- д) клювовидные с шипиками

Установите правильную последовательность

27. Этапы удаления постоянного зуба:

1. кюретаж лунки
2. отсепаровка круговой связки
3. продвижение щечек щипцов
4. фиксация щечек
5. наложение щечек щипцов
6. вывихивание (ротация)
7. сближение краев лунки
8. извлечение из лунки

2. Раздел «Воспалительные заболеваний челюстно-лицевой области у детей.»

1. Причиной острых лимфаденитов ЧЛО у детей 2 – 3 лет является инфекция:
 1. одонтогенная
 2. неодонтогенная+
2. Причиной острых лимфаденитов ЧЛО у детей 6 – 8 лет является инфекция:
 1. одонтогенная+
 2. неодонтогенная
3. У детей 2 – 3 лет при острых лимфаденитах ЧЛО преобладает инфекция:
 1. посттравматическая
 2. ОРВИ+
 3. одонтогенная
4. У детей 2 – 3 лет при острых лимфаденитах ЧЛО преобладает инфекция:
 1. одонтогенная
 2. посттравматическая
 3. дерматогенная+
5. Одонтогенная инфекция как причина острых лимфаденитов ЧЛО преобладает у детей в возрасте:
 1. 2 – 3 года

2. 3 – 4 года
3. 6 – 8 лет+
6. Источники инфекции при одонтогенных лимфаденитах ЧЛО у детей 6 – 7 лет являются:
 1. 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 зубы
 2. 1.2, 1.1, 2.1, 2.2 зубы
 3. 5.5, 5.4, 6.4, 6.5 зубы
 4. 8.5, 8.4, 7.4, 7.5 зубы+
7. Источники инфекции при одонтогенных лимфаденитах ЧЛО у детей 10 – 14 лет являются:
 1. 1.5, 1.4, 2.4, 2.5 зубы
 2. 4.5, 4.4, 3.4, 3.5 зубы
 3. 1.6, 2.6 зубы
 4. 4.6, 3.6 зубы+
8. Источники инфекции при остром периостите челюстей у детей является:
 1. 1.6, 5.5, 5.4, 6.4, 6.5, 2.6 зубы
 2. 4.6, 8.5, 8.4, 7.4, 7.5, 3.6 зубы+
 3. ОРВИ и детские инфекционные заболевания
 4. ЛОР-органы
9. Гематогенный остеомиелит наблюдается чаще в области:
 1. н/ч
 2. в/ч+
10. Источники инфекции при остром одонтогенном периостите челюстей у детей:
 1. 12, 11, 21, 22 зубы
 2. 42, 41, 31, 32 зубы
 3. 16, 55, 54, 64, 65, 26 зубы
 4. 46, 85, 84, 74, 75, 36 зубы+
11. У детей преобладает остеомиелит этиологии:
 1. посттравматической
 2. одонтогенной+
 3. гематогенной
12. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области:
 1. н/ч +
 2. в/ч
13. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
 1. стафилококками
 2. микобактериями туберкулеза+
 3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
14. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
 1. стрептококком в сочетании со стафилококком
 2. палочкой Коха+
 3. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
15. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный
 1. стафилококком
 2. лучистым грибом
 3. стрептококком+
16. Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:
 1. кишечной палочкой в сочетании со стафилококком
 2. анаэробной флорой+
 3. бледной трепонемой
17. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается:
 1. в срочной госпитализации

2. в дезинтоксикационной терапии
 3. в хирургической помощи+
18. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным периоститом заключается:
1. в срочной госпитализации
 2. в иммунотерапии
 3. в хирургической помощи+
19. Неотложная помощь ребенку с острым гнойным остеомиелитом заключается:
1. в антибактериальной терапии
 2. в хирургической помощи в полном объеме+
 3. в десенсибилизирующей терапии
20. Неотложная помощь ребенку с аденофлегмоной:
1. иммунотерапия
 2. антибактериальная терапия
 3. хирургическая помощь+
21. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом:
1. хирургическая помощь+
 2. антибактериальная терапия
 3. противовоспалительная терапия
22. При остром серозном периостите причинный временный моляр удаляется:
1. всегда
 2. по показаниям (возраст, эффективность эндодонтического лечения и др.)+
23. При остром остеомиелите причинный 53 удаляется:
1. по показаниям
 2. всегда+
24. При остром гнойном периостите причинный 53 удаляется:
1. всегда+
 2. по показаниям
25. При остром остеомиелите причинный 36 зуб у детей удаляется:
1. по показаниям
 2. всегда+
26. При остром гнойном периостите причинный 36 зуб у детей удаляется:
1. всегда
 2. по показаниям+
27. По этиологии лимфадениты ЧЛО у детей делятся:
1. на острые
 2. на хронические
 3. на одонтогенные
 4. на неодонтогенные
 5. на специфические+
 6. на хронические в стадии обострения
28. По клиническому течению остеомиелиты челюстных костей у детей делятся:
1. на одонтогенные
 2. на травматические
 3. на острые+
 4. на хронические+
 5. на специфические
 6. на хронические в стадии обострения
29. По клиническому течению лимфадениты ЧЛО у детей делятся:
1. на одонтогенные
 2. на ларингогенные
 3. на специфические
 4. на острые+

5. на хронические+
6. на хронические в стадии обострения+
30. Показаниями к секвестрэктомии у детей является:
 1. наличие секвестральной капсулы
 2. погибшие зачатки +
 3. крупные секвестры+
 4. секвестр, расположенный вне зоны роста челюсти, у детей до 10 лет
 5. стойкий белок в моче+
31. По этиологии остеомиелиты челюстных костей у детей делятся:
 1. на острые
 2. на хронические
 3. на специфические+
 4. на одонтогенные+
 5. на травматические+
 6. на хронические в стадии обострения
32. По этиологии периоститы челюстных костей делятся:
 1. на хронические
 2. на острые
 3. на одонтогенные+
 4. на травматические+
 5. на хронические в стадии обострения

Воспалительные корневые кисты челюстей.

1. Воспалительные корневые кисты челюстей у детей обнаруживаются чаще:
 1. на в/ч
 2. на н/ч+
2. Причиной воспалительных корневых кист у детей является хронический периодонтит:
 1. временных резцов
 2. временных клыков
 3. временных моляров+
3. Травматические воспалительные корневые кисты у детей с постоянным прикусом развиваются чаще:
 1. от резцов+
 2. от клыков
 3. от премоляров
 4. от моляров
4. Воспалительная корневая киста н/ч на Rg представляет очаг:
 1. просветления+
 2. затемнения
5. Воспалительная корневая киста в/ч на Rg представляет очаг:
 1. просветления
 2. затемнения+
6. При воспалительной корневой кисте от 84 зуба проводится:
 1. цистэктомия
 2. цитотомия+
7. Операция цистэктомия предполагает удаление оболочки кисты:
 1. полное+
 2. частичное
8. Операция цитотомия предполагает удаление оболочки кисты:
 1. полное
 2. частичное+

9. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:
 1. всегда удаляется
 2. всегда сохраняется
 3. очень редко (при наличии показаний) удаляется+
10. Удаление причинного 84 зуба при цистотомии по поводу не нагноившейся корневой кисты проводится:
 1. за 2 – 3 дня до операции
 2. одновременно с основной операцией+
 3. через 2 – 3 дня после операции
11. Цистэктомия с радикальной гайморотомией показана при кисте от 5.4 зуба:
 1. проникающих в верхнечелюстную пазуху+
 2. при небольших кистах (менее 1.5 см)
12. При цистотомии производится:
 1. тампонада полости кисты йодоформным тампоном+
 2. ушивание раны
13. При цистэктомии костная рана:
 1. тампонируется йодоформным тампоном
 2. ушивается+
14. Дефект зубного ряда при цистэктомии с радикальной гайморотомией по поводу кисты от 8.5 зуба является исходом заболевания:
 1. обязательным+
 2. необязательным
15. Наиболее частым методом лечения корневых воспалительных кист от 11 зуба у детей является:
 1. цитотомия
 2. цистэктомия с радикальной гайморотомией
 3. цистэктомия с резекцией верхушки +
16. Цистэктомия с резекцией верхушки корня причинного зуба проводится при корневых воспалительных кистах от зубов:
 1. временных
 2. постоянных+
17. Смена йодоформного тампона после цистотомии производится:
 1. на 2 сутки
 2. на 7 – 8 сутки+
 3. на 10 – 14 сутки
 4. на 21 сутки
18. Методами лечения воспалительных корневых кист от 54 зуба являются:
 1. цистотомия с удалением причинного зуба+
 2. цистэктомия с резекцией верхушки
 3. цистэктомия с радикальной гайморотомией+
19. Методами лечения корневых воспалительных кист от 15 зуба являются:
 1. цистотомия с удалением причинного зуба+
 2. цистэктомия с резекцией верхушки +
 3. цистэктомия с радикальной гайморотомией+
20. Возможные исходы цистотомии корневой воспалительной кисты от 85 зуба:
 1. частичная первичная адентия
 2. нарушение сроков прорезывания зуба, находившегося в полости кисты+
 3. прорезывание зуба вне зубной дуги+
 4. местная гипоплазия эмали зуба, зуб Турнера+

3. Раздел «Воспалительные заболевания слюнных желез у детей»

1. У детей с хроническим рецидивирующим паренхиматозным паротитом в анамнезе выявляется острый эпидемический паротит:
 1. всегда
 2. иногда+
2. Хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит – заболевание:
 1. контагиозное
 2. неконтагиозное+
3. Для острого эпидемического паротита симметричное поражение обеих желез:
 1. характерно+
 2. не характерно
4. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:
 1. обязательным
 2. необязательным+
5. Симметричное поражение обеих околоушных желез характерно для паротита:
 1. хронического рецидивирующего паренхиматозного
 2. острого эпидемического+
6. Гнойное расплавление паренхимы железы в период обострения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита:
 1. явление частое
 2. явление редкое
 3. явление крайне редкое+
7. Чередование периодов обострения и ремиссии характерно для паротита:
 1. острого эпидемического
 2. хронического паренхиматозного+
8. Орхит как осложнение наблюдается у мальчиков, страдающих:
 1. хроническим паренхиматозным паротитом
 2. острым эпидемическим паротитом+
 3. калькулезным сиалоаденитом
9. Гнойное расплавление паренхимы железы характерно для паротита:
 1. острого эпидемического
 2. хронического рецидивирующего паренхиматозного
 3. новорожденных+
10. Симптомы паротита новорожденных наиболее близки к симптомам:
 1. острого эпидемического паротита
 2. гематогенного остеомиелита мышечного отростка н/ч+
 3. хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита
 4. калькулезного сиалоаденита
11. Хирургический метод наиболее часто применяется при лечении паротита:
 1. острого эпидемического
 2. новорожденных+
 3. хронического рецидивирующего паренхиматозного
12. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока околоушной слюнной железы характерно для паротита:
 1. острого эпидемического
 2. хронического рецидивирующего паренхиматозного+
13. Калькулезный сиалоаденит преимущественно развивается в железах:
 1. околоушных
 2. поднижнечелюстных+
14. Почечнокаменная болезнь часто сопутствует:
 1. калькулезному сиалоадениту+
 2. острому эпидемическому паротиту

3. хроническому рецидивирующему паренхиматозному паротиту
15. Для острого эпидемического паротита характерны симптомы:
 1. гнойное расплавление тканей железы
 2. симметричное увеличение обеих желез+
 3. консистенция тестовато – пастозная+
 4. консистенция плотная, бугристая+
 5. возможно одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез
16. Для хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в стадии ремиссии характерны симптомы:
 1. консистенция железы тестовато – пастозная
 2. консистенция железы бугристая, эластичная+
 3. выделение гноя или секрета с примесью гноя из устья протока
 4. секрет желеобразный, иногда с прожилками или мутный+
 5. боли, усиливающиеся при приеме пищи
17. Наиболее высокая заболеваемость хроническим рецидивирующим паренхиматозным паротитом приходится на возрастные группы детей:
 1. 2 – 4 года
 2. 4 – 6 лет+
 3. 6 – 8 лет+
 4. 8 – 10 лет+
18. Для обострения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита характерны симптомы:
 1. одновременное поражение поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез
 2. гиперемия кожи над пораженной железой+
 3. из протока выделяется чистый прозрачный секрет
 4. из протока выделяется гной или секрет с примесью гноя+
 5. железа тестовато – пастозная
 6. железа плотная, бугристая+
19. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите поражаются:
 1. строма железы
 2. паренхима железы+
 3. выводные протоки+
20. При хроническом рецидивирующем паренхиматозном паротите на контрастной сиалограмме выявляются:
 1. дефект наполнения
 2. округлые полости на месте протоков 3-4-го порядка+
 3. протоки 1-2-3-4-5-го порядков не контрастируют
 4. расширение основного выводного протока+
21. В плане лечения хронического рецидивирующего паренхиматозного паротита в период обострения обязательными являются:
 1. антибактериальная терапия+
 2. противовоспалительная терапия+
 3. хирургическое лечение
 4. введение 30% йодолипола в проток железы
 5. физиотерапевтическое лечение+
 6. десенсибилизирующая терапия+
22. Для хронического калькулезного паротита характерны следующие симптомы:
 1. усиление болей при приеме пищи+
 2. пастозно – тестоватая консистенция железы
 3. задержка или отсутствие выделения секрета из протока слюнной железы+
 4. наличие уплотнения по ходу протока+

5. свободное выделение секрета из протока железы+
6. периодическое увеличение объема слюнной железы

4. Раздел Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков

1. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков развиваются в результате:
 - а) хронической травмы височно-нижнечелюстного сустава;+
 - б) острой травмы височно-нижнечелюстного сустава;
 - в) одонтогенного остеомиелита челюсти;
 - г) перелома нижней челюсти;
 - д) диспропорции роста опорно-двигательного аппарата.
2. Реография области ВНЧС позволяет определить:
 - а) сократительную способность мышц ЧЛЮ;
 - б) гемодинамическое состояние сосудов ВНЧС;+
 - в) движение головок нижней челюсти.
3. Для клиники юношеской дисфункции ВНЧС сустава наиболее характерны:
 - а) привычный вывих;
 - б) хруст и щелканье в суставе;
 - в) отек и гиперемия кожи в околоушной области;
 - г) невозможность открыть рот;+
 - д) кривой прикус.
4. Основными лекарственными средствами для лечения всех форм функционально-дистензионных заболеваний ВНЧС являются:
 - а) Ацетилсалициловая кислота и Мелоксикам, Лоратадин, препараты кальция;
 - б) Диклофенак, Лоратадин, Химотрипсин;
 - в) Мелоксикам, препараты кальция, Диклофенак. +
5. Укажите методы, применяемые для лечения юношеской дисфункции ВНЧС у детей:
 - а) введение в полость сустава гормональных противовоспалительных препаратов путем инъекций;
 - б) активная механотерапия;
 - в) редрессация ВНЧС;
 - г) использование аппаратов, ограничивающих открывание рта;+
 - д) ограничение приема твердой пищи.
6. Функционально-дистензионные поражения ВНЧС у детей и подростков при ЮИА (ювенильный идиопатический артрит) встречаются:
 - а) в 50% случаев;
 - б) в 91% случаев;+
 - в) крайне редко;
 - г) вообще не встречаются.
7. Острый травматический вывих ВНЧС чаще всего бывает:
 - а) задний;
 - б) боковой двусторонний;
 - в) боковой односторонний;
 - г) передний односторонний;+
 - д) передний двусторонний.
8. Юношеский деформирующий артроз относится к:
 - а) Первично-костным повреждениям и заболеваниям ВНЧС;+
 - б) Функционально-дистензионным заболеваниям ВНЧС.
9. К функционально-дистензионным заболеваниям ВНЧС не относится:
 - а) артрит (острый, хронический);
 - б) деформирующий юношеский артроз;+

- в) вторичный деформирующий остеоартроз;
 - г) юношеская дисфункция ВНЧС.
10. К функционально-дистензионным заболеваниям ВНЧС относится:
- а) вторичный деформирующий остеоартроз;+
 - б) неоартроз;
 - в) деформирующий юношеский артроз;
 - г) костный анкилоз.
11. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава свойственны детям телосложения:
- а) нормостенического;
 - б) гиперстенического+
 - в) астенического
12. Тактика лечения острого артрита ВНЧС у детей и подростков?
- а) Покой, обезболивающие средства, антибактериальная терапия;
 - б) Назначение гипосенсибилизирующих средств;
 - в) Назначение седативных средств+;
 - г) Назначение иммунотерапии;
 - д) Компактоостеотомия.
13. Назовите наиболее часто применяемый метод обезболивания при остром артрите ВНЧС у детей и подростков:
- а) Общее обезболивание;+
 - б) Местная проводниковая анестезия;
 - в) Парэнтеральное введение анальгетиков;
 - г) Местное инфильтрационное обезболивание;
 - д) Электрофорез местного анестетика на область сустава.
14. Что характерно для хронического артрита ВНЧС:
- а) Гемиатрофия лица;
 - б) Деформация нижней челюсти;
 - в) Усталость нижней челюсти к вечеру;
 - г) Тупая боль и ограничение движения нижней челюсти;+
 - д) Острая боль в области височно-нижнечелюстного сустава.
15. При каких заболеваниях ВНЧС у подростков можно использовать титановые или другие имплантаты?
- а) При фиброзном анкилозе и ограничении открывания рта;
 - б) При костном анкилозе и микрогении;+
 - в) При деформирующем артрите;
 - г) При ревматоидном артрите;
 - д) При хроническом артрите.
16. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава наблюдается чаще у:
- а) мальчиков 5-7 лет;+
 - б) девочек 11-13 лет;
 - в) мальчиков 8-9 лет;
 - г) девочек 8-9 лет.
17. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава чаще встречаются в возрастной группе детей:
- а) 1-2 лет;+
 - б) 3-4 лет;
 - в) 5-6 лет;
 - д) 10-15 лет.
18. При лечении артроза и хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков ультразвуковая терапия применяется в комплексе с:
- а) виброакустическими колебаниями;

- б) гипотермией;
 - в) парафинотерапией;+
 - г) УВЧ-терапией.
19. Привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава в юношеском возрасте проявляется смещением суставной головки:
- а) кнаружи
 - б) назад+
 - в) вперед
 - г) верно а) и б)
20. Чрезмерная подвижность суставной головки нижней челюсти характерна для:
- а) деформирующего юношеского артроза;
 - б) привычного вывиха височно-нижнечелюстного сустава;+
 - в) острого артрита височно-нижнечелюстного сустава.

5. Раздел «Острая травма зубов, челюстей, мягких тканей лица»

1. Характерным видом травмы 5.1, 6.1 зубов является:
 1. перелом
 2. вывих+
 3. ушиб
2. У детей в постоянном прикусе среди преобладает:
 1. вывих
 2. перелом+
3. В каком прикусе у детей преобладают переломы:
 1. постоянном+
 2. временном
4. В каком прикусе у детей преобладает вывих зуба:
 1. постоянном
 2. временном+
5. У детей с временным прикусом переломы и вывихи зубов наблюдаются с частотой:
 1. одинаковой
 2. неодинаковой+
6. Травма зачатка 1.1 зуба наблюдается при травме 5.1 зуба в виде вывиха:
 1. полного
 2. неполного
 3. внедренного+
7. Взаимосвязь существует между травмой зачатка и гипоплазией эмали:
 1. системной
 2. местной+
8. Нарушение непрерывности замыкательной пластинки зачатка свидетельствует о его гибели:
 1. не всегда+
 2. всегда
9. Местная гипоплазия эмали как исход травмы зачатка:
 1. невозможна
 2. возможна+
10. Травма зачатка постоянного зуба при удалении временного зуба:
 1. невозможна
 2. возможна+
11. Предрасполагающим фактором вывиха резцов в/ч у детей является:
 1. множественный кариес этих зубов и его осложнения
 2. глубокий прогнатический прикус+

3. мелкое преддверие
12. При ушибе зуба на Rg периодонтальная щель:
 1. расширена
 2. сужена
 3. не изменена+
 13. 51 зуб при полном вывихе у ребенка 3 лет реплантации:
 1. подлежит
 2. не подлежит+
 14. В выборе лечения при полном вывихе 71, 81 зубов возраст ребенка значение:
 1. не имеет+
 2. имеет
 15. У ребенка 2 лет 7.1, 8.1 зубы при полном вывихе реплантации:
 1. не подлежат+
 2. подлежат
 16. Врачебная тактика при полном вывихе 5.1, 6.1 зубов от возраста ребенка:
 1. зависит
 2. не зависит+
 17. Взаимосвязь между тактикой врача и возрастом при полном вывихе 7.1 зуба:
 1. существует
 2. не существует+
 18. При вколоченном вывихе 51 зуба решающее значение имеет:
 1. возраст ребенка+
 2. результаты Rg исследования.
 19. У ребенка 5 лет при вколоченном вывихе 5.1, 6.1 зубов рекомендуется:
 1. наблюдение
 2. репозиция
 3. удаление+
 20. Врачебная тактика при неполном вывихе 5.1 зуба от возраста ребенка:
 1. зависит+
 2. не зависит
 21. У ребенка 3 лет 5.1, 6.1 зубы при неполном вывихе рекомендуется:
 1. удалить
 2. сохранить+
 22. У ребенка 6 лет 5.1, 6.1 зубы при неполном вывихе рекомендуется:
 1. сохранить
 2. удалить+
 23. У ребенка 1,5 лет при неполном вывихе центральных резцов рекомендуется:
 1. удаление
 2. реплантация после соответствующей подготовки
 3. наблюдение+
 24. При неполном вывихе 5.1 зуба со сформированными корнями рекомендуется:
 1. зуб трепанировать, запломбировать за верхушку
 2. зуб трепанировать, запломбировать до верхушки
 3. репозиция, фиксация, наблюдение+
 25. У ребенка 10 лет при полном вывихе 1.1 зуба в результате уличной травмы рекомендуется:
 1. устранение дефекта имплантатом
 2. устранение дефекта съёмным протезом
 3. реплантация без предварительного его пломбирования
 4. реплантация с предварительной трепанацией, депульпированием и пломбированием+
 26. При вколоченном вывихе 1.1 зуба со сформированным корнем показано:

1. удаление
2. извлечение, трепанация, депульпирование, пломбирование, реплантация+
3. исключение нагрузки, наблюдение (Rg, ЭОД), по показаниям – эндодонтическое лечение
4. репозиция, фиксация, наблюдение с Rg контролем и ЭОД
27. У ребенка 5 лет 5.1 зуб при переломе корня рекомендуется:
 1. сохранить
 2. удалить+
28. У ребенка 3 лет при переломе на уровне шейки 5.1 зуба рекомендуется:
 1. удаление
 2. сохранение+
29. У ребенка 3 лет при переломе коронки 5.1 зуба со вскрытием полости рекомендуется
 1. удаление
 2. сохранение+
30. У ребенка 6 лет при переломе на уровне шейки 5.1 зуба рекомендуется:
 1. удаление+
 2. сохранение
31. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов используют шину:
 1. проволочную
 2. пластмассовую+
32. При множественном вывихе временных зубов с переломом альвеолярного отростка используют шину:
 1. проволочную
 2. пластмассовую назубную
 3. пластмассовую зубнадесневую+
33. В сменном прикусе при лечении вывихов зубов используют шину:
 1. пластмассовую зубнадесневую
 2. пластмассовую назубную+
34. Пластмассовую зубнадесневую шину используют у детей с временным и сменным прикусом:
 1. при переломе челюсти+
 2. при вывихе зубов
35. Устранение грубых рубцовых деформаций мягких тканей лица у детей показано:
 1. через 1 – 2 мес. после заживления раны
 2. через 7 – 8 мес. после заживления раны+
 3. не ранее 18 летнего возраста
36. Для детей в возрасте 4 – 5 лет наиболее характерен вид травмы:
 1. перелом зуба
 2. перелом челюсти
 3. вывих зуба+
 4. вывих ВНЧС
37. Открытый перелом челюстных костей – это перелом, при котором:
 1. линия перелома проходит через зубной ряд, придаточной пазухи носа, глазницу+
 2. изменяется прикус по типу «открытого прикуса»
38. На характер смещения отломков при переломах н/ч оказывает:
 1. направление мышечной тяги прикрепляемых к фрагментам мышц+
 2. вес отломков, обусловленный их размером
39. В ближайшие часы после ранений мягких тканей опасность для жизни ребенка представляет:
 1. нарушение речи
 2. нарушение приема пищи
 3. асфиксия+

40. Поздним клиническим симптомом родовой травмы может быть:
 1. короткая уздечка языка
 2. рубцы на коже лица
 3. ринолалия
 4. недоразвитие н/ч+
41. Наиболее частая локализация переломов н/ч по типу «зеленой ветки»:
 1. угол
 2. мышцелковый отросток+
42. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте:
 1. 14 – 15 лет,
 2. 6 – 7 лет.+
43. Переломы н/ч без смещения фрагментов у взрослых по сравнению с детьми встречаются:
 1. чаще
 2. реже+
44. У детей до 10 лет в области мышцелковых отростков н/ч преобладают переломы:
 1. полные со смещением фрагментов
 2. полные по типу «зеленой ветки»+
45. Решающим признаком полного перелома н/ч является:
 1. неправильный прикус
 2. костная крепитация+
 3. нарушение функции жевания
 4. гематома, отек окружающих тканей
 5. локальная боль, усиливающаяся при пальпации
46. Наиболее информативным методом диагностики переломов челюстей является:
 1. реография
 2. электромиография
 3. Rg+
47. Наиболее доступным признаком консолидации фрагментов н/ч является:
 1. исчезновение боли
 2. образование костной мозоли+
 3. уменьшение подвижности фрагментов
48. Шины, фиксирующие фрагменты челюсти, у детей рекомендуются снимать не ранее, чем через:
 1. 1 неделю
 2. 2 недели
 3. 3 недели
 4. 4 недели+
 5. 5 недель
49. При падении на подбородок отраженный перелом н/ч следует ожидать в области:
 1. углов н/ч
 2. ветвей н/ч
 3. мышцелковых отростков+
50. При ударе в область тела н/ч слева отраженный перелом локализуется в области мышцелкового отростка:
 1. правого+
 2. левого
51. Срок первично–непосредственной хирургической обработки ран мягких тканей лица:
 1. 24 часа
 2. до 36 часов+
 3. до 48 часов
52. Срок первично–отсроченной хирургической обработки ран мягких тканей лица:

1. 24 часа
 2. 36 часа
 3. 48 часа
 4. 72 часа+
53. Место пальцевого прижатия при временной остановке кровотечения из височной артерии – точка в области:
1. наружного угла глаза
 2. чуть ниже и впереди козелка уха
 3. скуловой дуги, чуть спереди и выше козелка уха+
 4. сосцевидного отростка, отступив на 0,5 см от места прикрепления ушной раковины
54. Место пальцевого прижатия при временной остановке кровотечения из лицевой артерии – точка в области:
1. ветви н/ч впереди козелка уха соответствующей стороны
 2. основание н/ч соответственно подбородочному отверстию
 3. у 11 шейного позвонка
 4. края н/ч впереди жевательной мышцы+
55. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мыщелкового отростка н/ч продолжается:
1. до выявления Rg признаков костной мозоли в области перелома
 2. до формирования постоянного прикуса
 3. до 1 – 2 лет после травмы
 4. до 16 – 18 летнего возраста+
56. Rg признаками вколоченного вывиха зуба являются:
1. отсутствие периодонтальной щели в области верхушки+
 2. неравномерное расширение периодонтальной щели в области боковой поверхности корня
 3. расширение периодонтальной щели в области верхушки
 4. сужение периодонтальной щели в области верхушки +
57. Rg признаками неполного вывиха зуба является:
1. отсутствие периодонтальной щели в области верхушки
 2. расширение периодонтальной щели в области верхушки+
 3. неравномерность ширины периодонтальной щели на всем протяжении+
 4. «укорочение» зуба+
58. Преобладание вывиха над переломом 5.2, 5.1, 6.1, 6.2 зубов объясняется:
1. возрастными особенностями строения костной ткани+
 2. возрастными особенностями строения периодонта+
 3. частым поражением кариесом
 4. сравнительно небольшой величиной корня+
59. Предрасполагающими факторами вывиха временных резцов в/ч являются:
1. множественный их кариес
 2. физиологическая резорбция корня+
 3. прогнатический прикус+
 4. открытый прикус+
 5. диастема
60. На смещение отломков н/ч у детей оказывают влияние:
1. мышечная тяга+
 2. сила удара+
 3. возрастные особенности строения н/ч
 4. собственный вес отломков+
61. Клинические симптомы перелома мыщелкового отростка н/ч:
1. смещение средней линии в сторону, противоположную перелому

2. смещение средней линии в сторону перелома+
3. отсутствие контакта между зубами на стороне перелома
4. плотный контакт между зубами на стороне перелома+
5. отсутствие контакта между зубами на противоположной стороне+

6. Раздел «Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области у детей»

Указать номер правильного ответа

1. Ведущим методом при диагностике новообразований у детей является:
 - 1) рентгенологический
 - 2) макроскопия послеоперационного материала
 - 3) цитологический
 - 4) морфологический+
2. Истинной доброкачественной опухолью является:
 1. эозинофильная гранулема
 2. остеома+
 3. херувизм
 4. фолликулярная киста
 5. фиброзная дисплазия
3. К опухолеподобным образованиям относится:
 1. эозинофильная гранулема+
 2. гигантоклеточный эпulis
 3. гемангиома
 4. фиброзная дисплазия+
4. К одонтогенным опухолям относится:
 1. миксома челюсти
 2. одонтома+
 3. эозинофильная гранулема
 4. амелобластома+
5. Наличие в полости кисты продуктов сальных и потовых желез характерно для кисты: эпидермоидной
 1. воспалительной корневой
 2. прорезывания
 3. дермоидной
 4. срединной шеи+
6. Склонность к воспалению, нестабильность размеров характерны для:
 - 1) гемангиомы
 - 2) лимфангиомы+
 - 3) фибромы
 - 4) дермоидной кисты
 - 5) ретенционной кисты слюнной железы
7. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномичным признаком:
 1. ретенционной кисты
 2. лимфангиомы+
 3. гемангиомы
8. Гормональная терапия гемангиом у детей проводится в возрасте:
 - 1) до 1 года+
 - 2) 1-2 года
 - 3) 3-4 года
 - 4) 5 лет и старше

9. Тестоватая консистенция характерна для:
1. гемангиомы
 2. околочелюстной флегмоны
 3. лимфангиомы+
 4. нейрофиброматоза
10. Капиллярные и ограниченные поверхностные кавернозные гемангиомы рекомендуются лечить методом:
1. хирургическим
 2. склерозирования
 3. криодеструкции+
 4. СВЧ-терапии
11. Наиболее чувствительна к лучевой терапии среди перечисленных опухолей у детей:
1. фибросаркома
 2. саркома Юинга+
 3. остеогенная саркома
 4. гемангиома
 5. лимфангиома
12. Многие доброкачественные опухоли у детей в отличие от взрослых характеризуются:
1. быстрым ростом+
 2. высокой чувствительностью к лучевому воздействию
 3. преимущественным происхождением из мезенхимы+
 4. дизонтогенетическим происхождением+
 5. преимущественным происхождением из эпителия
13. Способностью к спонтанной регрессии обладают:
1. амелобластома
 2. одонтома
 3. лимфангиома+
 4. гигантоклеточная опухоль
 5. гемангиома+
14. Нестабильность размеров характерна для:
1. фибромы
 2. ретенционной кисты+
 3. лимфангиомы+
 4. фиброзной дисплазии
 5. корневой воспалительной кисты

<p>15. Диагноз: Гемангиома (капиллярно-кавернозная)</p> <p>Лимфангиома (капиллярно-кавернозная)</p>	<p>Клинические симптомы: А) тестоватая консистенция Б) положительный симптом наполнения В) цвет кожи (слизистой) красно-багровый Г) кожа в цвете не изменена или слегка синюшная Д) отмечается симптом зыбления Е) нестабильность размеров Ж) склонность к воспалению З) пузырьковые высыпания на слизистой рта в виде «просяных зерен» И) положительный симптом сжатия и наполнения</p>
---	--

Ответ: 1) 2).....

7. Раздел «Врожденные и наследственные заболевания лица и шеи, челюстных и лицевых костей, слизистой оболочки рта»

Укажите номер правильного ответа

16. Врожденные расщелины верхней губы формируются в период развития эмбриона человека:
 - 1) третья-шестая неделя+
 - 2) одиннадцатая-двенадцатая недели
 - 3) во второй половине эмбриогенеза
17. Терапевтическим действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба обладают:
 - 1) чрезмерное употребление сладких продуктов беременной женщиной
 - 2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности+
 - 3) патологические изменения репродуктивных органов женщины
18. Медико-генетическое консультирование рекомендуется родственникам больного и больному с диагнозом:
 - 1) ретенционная киста слизистой
 - 2) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
 - 3) остеома верхней челюсти
 - 4) расщелина твердого и мягкого неба+
19. К анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной скрытой расщелине верхней губы, относится:
 - 1) ринолалия
 - 2) укорочение верхней губы+
 - 3) деформация кожно-хрящевого отдела носа
20. Деформация кожно-хрящевого отдела носа всегда имеет место при врожденной расщелине верхней губы:
 - 1) неполной
 - 2) скрытой
 - 3) полной+
21. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:
 - 1) 2-4 дня
 - 2) 11-12 дней
 - 3) 1-2 месяца
 - 4) 4-6 месяцев+
 - 5) 1-2 года
22. При врожденной расщелине верхней губы корригирующие операции на крыльях и кончике носа рекомендуется проводить в возрасте:
 - 1) 2-3 лет
 - 2) 5-6 лет
 - 3) 12-16 лет+
23. Укорочение мягкого неба при всех видах врожденной расщелины неба является анатомическим нарушением:
 - 1) Обязательным+
 - 2) необязательным
24. Расширение среднего отдела глоточного кольца при врожденных расщелинах мягкого и твердого неба имеет место:
 - 1) Всегда+

- 2) иногда
25. Обязательным является нарушение функции независимо от вида врожденной расщелины мягкого и твердого неба:
- 1) приема пищи
 - 2) речи+
26. Ортодонтическое лечение детей с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начинать:
- 1) до операции+
 - 2) по окончании хирургического лечения
27. Хирургическое лечение детям с изолированной расщелиной мягкого неба показано в возрасте:
- 1) до четырех лет+
 - 2) четыре – пять лет
 - 3) пять – шесть лет
28. Хирургическое лечение детям с расщелиной мягкого и твердого неба показано в возрасте:
- 1) 1-2 года
 - 2) 3-4 года
 - 3) 5-6 лет+
29. Хирургическое лечение детям с односторонней расщелиной альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба показано в возрасте:
- 1) 1-2 года
 - 2) 3-4 года
 - 3) 5-6 лет
 - 4) после 7 лет+
30. У детей в возрасте 9-10 лет наиболее частым показанием для операции на уздечке языка является:
- 1) затрудненный прием пищи
 - 2) недоразвитие фронтального отдела нижней челюсти+
 - 3) нарушение речи
31. При врожденных расщелинах неба занятия с логопедом рекомендуется начинать:
- 1) до операции+
 - 2) по окончании хирургического лечения
32. Следствием высокого прикрепления уздечки нижней губы может явиться:
- локальной пародонтит
- 1) уплощение фронтального отдела нижней челюсти+
 - 2) дефект речи
33. Недоразвитие ушной раковины является симптомом:
- 1) синдром Ван-дер-Вуда
 - 2) херувизма
 - 3) родовой травмы височно-нижнечелюстного сустава
 - 4) гемифациальной микросомии+
34. Предушные кожно-хрящевые рудименты являются симптомом:
- 1) синдрома Олбрайта
 - 2) херувизма
 - 3) синдрома Гольденхара+
 - 4) синдрома Ван-дер-Вуда
35. При иссечении уздечки верхней губы показанием к компактостеотомии является:
- 1) гипертрофия межзубного сосочка
 - 2) диастема+
 - 3) прикрепление уздечки верхней губы к вершине альвеолярного отростка
36. Срединная киста шеи лечится методом:

- 1) криодеструкции
 - 2) хирургическим+
 - 3) комплексным: хирургическим с последующей лучевой терапией
 - 4) лучевой терапия
37. Методом лечения врожденного срединного свища шеи является:
- 1) криодеструкция
 - 2) лучевая терапия
 - 3) комплексное: хирургическое с последующей лучевой терапией
 - 4) хирургический+
38. Микропризнаки у родителей больного, указывающие на наследственный характер врожденной расщелины верхней губы и неба:
- 1) несимметричное расположение крыльев носа+
 - 2) расщепление кончика язычка мягкого неба+
 - 3) папиллома слизистой верхней губы
 - 4) несимметричный кончик носа+
 - 5) углообразный выступ в области красной каймы верхней губы у бокового валика фильтрума+
39. Недоразвитие половины нижней челюсти может быть симптомом
- 1) синдрома Ван-дер-Вуда
 - 2) херувизма
 - 3) синдрома Гольденхара+
 - 4) травмы мышечного отростка нижней челюсти в первые годы жизни ребенка+
 - 5) гемифациальной микросомии+
 - 6) синдрома Олбрайта
40. Медико-генетическое консультирование показано родственникам и больному с диагнозом:
- 1) саркома Юинга
 - 2) врожденная полная расщелина мягкого неба+
 - 3) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
 - 4) синдром Гольденхара+
 - 5) врожденная полная расщелина мягкого и твердого неба+
41. Медико-генетическая консультация рекомендуется родственникам и больному с диагнозом:
- 1) врожденная полная двусторонняя расщелина верхней губы+
 - 2) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава
 - 3) папиллома кончика языка
 - 4) херувизм+
 - 5) ретенционная киста слизистой нижней губы
42. Медико-генетическая консультация рекомендуется родственникам и больному с диагнозом:
- 1) хронический рецидивирующий паренхиматозный паротит
 - 2) одонтогенная воспалительная киста
 - 3) врожденная расщелина альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба+
 - 4) синдром Пьера Робена+
 - 5) врожденная скрытая расщелина верхней губы+
43. Нарушение речи при двусторонней расщелине альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба вызвано
- 1) анкилоглоссией
 - 2) укорочением мягкого неба+
 - 3) сужением среднего отдела глотки
 - 4) расширением среднего отдела глотки+
 - 5) наличием широкого сообщения между ротовой и носовой полостями+

44. Хирургическое лечение ребенка с врожденной левосторонней неполной расщелиной верхней губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа возможно в возрасте:
- 1) 2-4 дня+
 - 2) 4-6 месяцев+
 - 3) 1-2 года+
 - 4) 3-4 года+
45. Хирургическое лечение ребенка с врожденной неполной правосторонней расщелиной верхней губы без деформации кожно-хрящевого отдела носа возможно в возрасте:
- 1) 2-4 дня+
 - 2) 4-6 месяцев+
 - 3) 1-2 года+
 - 4) 3-4 года+
46. Задачи, стоящие перед хирургом при проведении операции по поводу врожденной скрытой расщелины верхней губы:
- 1) Устранение деформации кожно-хрящевого отдела носа
 - 2) Удлинение верхней губы+
 - 3) Нормализация функции сосания
 - 4) Закрытие расщелины+
47. Корректирующие операции на кончике и крыльях носа при врожденных расщелинах губы с деформацией кожно-хрящевого отдела носа проводят в возрасте:
- 1) 1-2 года
 - 2) 3-4 года
 - 3) 5-6 лет
 - 4) 14-15 лет+
 - 5) Старше 15 лет+
48. Показания к пластике уздечки языка могут быть:
- 1) ринолалия
 - 2) макроглоссия
 - 3) нарушение речи+
 - 4) нарушение функции сосания+
 - 5) нарушение прикуса+
49. Установить правильную последовательность. Основные этапы радикальной уранопластики:
- 1) интерламинарная остеотомия;
 - 2) освобождение сосудисто-нервных пучков, выходящих из больших небных отверстий
 - 3) ушивание краев раны+
 - 4) освежение краев расщелины
 - 5) наложение защитной пластинки
 - 6) сужение среднего отдела глотки (мезофарингоконстрикция)

Критерии оценки тестовых заданий:

Оценка «**отлично**» - студент набрал 90 % и более максимального балла теста.

Оценка «**хорошо**» - студент набрал от 80 до 89 % максимального балла теста.

Оценка «**удовлетворительно**» - студент набрал от 70 до 79 % максимального балла теста.

Оценка «**неудовлетворительно**» - студент набрал менее 70 % максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**зачтено**», если студент набрал 70 и более процентов максимального балла теста.

Результаты тестирования студента оцениваются как «**не зачтено**», если студент набрал менее 60 % максимального балла теста.

Ролевая игра (имитационные технологии)

1. Тема ролевой игры. Ролевая игра «Первое посещение пациента с острым гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа и его родителей детской стоматологической поликлиники».

2. Концепция ролевой игры. Распределение ролей среди студентов учебной группы - 1) пациента с острым гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа, 2) родители пациента, 3) врач-стоматолог детский, 4) медсестра.

3. Роли: Двум – трем игрокам предлагается роль врач-стоматолога детского, который должен собрать анамнез, установить стоматологический диагноз и составить план диагностики и лечения.

4. Ожидаемые результаты

Обсуждаются различные варианты поведения врач-стоматолога детского при первичном осмотре пациента с острым гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа. Отрабатывается навык общения с ребенком, пример уверенного поведения, развиваются практические навыки осмотра, при сохранении позитивных межличностных отношений. Обсуждаются различные варианты стоматологической патологии у пациента с острым гнойным лимфаденитом подчелюстной области справа. Записываются алгоритмы диагностики и лечения стоматологической патологии.

Анализ игры. Смена ролей «пациент и его родители» и «медицинский персонал». Обсуждение эмоциональной составляющей.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время ролевой игры

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении ролевого задания	
2. Свободное владение материалом	
3. Использование готовых блоков. Количество готовых блоков, данных в учебниках/учебном пособии, в структуре ролевого задания	
4. Культура речи	
5. Развернутость высказываний. Общий объем ролевого задания	
Итого	

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

Лекция-конференция (не имитационные технологии)

1. Тема лекции-конференции. «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области у детей»

2 Концепция лекции-конференции. Проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут:

1. доклад «Проявление воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей у от 5 до 14 лет.

2. доклад «Дифференциальная диагностика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей

3. доклад «Новые технологии в лечении воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей»

3. Ожидаемые результаты. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему «Особенности проявления воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у детей». В конце лекции подводятся итоги самостоятельной работы и выступлений студентов, дополняется или уточняется предложенная информация, и формулируются основные выводы.

Критерии оценки демонстрируемых знаний, умений и навыков во время лекции-конференции

Критерий оценки	Максимальный балл
1. Соответствие содержания заявленной теме, свободное владение материалом, полнота раскрытия темы	
2. Ясная, четкая структуризация материала, логическая последовательность в изложении материала	
3. Использование иллюстративных, наглядных материалов	
4. Культура речи, ораторское мастерство, выдержанность регламента выступления	
5. Аргументированность ответов на вопросы	
Итого	

Демонстрируемые знания, умения и навыки оцениваются по 100-балльной шкале, баллы переводятся в оценки успеваемости следующим образом:

86 – 100 баллов – «отлично»;

70 – 75 баллов – «хорошо»;

51 – 69 баллов – «удовлетворительно»;

менее 51 балла – «неудовлетворительно».

Перечень основной литературы:

1. Стоматология детская. Хирургия: Учебник / [С. В. Дьякова, О. З. Топольницкий и др.]; под ред. С. В. Дьяковой. - М.: Медицина, 2009. - 381,

Перечень дополнительной литературы:

1. Фасхутдинова Е.Н. «Виды оценочных средств»: Учебно-методическое пособие для преподавателей. –Казань: КГМУ, 2013 – 32 с.

2. Стандарты контроля качества обучения в медицинском вузе: учебное пособие/ Е.Ю. Васильева, Ж. Массар, О.В. Енина, М.И. Томилова, Д.В. Мизгирев, В.А. Акулинин, Т. Поттечер, Т. Шеффер, С. Элиа. – Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2012. - 283с.

3. Тестовые задания по детской стоматологии/Р.З.Уразова с соавт., Казань: КГМУ, 2008. - 200 с.

4. Ситуационные задачи/ Учебно-методическое пособие для студентов. –Казань: КГМУ, 2004 – 158 с.

Перечень использованных интернет ресурсов:

- CHRODYS;
- OMIM;
- POSSUM;
- Roche Genetics;
- МЕДГЕН-2000
- SYNGEN;

- ЭБС «Консультант студента»;
- <http://www.ncbi.nih.gov/omim>;
- <http://www.dnmhd.mdx.ac.uk/LDDB/lddb.html>;
- <http://www.consilium-medicum.com>;
- <http://www.medicusamicus.com>;
- <http://remedium.ru>;
- <http://www.mediasphera.ru>;
- <http://www.it-med.ru>;
- <http://www.medportal.ru>;
- <http://www.undp.org>;
- <http://www.euro.who.int>;
- <http://www1.worldbank.org>.