

Электронная цифровая подпись

Буланов Иванович	Сергей
	
F C 9 3 E 8 6 7 C 8 C 2 1 1 E 9	
Завалко Федорович	Александр
	
3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A	

Утверждено 29 февраля 2024 г.

Протокол № 2

Председатель Ученого Совета Буланов С.И.

Ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ
«Лучевая диагностика»
Блок 1**

Часть, формируемая участниками образовательных отношений

Элективные дисциплины(модули)

Специальность: 31.08.72 Стоматология общей практики

Направленность (профиль): Стоматология общей практики

Квалификация выпускника: Врач – стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 2 года

Москва, 2024

**Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
по дисциплине «Лучевая диагностика»**

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Цель текущего контроля - формирование компетенций в процессе освоения дисциплины

Этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины

№	Компетенции	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела
1	ПК-1	Лучевая диагностика.	1. Основы лучевых исследований. 2. Лучевая анатомия и семиотика челюстно-лицевой области 3. Лучевая диагностика аномалий зубочелюстной системы.

Тестовые задания текущего контроля

Раздел 1. Лучевая диагностика

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

1. Вид резорбции костной ткани

- 1) воспалительная
- 2) дистрофическая
- 3) остеолитическая

Ответ: 3

2. Диагностическая рентгенограмма — это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами

Ответ: 2

3. Для диагностики стоматологической патологии, возможно, использовать следующие типы внутриротовой рентгенографии

- 1) компьютерная томография
- 2) окклюзионная рентгенография, интерпроксимальная рентгенография, длиннофокусная рентгенография, интерпроксимальная рентгенография
- 3) ортопантомография

Ответ: 2

4. Единица экспозиционной дозы излучения (рентген) — это

- 1) количество излучения при поглощении, которого в 1 см^2 воздуха образуется $2,08 \times 10^9$ пар ионов
- 2) количество излучения при поглощении, которого в 1 см^3 воздуха образуется $2,08 \times 10^8$ пар ионов

3) количество излучения при поглощении, которого в 1 см³ воздуха образуется 2,08 X 10⁹ пар ионов

Ответ: 3

5. Измерительная рентгенограмма — это

1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов

2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения

3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами

Ответ: 3

6. Изначальным термином, обозначающим излучение, считается

1) W-лучи

2) Y-лучи

3) X-лучи

4) рентгеновские лучи

Ответ: 3

7. К вертикальному положению зубов мудрости нижней челюсти относится

1) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра

2) ось зуба мудрости параллельна оси 2-го моляра

3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра

Ответ: 2

8. К воспалительным процессам в окружающих нижнюю челюсть мягких тканях относятся

1) абсцессы и флегмоны

2) невралгия

3) остеомиелит

4) острый гнойный периостит (ретромоларный периостит)

Ответ: 1, 4

9. К воспалительным процессам с преимущественным вовлечением покрывающих и окружающих зуб мягких тканей относится

1) абсцессы и флегмоны

2) остеомиелит

3) острый перикоронит

10. К дистально-косому положению зубов мудрости нижней челюсти относится

1) ось зуба мудрости наклонена к ветви нижней челюсти

2) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра

3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра

Ответ: 1

11. К медиально-косому положению зубов мудрости нижней челюсти относится

1) ось зуба мудрости наклонена к ветви нижней челюсти

2) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра

3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра

Ответ: 2

12. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания
- 2) резидуальную кисту
- 3) фолликулярную кисту

Ответ: 2

13. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания
- 2) радикулярную зубосодержащую кисту
- 3) фолликулярную кисту

Ответ: 2

14. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания
- 2) радикулярную кисту
- 3) фолликулярную кисту

Ответ: 2

15. К одонтогенным кистам невоспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания
- 2) радикулярную зубосодержащую кисту
- 3) резидуальную кисту
- 4) фолликулярную кисту

Ответ: 1, 4

16. К осложнениям затруднённого прорезывания зубов мудрости нижней челюсти (Магид Е.А.) относятся

- 1) воспалительные процессы в окружающих верхнюю челюсть мягких тканях
- 2) воспалительные процессы с преимущественным вовлечением покрывающих и окружающих зуб мягких тканей
- 3) патологические процессы в верхней челюсти

Ответ: 2

17. Контрольная рентгенограмма – это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами

Ответ: 1

18. Одонтогенные кисты — это

- 1) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием
- 2) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием, и заполненные жидким или полужидким содержимым с кристаллами холестерина
- 3) полостные образования, локализуемые внутри кости, не имеющие соединительнотканной капсулы

Ответ: 2

19. Ортопантограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в боковых отделах

- 1) от 0,5 до 1,0 см
 - 2) от 1,5 до 2,0 см
 - 3) от 2,0 до 2,5 см
- Ответ: 2

20. Ортопантограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в центральном отделе

- 1) от 0,5 см
 - 2) от 1,0 см
 - 3) от 2,0 см
- Ответ: 2

21. Парадентальная киста чаще всего является осложнением прорезывания

- 1) верхних зубов мудрости
 - 2) клыков верхней челюсти
 - 3) нижних зубов мудрости
- Ответ: 3

22. При атрофии происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции
 - 2) некроз участка кости, характеризующийся лизисом (распад, растворение) остецитов и инкапсулированием этих участков с образованием секвестров
 - 3) rareфикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости
- Ответ: 1

23. При остеопорозе происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции
 - 2) перестройка костной ткани с увеличением числа костных балок в единице объёма кости, их утолщением, уменьшением костномозговых полостей
 - 3) rareфикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости
- Ответ: 3

24. Причиной нарушения развития зубного зачатка может быть

- 1) хронический периодонтит временных зубов
 - 2) хронический периодонтит постоянных зубов
 - 3) хронический пульпит постоянных зубов
- Ответ: 1

25. Rareфикация — это

- 1) процесс декальцинации, при котором происходит истончение, «размягчение» костных балок, их количество уменьшается за счёт исчезновения мелких, но целостность костной структуры не нарушается
 - 2) процесс декальцинации, при котором происходит истончение, «размягчение» костных балок, их количество уменьшается за счёт исчезновения мелких, целостность костной структуры нарушается
 - 3) процесс перестройки костной ткани, при котором происходит увеличение числа костных балок в единице объёма кости, их утолщение, уменьшение костномозговых полостей
- Ответ: 1

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача №1.

Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Конфигурация лица не изменена, рот открывается свободно. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия полости рта слева гиперемирована, 26 зуб - под пломбой, перкуссия слабо безболезненна. Пальпация верхнего свода преддверия полости рта несколько болезненна, определяется деформация альвеолярного отростка верхней челюсти в области 26,27,28 зубов за счет вздутия. У больной на нижней губе имеется округлой формы образование, синюшного цвета, размером 0,3x0,5 см, безболезненное, при надавливании исчезает, а затем приобретает прежние размеры.

Вопрос 1: Какое заболевание вы можете предположить;

Вопрос 2: Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза;

Вопрос 3: Имеет ли значение для составления плана лечения наличие образования на нижней губе;

Вопрос 4: Показания для удаления составной одонтомы;

Вопрос 5: Показания для удаления составной одонтомы;

1) Киста верхней челюсти слева в стадии воспаления или периостит верхней челюсти слева в области 16,17,18 зубов острый или обострение хронического гайморита, саркома верхней челюсти.;

2) *Рентгенологическое обследование (придаточные пазухи носа, ортопантомограмма)*, ЭОД, при необходимости морфологические методы исследования.;

3) Нет.;

4) Наличие клинических проявлений.;

5) Кистозным очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей;

Ситуационная задача №2

Больная, 70 лет, обратилась с жалобами на периодически появляющуюся припухлость и ноющие боли в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. В момент обращения к врачу припухлости в полости рта не отмечается, рот открывается свободно. Слизистая оболочка в области 25,26,27 зубов незначительно гиперемирована, пальпация этой области безболезненная, 26 зуб - под пломбой. 25,27 зубы - интактны. При рентгенологическом исследовании определяется участок разряжения костной ткани верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов с четкими границами, округлой формы. Периодонтальная щель в области верхушек корней 26 зуба - не прослеживается. Каналы корней 26 зуба - не запломбированы. Отмечается значительное истончение и прогиб костной ткани, разделяющей кистовидное образование и верхнечелюстную пазуху. При обследовании определяется участок разрежения костной ткани верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов с четкими границами, округлой формы.

Вопрос 1: О каком заболевании можно думать;

Вопрос 2: Составьте план лечения;

Вопрос 3: Показания для удаления составной одонтомы.;

Вопрос 4: Опишите рентгенологическую картину амелоблатической фибромы;

Вопрос 5: Патогенез одонтогенной фибромы.;

1) Радикулярная киста верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов, оттесняющая верхнечелюстную пазуху.;

2) После пломбирования каналов 25 зуба до верхушки. Операция: ороназальная цистэктомия с резекцией верхушки корня 25 зуба и удаления 26,27 зубов.;

3) Наличие клинических проявлений.;

4) Кистозным очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей;

5) Источником одонтогенной фибромы у детей может служить дифференцированная соединительная ткань, происходящая из эмбриональной мезенхимы зубного бугорка, или ткань фолликула зуба. У взрослых опухоль развивается из периодонтальных тканей.;

Ситуационная задача №3.

Больная, 35 лет, жалуется на наличие плотного образования в области тела нижней челюсти справа, безболезненное, медленно увеличивающееся. Пальпаторно определяется новообразование в области тела нижней челюсти справа, эластичной консистенции, 47,46,45 зубы подвижны. При цитологическом исследовании пунктата новообразования обнаружены клетки, сходные с остеобластами и остеоцитами. Полость рта не санирована, имеется большое количество кариозных полостей.

Вопрос 1: Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.;

Вопрос 2: Проведите обоснование диагноза.;

Вопрос 3: Поставьте предварительный диагноз.;

Вопрос 4: Составьте план лечения.;

Вопрос 5: Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.;

1) **Рентгенографию нижней челюсти в прямой и боковой проекциях справа, ОПГ, КТ нижней челюсти.**;

2) На основании клинико-цитологического обследования поставлен диагноз гигантоклеточной опухоли тела нижней челюсти справа.;

3) Остеокластома тела нижней челюсти справа.;

4) Лечение - резекция нижней челюсти, определяемая границами новообразования.;

5) Не санированная полость рта не является характерным признаком остеокластомы.;

Ситуационная задача №4.

Больной, 49 лет, обратился в клинику повторно спустя полтора года после проведенного комбинированного лечения по поводу злокачественного образования верхней челюсти справа. Больному была проведена предоперационная лучевая терапия, половинная резекция верхней челюсти справа (от рекомендованной экзентерации содержимого глазницы больной категорически отказался), операция Крайля справа. В послеоперационном периоде проводилась дополнительно лучевая терапия. После полной эпителизации раневой поверхности, больному был изготовлен съемный протез - obturator на верхнюю челюсть. В настоящее время больной предъявляет жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из под протеза. При осмотре отмечается экзо-фтальм правого глаза, резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напоминающей грануляционную. Кроме этого отмечаются кариозные полости в 45,47 зубах. При рентгенологическом исследовании отмечается резорбция нижнеглазничного края справа.

Вопрос 1: Поставьте диагноз.;

Вопрос 2: Обоснуйте поставленный диагноз.;

Вопрос 3: Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного?;

Вопрос 4: Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного?;

Вопрос 5: Укажите данные несущественные для данного заболевания.;

1) Рак нижней и задней стенок правой глазницы, как рецидив пред-операционного заболевания с распространением на правое глазное яблоко.;

2) Жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из под протеза. При осмотре отмечается экзофтальм правого глаза, резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напоминающей грануляционную. При рентгенологическом исследовании отмечается резорбция нижнеглазничного края справа.;

3) а) **томографическое исследование (лучше, компьютерное)**; б) морфологическое - на предмет рецидива опухоли; в) **рентгенологическое - для выявления отдаленных метастазов.**;

4) При невозможности проведения хирургического лечения, наличия отдаленных метастазов - палиативное лечение.;

5) Отмечаются кариозные полости в 45,47 зубах.;

Задача №5.

Пациент Н., 54 лет, обратилась к онкологу с жалобами на опухолевидное образование верхней губы с изъязвлением. Это образование постепенно увеличивалось и в настоящее время имеется плотная опухоль полусферической формы с неровной поверхностью, размер 0,5х0,5х0,3 см, покрытая кровяной корочкой. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. ПГИ – базально-клеточный рак.

Вопрос: Какой метод и вид ЛТ следует применять?

Ответ: Близкодистанционная рентгенотерапию.

Оценочные средства для промежуточной аттестации по дисциплине «Лучевая диагностика»

Изучение данной дисциплины направлено на формирование у обучающихся профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-1 Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями.

Цель промежуточной аттестации - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины.

Результаты обучения по дисциплине соотнесенные с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций.

В результате освоения дисциплины (модуля) «Лучевая диагностика» запланированы следующие результаты обучения в соотнесении с установленными в программе ординатуры индикаторами достижения компетенций

Код компетенции	Результаты освоения ОПОП, содержание компетенции	Оценочные средства
ПК-1	Способность к планированию и интерпретации инструментальных методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями	тестовый контроль, собеседование, решение ситуационных задач
Код индикатора достижения компетенции	Содержание индикатора достижения компетенции/ Планируемые результаты обучения по дисциплине	
иПК-1.1	Знает: Факторы риска возникновения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области; Методики обследования пациентов с профильной патологией; Клинических симптомов и синдромы патологических изменений челюстно-лицевой области; Теорию развития злокачественных и доброкачественных опухолей; принципы диагностики в онкологии; Основы дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, проявляющихся в челюстно-лицевой области; Принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями; Критерии постановки диагноза в соответствии с	

	международной классификацией заболеваний МКБ
иПК-1.2	<p>Умеет: Факторы риска возникновения заболеваний и (или) состояний, в том числе травм, челюстно-лицевой области; Методики обследования пациентов с профильной патологией; Клинических симптомов и синдромы патологических изменений челюстно-лицевой области; Теорию развития злокачественных и доброкачественных опухолей; принципы диагностики в онкологии; Основы дифференциальной диагностики онкологических заболеваний, проявляющихся в челюстно-лицевой области; Принципы диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; Основы рентгенологии, радиологии, эндоскопии, ультразвуковой диагностики у пациентов с повреждениями, врожденными и приобретенными дефектами и деформациями и (или) состояниями; Критерии постановки диагноза в соответствии с международной классификацией заболеваний МКБ;</p>
иПК-1.3	<p>Владеет: Методами сбора анамнеза; Комплексом методов обследования пациентов со стоматологическими заболеваниями и интерпретацией результатов инструментальных обследований пациентов (включая рентгенологические методы); Алгоритмами ранней и дифференциальной диагностики (выявления) онкологических и предраковых заболеваний; Навыком установления диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ).</p>
Планируемые результаты обучения	<p>По завершению обучения по дисциплине демонстрирует следующие результаты: В процессе решения профессиональных задач (практических ситуаций) демонстрирует следующие результаты: Знает диагностические возможности различных методов лучевого исследования. Знает методики клинического обследования пациентов, включая медицинские показания и противопоказания к использованию инструментальной диагностики; Формулирует предварительный диагноз и составляет план инструментального обследования; Способен определить и обосновать объем инструментальных методов обследования пациентов; Определяет объем, содержание и последовательность диагностических мероприятий. Способен интерпретировать результаты лучевых исследований пациентов о стоматологическими заболеваниями; Готов направить пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к врачам-специалистам; Способен установить диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>

--	--

Процедура оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Компоненты контроля и их характеристика

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	Традиционный
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	Преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, Индивидуальный
5.	Метод контроля	Собеседование (устный опрос), проверка практических навыков, стандартизированный контроль (тестовые задания с эталонами ответа, ситуационные задачи)

Критерии оценки методов контроля представлены в положениях о текущем контроле и промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы к промежуточной аттестации

Компетенции: ПК-1

1. Лучевая диагностика: предмет, задачи, определение, виды.
2. Ионизирующие и неионизирующие излучения: различия, области применения.
3. Основные рентгенологические методы исследования.
4. Специальные и контрастные методы исследования. Виды контрастных веществ.
5. Линейная томография: определение, показания, преимущества.
6. Рентгенография: определение, показания, преимущества, недостатки.
7. Рентгеноскопия: определение, показания, преимущества, недостатки. Положения при рентгеноскопии.
8. Кисты одонтогенного характера, определение, этиология, рентгенологические признаки.
9. Кисты неодонтогенного характера, определение, этиология, рентгенологические признаки.
10. Показания к рентгенологическому исследованию зубов и челюстей.
11. Алгоритм лучевого обследования пациента при подозрении на злокачественные одонтогенные опухоли.
10. Воспалительные заболевания зубов и челюстей.
11. Артриты и артрозы височно-нижнечелюстного сустава.
12. Классификации травматического повреждения костей лицевого скелета.
13. Лучевая диагностика травматических повреждений челюстно-лицевой области
14. Показания, противопоказания, ограничения к проведению компьютерной томографии при заболеваниях органов челюстно-лицевой области

Тесты для промежуточной аттестации

Выберите один или несколько правильных ответов

Компетенции: ПК-1

1. Показания к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) диагностика внутренних нарушений внчс;
- 2) диагностика распространенности кист челюстей;
- 3) диагностика патологии придаточных пазух носа;

Ответ: 1

2. Показания к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) диагностика переломов в области внчс;
- 2) диагностика воспалительных процессов слюнных желез;
- 3) диагностика размеров и топографии кист шеи;

Ответ: 3

3. Абсолютные противопоказания к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) искусственные водители ритма;
- 2) ферромагнитные клипсы на сосудах головного мозга;
- 3) qrs-имплантаты внутреннего уха;

Ответ: 1,2

4. Относительные противопоказания к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) инсулиновые насосы;
- 2) клаустрофобия;
- 3) гипертиреоз;

Ответ: 1,2

5. Относительные противопоказания к проведению МРТ челюстно-лицевой области:

- 1) радиофобия;
- 2) период лактации;
- 3) брекет-системы;

Ответ: 3

6. Контрастные вещества, применяющиеся при МРТ:

- 1) оптимарк;
- 2) билигност;
- 3) все ответы неверны.

Ответ: 3

7. Показания к проведению рентгенодиагностики стоматологическим пациентам:

- 1) диф. диагностика зло- и доброкачественных новообразований;
- 2) выявление множественных поражений скелета;
- 3) диф. диагностика воспалительных и опухолевых болезней слюнных желез;

Ответ: 1,2

8. Радиофармацевтические препараты для диагностики патологии челюстно-лицевой области:

- 1) ^{99m}Tc -пертехнетат;
- 2) ^{131}I -пирофосфат.
- 3) ^{99m}Tc -дифосфонат;

Ответ: 1,3

9. Основные методы рентгенодиагностики в стоматологии:

- 1) рентгенография аналоговая;
- 2) рентгенография прицельная;
- 3) рентгенография внеротовая;

Ответ: 1,3

10. Дополнительные методы рентгенодиагностики в стоматологии:

- 1) томография линейная;
- 2) томография компьютерная;
- 3) томография панорамная;

Ответ:1,2

11. Специальные методы рентгенодиагностики в стоматологии:

- 1) ортопантомография (ОПТГ);
- 2) рентгеновская компьютерная томография (РКТ);
- 3) панорамная рентгенография;

Ответ:1,3

12. Виды внутриротовой рентгенографии:

- 1) аналоговая;
- 2) конусно-лучевая;
- 3) компьютерная;

Ответ:1

13. При цифровой рентгенографии в отличие от аналоговой:

- 1) приемником R-лучей является пленка;
- 2) приемником R-лучей является сенсор;
- 3) источником R-лучей является электроннолучевая трубка;

Ответ:2,3

14. Методика выполнения метода телерентгенографии:

- 1) фиксация головы пациента в краниостате;
- 2) фокусное расстояние r-трубка – объект — 1 м;
- 3) фокусное расстояние r-трубка – объект — 1,5–2 м;

Ответ:1,3

15. Методом изучения полного зубного статуса первичного пациента в амбулаторной практике должна быть:

- 1) ОПТГ;
- 2) КЛКТ;
- 3) внутриротовая окклюзионная рентгенография;

Ответ:1

16. ЭЭД при аналоговой ОПТГ (для взрослого, 1 снимок):

- 1) 0,03 мЗв;
- 2) 0,07 мЗв;
- 3) 0,06 мЗв.

Ответ:2

17. ЭЭД при внутриротовой аналоговой рентгенографии (для взрослого, 1 снимок):

- 1) зубы верхней челюсти, от 0,26 до 0,33 мЗв;
- 2) зубы верхней челюсти, от 0,36 до 0,43 мЗв;
- 3) зубы нижней челюсти, от 0,15 до 0,26 мЗв;

Ответ:1,3

18. Методом изучения полного зубного статуса первичного пациента в амбулаторной практике в отсутствие ОПТГ должна быть:

- 1) внеротовая обзорная рентгенография;
- 2) внутриротовая интерпроксимальная рентгенография;
- 3) внутриротовая контактная рентгенография.

Ответ:2

19. Внутриротовая контактная рентгенография — относительные противопоказания к проведению:

- 1) беременность;
- 2) неадекватное, тяжелое состояние пациента;
- 3) старческий возраст;

Ответ:1,2

20. ЭЭД при РКТ головы (для взрослого):

- 1) 0,03 мЗв;
- 2) 0,4 мЗв;
- 3) 0,6 мЗв.

Ответ:2

21. ЭЭД при КЛКТ (для взрослого):

- 1) 0,7 мЗв;
- 2) 0,083 мЗв;
- 3) 0,07 мЗв.

Ответ:2

22. ЭЭД при внеротовой аналоговой рентгенографии костей лицевого черепа (для взрослого, 1 снимок):

- 1) 0,5 мЗв;
- 2) 0,05 мЗв;
- 3) 0,04 мЗв;

Ответ:2

23. Контрастные вещества, применяющиеся при МРТ:

- 1) оптимарк;
- 2) билигност;
- 3) все ответы неверны.

Ответ:3

24. Методы рентгенодиагностики, позволяющие изучить оральные и вестибулярные кортикальные пластинки челюстей:

- 1) ОПТГ;
- 2) контактная внутриротовая рентгенография;
- 3) окклюзионная внутриротовая рентгенография;

Ответ: 3

25. Укажите пути снижения лучевой нагрузки при исследовании пациентов стоматологического профиля.

- 1) экранирование жизненно важных и высокочувствительных органов пациента;
- 2) знание врачом-стоматологом оптимальных алгоритмов обследования пациентов с различными видами патологии;
- 3) предоставление льгот персоналу рентгенкабинета;

Ответ:1,2

26. Определите показания к исследованию всего прикуса у взрослых:

- 1) первичное обращение больного к врачу;
- 2) множественный кариес;
- 3) заболевания тканей периодонта;
- 4) определение протяженности опухолевого поражения;
- 5) подозрение на системное поражение слюнных желез;
- 6) подозрение на одонтогенную опухоль;
- 7) определение протяженности воспалительного процесса.

27. Назовите методики внутриротовой рентгенографии.

- 1) интерпроксимальная;
- 2) рентгенография в аксиальной проекции;
- 3) телерентгенография.

Ответ: 1

28. Определите противопоказания к исследованию всего прикуса методом внутриротовой рентгенографии:

- 1) детский возраст;
- 2) пожилой и старческий возраст;
- 3) больные инфарктом миокарда;

Ответ: 1

29. Рентгенологические методики для исследования верхней челюсти:

- 1) передняя аксиальная рентгенография черепа, фистулография;
- 2) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции, флюорография;
- 3) КЛКТ.

Ответ: 3

30. Специальные рентгенологические методы исследования ВНЧС:

- 1) ОПТГ ВНЧС;
- 2) рентгенография черепа в двух взаимно перпендикулярных проекциях;
- 3) телерентгенография в боковой проекции;

Ответ: 1

31. Чем отличается зонография от томографии?

- 1) отображение более толстого среза анатомического объекта;
- 2) отображение анатомического объекта в прямой проекции;
- 3) отображение центральной зоны анатомического объекта;

Ответ: 1

32. Перечислите методики контрастирования, применяемые в челюстно-лицевой рентгенологии:

- 1) гайморография, сиалография, фистулография и др.;
- 2) фистулография, кистография, вентрикулография и др.;
- 3) гайморография, пневмомедиастинум, ангиография и др.;

Ответ: 1

33. Методы, позволяющие визуализировать слизистую оболочку ВЧС:

- 1) гайморография
- 2) сцинтиграфия
- 3) пневмогайморография.

Ответ: 1

34. В каких проекциях выполняются снимки при гайморографии?

- 1) в боковой проекции;
- 2) в аксиальной проекции;
- 3) в носолобной проекции;

Ответ: 1

35. Назовите путь введения контрастного вещества при гайморографии:

- 1) путем прокола стенки пазухи;
- 2) в среднее ухо;
- 3) через лимфатический сосуд;

Ответ:1

36. Противопоказания к проведению методов искусственного контрастирования:

- 1) клаустрофобия;
- 2) детский возраст;
- 3) идиосинкразия к йоду;

Ответ:3

37. Ангиография сосудистых опухолей — пути введения и особенности контрастных веществ:

- 1) водорастворимые йодсодержащие контрастные вещества;
- 2) жирорастворимые йодсодержащие контрастные вещества;
- 3) пункционная флебография;

Ответ:1

38. При ангиографии применяют контрастные вещества:

- 1) водорастворимые йодистые препараты;
- 2) жирорастворимые йодистые препараты;
- 3) водная взвесь сульфата бария;

Ответ:1

39. Возможности метода узд при исследовании челюстно-лицевой области?

- 1) позволяет исследовать состояние мягких тканей;
- 1) позволяет исследовать костную структуру челюстей;
- 1) позволяет исследовать состояние ВНЧС;

Ответ:1

40. Показания к проведению УЗД челюстно-лицевой области:

- 1) диагностика воспалительных процессов в ВНЧС;
- 2) диагностика воспалительных процессов мягких тканей лица;
- 3) диагностика мягкотканых опухолей костей;

Ответ:1,2

41. Для каких целей при внутриротовой рентгенографии зубочелюстной системы соблюдается правило орторадиальности?

- 1) для получения минимально искаженного изображения зубов;
- 2) для получения неискаженного изображения челюсти;
- 3) для получения отдельного изображения зубов на пленке;

Ответ:3

42. В чем заключается суть правила орторадиальности?

- 1) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно биссектрисе угла, образованного осью зуба и плоскостью пленки;
- 2) R-луч направлен перпендикулярно касательной, проведенной к зубной дуге в области исследуемого зуба;
- 3) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно плоскости пленки;

Ответ:2

43. С какой целью при внутриротовой контактной рентгенографии соблюдается правило изометрии?

- 1) для получения минимально искаженного изображения зубов;
- 2) для получения неискаженного изображения челюсти;
- 3) для получения отдельного изображения зубов на пленке;

Ответ:1

44. В чем заключается суть правила изометрии?

- 1) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно биссектрисе угла, образованной осью зуба и плоскостью пленки;
- 2) R-луч направлен перпендикулярно касательной, проведенной к зубной дуге в области исследуемого зуба;
- 3) R-луч направлен на корень зуба перпендикулярно плоскости пленки;

Ответ:1

45. Интерпроксимальная внутриротовая рентгенография — методика проведения:

- 1) R-луч направлен в соответствии с правилом изометрии;
- 2) пленка фиксирована пленкодержателем, рот закрыт;
- 3) пленка фиксирована пальцем, рот закрыт.

Ответ:2

46. Интерпроксимальная внутриротовая рентгенография — задачи метода:

- 1) получение четкого и неискаженного изображения периапикальных тканей;
- 2) диагностика заболеваний тканей периодонта;
- 3) диагностика раннего аппроксимального кариеса;

Ответ:3

47. Телерентгенография — задачи метода:

- 1) изучение состояния твёрдого нёба и дна полости рта;
- 2) изучение состояния альвеолярных отростков.
- 3) изучение соотношения мозгового и лицевого черепа и соотношения зубных рядов;

Ответ:3

48.Телерентгенография — особенности метода:

- 1) изображение на пленке соответствует истинным размерам объекта;
- 2) изображение на пленке увеличено из-за большого расстояния трубка-объект;
- 3) используется расходящийся пучок лучей;

Ответ:1

49. Панорамная рентгенография – методика выполнения:

- 1) пациент находится в горизонтальном положении;
- 2) аппликатор рентгеновской трубки вводится в рот пациента;
- 3) R-луч центрирован на верхушку корня зуба в соответствии с правилом изометрии;

Ответ:2

50. Основные рентгенологические методики для исследования верхней челюсти:

- 1) рентгенография черепа в передней полуаксиальной проекции;
- 2) рентгенография костей черепа в двух взаимно-перпендикулярных проекциях;
- 3) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции;

Ответ:1

51. Основные рентгенологические методики для исследования нижней челюсти:

- 1) рентгенография черепа в лобно-носовой проекции;
- 2) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции;
- 3) рентгенография костей свода черепа в двух проекциях;

Ответ:1

52. Панорамная томография — особенности метода:

- 1) пленка фиксирована пленкодержателем;
- 2) рентгеновская трубка вращается вокруг головы пациента;

3) тубус рентгеновской трубки введен в полость рта больного;

Ответ: 2

53. Панорамная томография — особенности получаемого изображения:

- 1) плоское развернутое изображение среза, соответствующего форме челюстей;
- 2) плоское суммационное изображение лицевого черепа
- 3) объемное изображение среза изогнутых костных структур;

Ответ: 1

54. Внутриротовая контактная рентгенография — задачи метода:

- 1) диагностика одонтогенных опухолей;
- 2) планирование и контроль эффективности лечения;
- 3) выявление дистопированных зубных зачатков.

Ответ: 1,2

55. Контактная внутриротовая рентгенография — методика проведения:

- 1) R-луч центрирован на вершущку зуба.
- 2) R-луч направлен по правилам изометрии и орторадиальности;
- 3) пленка фиксирована зубами;

Ответ: 2

56. Окклюзионная внутриротовая рентгенография — задачи метода:

- 1) уточнение пространственных особенностей патологического очага;
- 2) оценка тканей периодонта;
- 3) определение пространственного положения объектов, локализующихся в зоне корней.

Ответ: 1

57. Внутриротовая рентгенография вприкус — особенности метода:

- 1) пленка фиксируется в полости рта зубами;
- 2) используется пленка размерами 7×6 см;
- 3) R-луч направлен перпендикулярно плоскости пленки;
- 4) пленка фиксируется к десне пальцем;
- 5) тубус рентгеновской трубки введен в полость рта;
- 6) R-луч направлен перпендикулярно длинной оси зуба.

58. Окклюзионная внутриротовая рентгенография — показания:

- 1) тугоподвижность ВНЧС;
- 2) повышенная чувствительность слизистой оболочки полости рта;
- 3) травма челюстей;

Ответ: 1

59. Окклюзионная внутриротовая рентгенография — показания:

- 1) изучение кортикальных пластинок лунок зубов;
- 2) изучение плоскости окклюзии.
- 3) изучение кортикальных пластинок челюстей;

Ответ: 3

60. Лучевые методы исследования функции ВНЧС:

- 1) ОПТГ в положении центральной окклюзии;
- 2) рентгеноскопия в течение всего цикла движения нижней челюсти;
- 3) ОПТГ ВНЧС в положении с максимально открытым ртом;

Ответ: 3

61. Радионуклидная диагностика основана на регистрации:

- 1) отраженных механических колебаний тканей тела;
- 2) энергии γ -излучения, испускаемого ядрами нестабильных элементов из органов;
- 3) энергии возбужденных протонов в органах;

Ответ:2

62. Показания к проведению ПЭТ в стоматологии:

- 1) диф. диагностика воспалительных процессов зубочелюстной системы;
- 2) диагностика топографии и размеров опухолей челюстей.
- 3) диф. Диагностика воспалительных и опухолевых болезней ЧЛЮ;

Ответ:3

63. Абсолютные противопоказания к ПЭТ:

- 1) период лактации;
- 2) беременность;
- 3) сахарный диабет, стадия декомпенсации;

Ответ:3

64. Относительные противопоказания к ПЭТ:

- 1) радиофобия;
- 2) период лактации;
- 3) сахарный диабет, ст. компенсации;

Ответ:2

65. Вид резорбции костной ткани

- 1) воспалительная;
- 2) дистрофическая;
- 3) остеолитическая.

Ответ: 3

66. Диагностическая рентгенограмма - это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов;
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения;
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами.

Ответ: 2

67. Для диагностики стоматологической патологии, возможно, использовать следующие типы внутриротовой рентгенографии

- 1) компьютерная томография;
- 2) окклюзионная рентгенография, интерпроксимальная рентгенография, длиннофокусная рентгенография, интерпроксимальная рентгенография;
- 3) ортопантомография.

Ответ: 3

68. Единица экспозиционной дозы излучения (рентген) - это

- 1) количество излучения при поглощении, которого в 1 см^2 воздуха образуется $2,08 \times 10^9$ пар ионов;
- 2) количество излучения при поглощении, которого в 1 см^3 воздуха образуется $2,08 \times 10^8$ пар ионов;
- 3) количество излучения при поглощении, которого в 1 см^3 воздуха образуется $2,08 \times 10^9$ пар ионов.

Ответ: 3

69. Измерительная рентгенограмма - это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов;
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения;
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами.

Ответ: 3

70. Изначальным термином, обозначающим излучение, считается

- 1) w-лучи;
- 2) x-лучи;
- 3) рентгеновские лучи.

Ответ: 2

71. К вертикальному положению зубов мудрости нижней челюсти относится

- 1) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра;
- 2) ось зуба мудрости параллельна оси 2-го моляра;
- 3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра.

Ответ: 2

72. К воспалительным процессам в окружающих нижнюю челюсть мягких тканях относятся

- 1) абсцессы и флегмоны;
- 2) невралгия;
- 3) остеомиелит;

Ответ: 1

73. К воспалительным процессам с преимущественным вовлечением покрывающих и окружающих зуб мягких тканей относится

- 1) абсцессы и флегмоны;
- 2) остеомиелит;
- 3) острый перикоронит.

Ответ: 3

74. К дистально-косому положению зубов мудрости нижней челюсти относится

- 1) ось зуба мудрости наклонена к ветви нижней челюсти;
- 2) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра;
- 3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра.

Ответ: 1

75. К медиально-косому положению зубов мудрости нижней челюсти относится

- 1) ось зуба мудрости наклонена к ветви нижней челюсти;
- 2) ось зуба мудрости наклонена к оси 2-го моляра;
- 3) ось зуба мудрости перпендикулярна оси 2-го моляра.

Ответ: 2

76. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания;
- 2) резидуальную кисту;
- 3) фолликулярную кисту.

Ответ: 2

77. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания;
- 2) радикулярную зубосодержащую кисту;
- 3) фолликулярную кисту.

Ответ: 2

78. К одонтогенным кистам воспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания;
- 2) радикулярную кисту;
- 3) фолликулярную кисту.

Ответ: 2

79. К одонтогенным кистам невоспалительного генеза относят

- 1) кисту прорезывания;
- 2) радикулярную зубосодержащую кисту;
- 3) резидуальную кисту;

Ответ: 1

80. К осложнениям затруднённого прорезывания зубов мудрости нижней челюсти (магид е.а.) Относятся

- 1) воспалительные процессы в окружающих верхнюю челюсть мягких тканях;
- 2) воспалительные процессы с преимущественным вовлечением покрывающих и окружающих зуб мягких тканей;
- 3) патологические процессы в верхней челюсти.

Ответ: 2

81. Контрольная рентгенограмма – это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов;
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения;
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами.

Ответ: 1

82. Одонтогенные кисты - это

- 1) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием;
- 2) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием, и заполненные жидким или полужидким содержимым с кристаллами холестерина;
- 3) полостные образования, локализуемые внутри кости, не имеющие соединительнотканной капсулы.

Ответ: 2

83. Ортопантограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в боковых отделах

- 1) от 0,5 до 1,0 см;
- 2) от 1,5 до 2,0 см;
- 3) от 2,0 до 2,5 см.

Ответ: 2

84. Ортопантограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в центральном отделе

- 1) от 0,5 см;
- 2) от 1,0 см;
- 3) от 2,0 см.

Ответ: 2

85. Парадентальная киста чаще всего является осложнением прорезывания

- 1) верхних зубов мудрости;
- 2) клыков верхней челюсти;
- 3) нижних зубов мудрости.

Ответ: 3

86. При атрофии происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции;
- 2) некроз участка кости, характеризующийся лизисом (распад, растворение) остеоцитов и инкапсулированием этих участков с образованием секвестров;
- 3) rareфикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости.

Ответ: 1

87. При остеопорозе происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции;
- 2) перестройка костной ткани с увеличением числа костных балок в единице объёма кости, их утолщением, уменьшением костномозговых полостей;
- 3) rareфикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости.

Ответ: 3

88. Причиной нарушения развития зубного зачатка может быть

- 1) хронический периодонтит временных зубов;
- 2) хронический периодонтит постоянных зубов;
- 3) хронический пульпит постоянных зубов.

Ответ: 1

89. Rareфикация - это

- 1) процесс декальцинации, при котором происходит истончение, «размягчение» костных балок, их количество уменьшается за счёт исчезновения мелких, но целостность костной структуры не нарушается;
- 2) процесс декальцинации, при котором происходит истончение, «размягчение» костных балок, их количество уменьшается за счёт исчезновения мелких, целостность костной структуры нарушается;
- 3) процесс перестройки костной ткани, при котором происходит увеличение числа костных балок в единице объёма кости, их утолщение, уменьшение костномозговых полостей.

Ответ: 1

90. Рентгенологическая картина кист чаще всего характеризуется

- 1) деструктивными изменениями в костной ткани с нечёткими, неровными контурами;
- 2) наличием гомогенного участка разрежения костной ткани округлой формы с чёткими границами — ободком кортикальной костной ткани;
- 3) наличием негомогенного участка уплотнения костной ткани с нечёткими, неровными контурами.

Ответ: 2

91. Убыль костной ткани в масштабах всей костной структуры или значительной её части называется

- 1) остеомаляция;
- 2) остеопороз, атрофия;
- 3) остеосклероз.

Ответ: 2

92. Фолликулярная киста образуется в связи с

- 1) воспалительными процессами в периапикальных тканях постоянных зубов;
- 2) нарушением развития зубного зачатка постоянного зуба из зубного мешка;+
- 3) травматическим повреждением постоянных зубов.

93. Контрольная рентгенограмма – это

- 1) заключительный этап эндодонтического лечения для определения качества пломбирования корневых каналов
- 2) оценка состояния тканей периодонта, постановки диагноза, определения количества и формы корней зубов, выбора метода лечения
- 3) снимок на этапе лечения с введением в каналы эндодонтического инструментами верификаторами с фиксированными стопперами

Ответ: 1

94. Одонтогенные кисты — это

- 1) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием
- 2) полостные образования, локализуемые внутри кости, имеющие соединительнотканную капсулу, выстланную изнутри многослойным плоским эпителием, и заполненные жидким или полужидким содержимым с кристаллами холестерина
- 3) полостные образования, локализуемые внутри кости, не имеющие соединительнотканной капсулы

Ответ: 2

95. Ортопантомограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в боковых отделах

- 1) от 0,5 до 1,0 см
- 2) от 1,5 до 2,0 см
- 3) от 2,0 до 2,5 см

Ответ: 2

96. Ортопантомограмма представляет собой зонограмму с толщиной выделенного слоя в центральном отделе

- 1) от 0,5 см
- 2) от 1,0 см
- 3) от 2,0 см

Ответ: 2

97. Парадентальная киста чаще всего является осложнением прорезывания

- 1) верхних зубов мудрости
- 2) клыков верхней челюсти
- 3) нижних зубов мудрости

Ответ: 3

98. При атрофии происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции
- 2) некроз участка кости, характеризующийся лизисом (распад, растворение) остеоцитов и инкапсулированием этих участков с образованием секвестров

3) рарефикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости

Ответ: 1

99. При остеопорозе происходит

- 1) внутренняя и внешняя деформация с утратой конфигурации и функции
- 2) перестройка костной ткани с увеличением числа костных балок в единице объёма кости, их утолщением, уменьшением костномозговых полостей
- 3) рарефикация твёрдой составляющей костной ткани и убыль кальция без изменения формы и конфигурации самой кости

Ответ: 3

100. Причиной нарушения развития зубного зачатка может быть

- 1) хронический периодонтит временных зубов
- 2) хронический периодонтит постоянных зубов
- 3) хронический пульпит постоянных зубов

Ответ: 1

Ситуационные задачи

Выберите один или несколько правильных ответов

Ситуационная задача №1

К врачу – стоматологу обратилась мама с 7-летним ребенком, который 4 часа назад упал с качели и сломал 1.1. Ребенок жалуется на ноющие боли при прикосновении к зубу, а так же при вдыхании холодного воздуха. Объективный статус: лицо симметричное, кожа чистая, регионарные ЛУ не увеличены. Коронка 1.1. имеет косой перелом, ПЗ вскрыта в одной точке, зондирование резко болезненное, перкуссия болезненная, на t раздражители резкая болезненность.

Вопрос 1. Проведите диагностику.

Вопрос 2. Поставьте диагноз.

Вопрос 3. Определите методы лечения.

Вопрос 4. Укажите на возможные осложнения.

Вопрос 5. Диспансеризация.

Ответы.

Ответ 1. Сбор анамнеза, ЭОД, Фризтест, *Rg диагностика* для определения перелома корня.

Ответ 2. Перелом коронки с повреждением пульпы (S 02.5)

Ответ 3. В зубах с несформированным корнем при точечном обнажении пульпы и обращении в первые часы после травмы проводят биологический метод лечения (прямое покрытие пульпы материалами на основе гидроокиси Са). В настоящее время с успехом используется метод частичной пульпотомии. Этапы: после проведения инфильтрационной анестезии осуществляют антисептическую обработку линии перелома, стерильным алмазным бором в области вскрытой пульпы создают углубление 1-2 мм с одновременным иссечением части коронковой пульпы. После остановки кровотечения и мед/обр. на область эндодонтической раны наносят твердеющий материал, содержащий гидроокись Са. Лечебную повязку и линию перелома закрывают СИЦ. В течение 2-3 нед. проводят динамическое наблюдение за состоянием пульпы (ЭОД или клинический осмотр). При положительной динамике проводят либо реставрацию методом неинвазивного препарирования, либо фиксацию стандартных поликарбоксилатных временных коронок, либо коронок, изготовленных лабораторным путем.

Ответ 4. Периодонтит, остановка развития корня.

Ответ 5. Через 1 неделю проводят клинический осмотр, через 6-8 недель – клинический осмотр + **Rg**, через 1 год – клинический осмотр + **Rg**

Ситуационная задача №2

Ребенок 6 лет. Жалобы на изменение цвета коронки 2.1. и наличие свищевого хода. Со слов мамы 6 мес. назад ребенок упал с самоката и произошел перелом коронки. К врачу не обращались. В первые дни после травмы беспокоили боли от термических и механических раздражителей. В последние недели мама отмечает потемнение оставшейся части коронки. Объективный статус: лицо симметричное, кожа чистая, регионарные ЛУ не увеличены. 2.1. имеет косою перелом коронки в пределах дентина без обнажения пульпы.

Зондирование и реакция на термические раздражители б/б. В проекции верхушки 2.1. СО гиперемирована, со свищевым ходом и гнойным отделяемым. Перкуссия болезненная.

Вопрос 1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Вопрос 2. В чем ошибка мамы при получении ребенком травмы?

Вопрос 3. Поставьте диагноз.

Вопрос 4. Составьте план лечения.

Вопрос 5. Диспансеризация. Исходы проводимого лечения

Ответы

Ответ 1. Сбор анамнеза, **Rg диагностика степени развития корня**, ЭОД.

Ответ 2. Нужно было сразу обратиться за помощью в ДСП, т.к. несмотря на травму в пределах дентина токсины через широкие дентинные каналы проникают в пульпу, вызывая ее гибель.

Ответ 3. Перелом коронки без повреждения пульпы (S 02.51).

Ответ 4. Эндодонтическое лечение с пломбированием КК препаратами Са или созданием пробки МТА для дальнейшей апексификации, с последующим пломбированием гуттаперчей и реставрацией.

Ответ 5. Признаки обострения апикального периодонтита, апексификация. Через 6-8 нед. проводят клинический осмотр + **Rg**, через 1 год – осмотр + **Rg**.

Ситуационная задача №3

Парень 15 лет обратился к врачу–стоматологу с жалобами на боль в области н/ч справа, кровотечения, невозможность плотного смыкания зубных рядов. Анамнез: около часа назад в драке получил удар кулаком в область н/ч справа. Сознания не терял. Тошноту и головокружение отрицает. Объективный статус: нарушение конфигурации лица за счет посттравматического отека мягких тканей, гематомы в области угла н/ч справа. При пальпации в области

угла н/ч справа определяется костный выступ. Симптом нагрузки резко болезненный. Симптом подвижности отломков положительный. Открывание рта ограничено.

Вопрос 1. Укажите на необходимые дополнительные диагностические мероприятия.

Вопрос 2. Поставьте диагноз.

Вопрос 3. Составьте несколько вариантов лечения.

Вопрос 4. Возможные исходы лечения.

Вопрос 5. Реабилитация

Ответы

Ответ 1. Сбор анамнеза, определение локального статуса, **Rg**.

Ответ 2. Перелом н/ч в области угла справа (S 02.6).

Ответ 3. Шинирование, остеосинтез посредством металлических пластинок или металлических спиц. Лекарственные препараты: антибиотики, НПВС, препараты Са и витамин Д.

Ответ 4. Образование костной мозоли, ЗЧА, неправильное сращение костей, неврит лицевого нерва.

Ответ 5. Физиотерапия: УФО, магнитотерапия, УВЧ-терапия, электрофорез. Механотерапия с 4-5 недели после снятия шин

Ситуационная задача №4

Пациент А., 8 лет. Жалобы на отсутствие двух центральных резцов в/ч. Анамнез: травма произошла вчера (удар качелью), зубы родители мальчика принесли с собой (хранили в растворе перекиси водорода в холодильнике). Объективный статус: асимметрия лица за счет посттравматического отека в области верхней губы, регионарные ЛУ не увеличены, пальпация их б/б. В области в/ч наблюдается отсутствие 1.1., 2.1., лунки зубов под кровяным сгустком, СО отечна за счет посттравматической гематомы. **КЛКТ**: отсутствие 1.1., 2.1., в области лунок – инородных тел не обнаружено. Нарушение целостности альвеолярного отростка в/ч не выявлено. целостности альвеолярного отростка в/ч не выявлено.

Вопрос 1. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10.

Вопрос 2. Укажите классификацию нозологии.

Вопрос 3. Перечислите этапы лечения.

Вопрос 4. Укажите возможные осложнения при лечении.

Вопрос 5. Укажите сроки диспансерного наблюдения и прогноз.

Ответы

Ответ 1. Полный вывих 1.1., 2.1. (S 02.3). Гематома мягких тканей в области фронтального отдела в/ч (S 02.5).

Ответ 2. S 03.2 Вывих зуба (S 03.20 Люксация, S 03.21 Интрузия и экструзия, S 03.22 Экзартикуляция)

Ответ 3. ПХО раны, удаление кровяного сгустка, создание ложа для реплантации, эндодонтическое лечение 1.1, 2.1. (вне рта), реплантация, шинирование.

Ответ 4. Отторжение реплантированных зубов, некроз мягких тканей.

Ответ 5. Через 5 недель – снятие шинирующих элементов, **Rg контроль** в течение 1 года после травмы.

Ситуационная задача №5.

Больная 32 лет обратилась с жалобами на ноющие боли в области височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) с обеих сторон. Движения суставных головок в суставах, особенно справа, сопровождается болевыми ощущениями, их экскурсии ограничены, открывание рта затруднено. Из анамнеза выявлено, что боль в суставе появилась через 12 дней после ангины. Из перенесенных ранее заболеваний отмечает частые ангины и ОРЗ, ревмокардит. При внешнем осмотре отмечается незначительный отек в области ВНЧС с двух сторон, при пальпации определяется ограниченная подвижность суставных головок, позадичелюстные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слегка увеличены. В полости рта: прикус ортогнатический, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины увеличены, в них имеются гнойные пробки, рубцы. При рентгенологическом исследовании ВНЧС отмечается расширение суставных щелей слева и справа.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте дополнительные методы исследования.

3. Анатомические и функциональные особенности височно-нижнечелюстного сустава.

4. Этиологические факторы и патогенез данного заболевания.

5. Проведите дифференциальный диагноз.

6. Составьте план лечения, реабилитации и профилактических мероприятий.

Ответы:

1. Хронический обострившийся ревматоидный артрит ВНЧС. Лечение органов ротоглотки и симптоматическое - ВНЧС суставов ФТ.

2. Больной необходимо выполнить **РГ ВНЧС** по Шюллеру-Майеру или по Парма с обеих сторон в положении «рот закрыт» и «рот широко открыт». Ещё лучше - **КТ или МРТ**. Также необходимо выполнить анализы крови на С-реактивный белок и развёрнутый анализ крови, ЭКГ.

3. ВНЧС имеет инконгруэнтные поверхности, для возмещения чего существует межсуставной диск, состоящий из фиброзных хрящевых элементов. Кроме того, суставные поверхности

покрыты нежным волокнистым хрящом, который легко травмируется при трении о суставной бугорок (а это происходит постоянно при привычном переднем вывихе). ВНЧС имеет не одну или две, а три степени свободы движения в трёх плоскостях, что делает его уникальным. Сустав обладает не очень мощным внесуставным связочным аппаратом, что негативно сказывается на его «прочности».

4.Ревматоидный артрит может вызываться различными видами инфекции на фоне высокого уровня сенсibilизации и падении уровня напряжённости иммунитета при работе, связанной с частыми переохлаждениями, профессиональными вредностями. После начала заболевания (ангина, отит, частые обострения одонтогенных воспалительных очагов), процесс протекает по типу аутоиммунного поражения элементов сустава. Уменьшается выработка синовиальной жидкости, разрушаются хрящевые структуры, деформируются суставные поверхности. Это приводит к ограничению и болям при попытке движения суставных головок ВНЧС, резко ухудшает качество жизни больных, ведёт к возникновению депрессивных состояний.

5.При ДД следует иметь в виду, что обычные неспецифические артриты протекают остро и не вызывают изменений в других суставах, в сосудах, клапанной системе сердца, эндокарде и миокарде. От ревматического артрита ревматоидный отличается отрицательными ревматическими пробами и отсутствием С-реактивного белка в крови.

6.Основой лечения ревматоидных артритов является применение НПВП (нестероидных противовоспалительных препаратов), покой поражённым суставам, рыбно-растительная и молочная диета, лёгкий массаж, при улучшении состояния - ФТ. Но главное - уничтожение ворот для инфекции и десенсibilизация! У нашей больной необходима санация нёбных миндалин. Если это невозможно, то их удаление. Если имеют место быть вредные условия работы - сменить работу. Отказаться от вредных привычек, перейти к правильному, сбалансированному питанию, вести здоровый образ жизни. Помнить, что при бездействии процесс может полностью уничтожить связочно-хрящевые элементы ВНЧС, а это потребует применения очень сложных и опасных для здоровья хирургических методов лечения.

Ситуационная задача №6.

Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Конфигурация лица не изменена, рот открывается свободно. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия полости рта слева гиперемирована, 26 зуб - под пломбой, перкуссия слабо безболезненна. Пальпация верхнего свода преддверия полости рта несколько болезненна, определяется деформация альвеолярного отростка верхней челюсти в области 26,27,28 зубов за счет вздутия. У больной на нижней губе имеется округлой формы образование, синюшного цвета, размером 0,3x0,5 см, безболезненное, при надавливании исчезает, а затем приобретает прежние размеры.

Вопрос 1: Какое заболевание вы можете предположить;

Вопрос 2: Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза;

Вопрос 3: Имеет ли значение для составления плана лечения наличие образования на нижней губе;

Вопрос 4: Показания для удаления составной одонтомы;

Вопрос 5: Показания для удаления составной одонтомы;

1) Киста верхней челюсти слева в стадии воспаления или периостит верхней челюсти слева в области 16,17,18 зубов острый или обострение хронического гайморита, саркома верхней челюсти.;

2) *Рентгенологическое обследование (придаточные пазухи носа, ортопантомограмма), ЭОД, при необходимости морфологические методы исследования.*;

3) Нет.;

4) Наличие клинических проявлений.;

5) Кистозным очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей;

Ситуационная задача №7

Больная, 70 лет, обратилась с жалобами на периодически появляющуюся припухлость и ноющие боли в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. В момент обращения к врачу припухлости в полости рта не отмечается, рот открывается свободно. Слизистая оболочка в области 25,26,27 зубов незначительно гиперемирована, пальпация этой области безболезненная, 26 зуб - под пломбой. 25,27 зубы - интактны. При рентгенологическом исследовании определяется участок разряжения костной ткани верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов с четкими границами, округлой формы. Периодонтальная щель в области верхушек корней 26 зуба - не прослеживается. Каналы корней 26 зуба - не запломбированы. Отмечается значительное истончение и прогиб костной ткани, разделяющей кистовидное образование и верхнечелюстную пазуху. При обследовании определяется участок разрежения костной ткани верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов с четкими границами, округлой формы.

Вопрос 1: О каком заболевании можно думать;

Вопрос 2: Составьте план лечения;

Вопрос 3: Показания для удаления составной одонтомы.;

Вопрос 4: Опишите рентгенологическую картину амелоблатической фибромы;

Вопрос 5: Патогенез одонтогенной фибромы.;

- 1) Радикулярная киста верхней челюсти слева в области 25,26,27 зубов, оттесняющая верхнечелюстную пазуху.;
- 2) После пломбирования каналов 25 зуба до верхушки. Операция: ороназальная цистэктомия с резекцией верхушки корня 25 зуба и удаления 26,27 зубов.;
- 3) Наличие клинических проявлений.;
- 4) Кистозным очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей;
- 5) Источником одонтогенной фибромы у детей может служить дифференцированная соединительная ткань, происходящая из эмбриональной мезенхимы зубного бугорка, или ткань фолликула зуба. У взрослых опухоль развивается из периодонтальных тканей.;

Ситуационная задача №8.

Больная, 35 лет, жалуется на наличие плотного образования в области тела нижней челюсти справа, безболезненное, медленно увеличивающееся. Пальпаторно определяется новообразование в области тела нижней челюсти справа, эластичной консистенции, 47,46,45 зубы подвижны. При цитологическом исследовании пунктата новообразования обнаружены клетки, сходные с остеобластами и остекластами. Полость рта не санирована, имеется большое количество кариозных полостей.

Вопрос 1: Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза.;

Вопрос 2: Проведите обоснование диагноза.;

Вопрос 3: Поставьте предварительный диагноз.;

Вопрос 4: Составьте план лечения.;

Вопрос 5: Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.;

- 1) *Рентгенографию нижней челюсти в прямой и боковой проекциях справа, ОПГ, КТ нижней челюсти.*;
- 2) На основании клинико-цитологического обследования поставлен диагноз гигантоклеточной опухоли тела нижней челюсти справа.;
- 3) Остеокластома тела нижней челюсти справа.;
- 4) Лечение - резекция нижней челюсти, определяемая границами новообразования.;
- 5) Не санированная полость рта не является характерным признаком остеокластомы.;

Ситуационная задача №9.

Больной, 49 лет, обратился в клинику повторно спустя полтора года после проведенного комбинированного лечения по поводу злокачественного образования верхней челюсти справа. Больному была проведена предоперационная лучевая терапия, половинная резекция верхней челюсти справа (от рекомендованной экзентерации содержимого глазницы больной

категорически отказался), операция Крайля справа. В послеоперационном периоде проводилась дополнительно лучевая терапия. После полной эпителизации раневой поверхности, больному был изготовлен съемный протез - obturator на верхнюю челюсть. В настоящее время больной предъявляет жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из под протеза. При осмотре отмечается экзо-фтальм правого глаза, резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напоминающей грануляционную. Кроме этого отмечаются кариозные полости в 45,47 зубах. При рентгенологическом исследовании отмечается резорбция нижнеглазничного края справа.

Вопрос 1: Поставьте диагноз.;

Вопрос 2: Обоснуйте поставленный диагноз.;

Вопрос 3: Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного?;

Вопрос 4: Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного?;

Вопрос 5: Укажите данные несущественные для данного заболевания.;

1) Рак нижней и задней стенок правой глазницы, как рецидив пред-операционного заболевания с распространением на правое глазное яблоко.;

2) Жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из под протеза. При осмотре отмечается экзофтальм правого глаза, резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напоминающей грануляционную. При рентгенологическом исследовании отмечается резорбция нижнеглазничного края справа.;

3) а) *томографическое исследование (лучше, компьютерное)*; б) морфологическое - на предмет рецидива опухоли; в) *рентгенологическое - для выявления отдаленных метастазов.*;

4) При невозможности проведения хирургического лечения, наличия отдаленных метастазов - палиативное лечение.;

5) Отмечаются кариозные полости в 45,47 зубах.;

Ситуационная задача №10.

Больная М., 17 лет, обратилась с жалобами на резко ограничение открывания рта, затрудненный прием пищи, асимметрию лица. В анамнезе: сведение челюстей наступило в 10-летнем возрасте, вскоре после падения с лестницы.

Объективно: астеник, отмечается отставание в росте. Кожные покровы тела бледные, подкожно-жировой слой выражен слабо.

Лицо асимметрично за счет уплощения правой стороны в проекции тела и ветви нижней челюсти. Подбородок смещен влево и кзади. Открывание рта до 3 мм. Передние верхние зубы распложены веерообразно. Прикус глубокий, «крышеобразный». При пальпации суставных головок определяется крайне незначительная подвижность правой суставной головки, левая совершенно неподвижна.

Вопросы:

1. Каков диагноз?

2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

3. Каковы последствия данного заболевания?

4. Каковы основные принципы хирургического лечения и реабилитации?

Ответы:

1. Фиброзный анкилоз ВНЧС справа, костный анкилоз слева посттравматического происхождения.

2. *Для уточнения диагноза следует провести двустороннюю РГ ВНЧС по Шюллеру-Майеру, КТ, МРТ.*

3. двустороннее костное анкилозирование, резкое недоразвитие НЧ.

4. Принцип лечения костного анкилоза заключается в образовании ложного сустава как можно ближе расположенного к месту расположения нормального сустава. При лечении фиброзного анкилоза достаточно редрессации НЧ и длительной механотерапии.