

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Кафедра Хирургической стоматологии

**Критерии оценок мануальных навыков
по предмету:**

**Пропедевтика хирургических
стоматологических заболеваний**

(3 курс)

Ташкентская Медицинская Академия
Кафедра Хирургической стоматологии
Критерий оценок мануальных навыков по предмету:
Заболевания пропедевтики хирургической стоматологии (3 курс)
Ташкент 2009 год

Перечень практических навыков по
пропедевтике заболеваний хирургической стоматологии для студентов 3-го курса стоматологического
факультета

№	Названия практических навыков
1.	Проведение инфильтрационного обезболивания на фантоме и у больных
2.	Проведение проводникового обезболивания на фантоме и у больных на верхней челюсти.
а.	инфраорбитальная анестезия
б.	палатинальная анестезия
в.	туберальная анестезия
г.	инцизивная анестезия
3.	Проведение проводникового обезболивания на фантоме и у больных на нижней челюсти.
а.	мандибулярная анестезия
б.	Торусальная анестезия
в.	Ментальная анестезия
4.	Стволовая анестезия II ветви тройничного нерва на фантоме и умение показать анатомические ориентиры у больных.
а.	Подскулокрыловидный путь.
б.	Подскуловой путь.
в.	Орбитальный путь.
г.	Небный путь.
5.	Проведение стволовой анестезии III ветви тройничного нерва на фантоме и умение показать анатомические ориентиры у больных.
6.	Щипцы для удаления зубов и корней на верхней челюсти. (Умение различать их руками, положив на фантоме, имитировать этапы удаления)
7.	Щипцы для удаления зубов и корней на нижней челюсти (умение различать их руками, положив на фантоме, имитировать этапы удаления)
8.	Элеваторы, умение различать их.
9.	Удаление отдельных групп зубов на верхней челюсти и нижней челюсти. Умение показать эти различия на фантоме и у больных.

**Критерии оценки практических навыков по
пропедевтике заболеваний хирургической стоматологии**

№	Названия мануальных навыков	Коэффициент	Проход-ной балл	Макси-мал балл	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Проведение инфльтрационного обезболивания на фантоме и у больных	0,1	5,5	10		
2.	Проведение проводникового обезболивания на фантоме и у больных на верхней челюсти.	0,1	5,5	10		
a.	инфраорбитальная анестезия					
б.	палатинальная анестезия					
в.	туберальная анестезия					
г.	инцизивная анестезия					
3.	Проведение проводникового обезболивания на фантоме и у больных на нижней челюсти.	0,12	6,6	12		
a.	мандибулярная анестезия					
б.	Торусальная анестезия					
в.	Ментальная анестезия					
4.	Стволовая анестезия II ветви тройничного нерва на фантоме и умение показать анатомические ориентиры у больных.	0,12	6,6	12		
a.	Подскулокрыловидный путь.					
б.	Подскуловой путь.					
в.	Орбитальный путь.					
г.	Небный путь.					
5.	Проведение стволовой анестезии III ветви тройничного нерва на фантоме и умение показать анатомические ориентиры у больных.	0,12	6,6	12		
6.	Щипцы для удаления зубов и корней на верхней челюсти. (Умение различать их руками, положив на фантоме, имитировать этапы удаления)	0,12	6,6	12		
7.	Щипцы для удаления зубов и корней на нижней челюсти (умение различать их руками, положив на фантоме, имитировать этапы удаления)	0,1	5,5	10		
8.	Элеваторы, умение различать их.	0,1	5,5	10		
9.	Удаление отдельных групп зубов на верхней челюсти и нижней челюсти. Умение показать эти различия на фантоме и у больных.	0,12	6,6	12		

1.Проведение инфильтрационного обезболивания на фантоме и у больных (волонтер).

Цель: Умение провести инфильтрационное обезболивание на фантоме и у больных (волонтер).

Показание: Наличие показаний для проведения инфильтрационного обезболивания.

Оснащение: Череп, верхняя челюсть, нижняя челюсть, шприц, больной (волонтер)

Выполнения шагов

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Пальцами правой руки тремя пальцами правильно держать шприц.	0	20		
2.	Иглу вводить под углом 40-45 ⁰ к кости альвеолярного отростка на фантоме.	0	20		
3.	Скос иглы должен обращаться к кости.	0	20		
4.	Иглу вводить с язычной стороны альвеолярного отростка нижней челюсти.	0	20		
5.	С небной стороны вкол иглы производить в угол, образованный альвеолярным и небным отростком верхней челюсти.	0	20		
	Итого	0	100		

Проведение инфильтрационное обезболивание у больных (волонтер):

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в кресло.	0	12		
2.	Держав правой рукой шприц III пальцами в виде «писчего пера» левой рукой отодвигают мягкие ткани щеки и губы шпателем или стоматологическим зеркалом лист место вкола иглы обрабатывают 1 % йодной настойкой.	0	16		
3.	Скос иглы должен обращаться к кости.	0	16		
4.	Затем I палец перемещают на поршень. Шприц удерживают II-III пальцем.		18		
5.	Потом вводят 2-3 мл анестетик медленно.	0	18		
6.	Со стороны неба вкол иглы производят в угол, образованный альвеолярным и небным отростками и вводят не более 0,5 мл анестетика.	0	20		
	Итого	0	100		

2.А.Проведение инфраорбитального обезболивание на фантоме:

Цель: Умение провести инфраорбитальное обезболивание на фантоме и у больных (волонтер).

Показание: Наличие показаний для проведения инфраорбитального обезболивания.

Оснащение: Череп, верхняя челюсть, шприц, большой (волонтер)

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят подглазничное отверстие.	0	20		
2.	Правильно удерживает шприц в правой руки.	0	20		
3.	Приблизительно находят уровень переходной складки между центральными и боковыми резцами.	0	20		
4.	Придав игле, правильное положение продвигают вверх, кзади и кнаружи.	0	20		
5.	Иглу вводят в подглазничное отверстие на 7-10 мм.	0	20		
	Итого	0	100		

Проведение инфраорбитального обезболивания у больных (волонтер):

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного или волонтера на кресло и находят подглазничное отверстие. Для отыскания подглазничного отверстия, используют следующие анатомические ориентиры.	0	8		
2.	Пальпируется нижней край орбиты, определяется костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти. Находится на середине нижнего края глазницы на 0,5-0,75 см ниже.	0	10		
3.	Это отверстие находится на 0,5-0,75 см ниже точки пересечение нижнего края глазницы с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего малого коренного зуба.	0	10		
4.	Это отверстие находится на 0,5-0,75 см ниже место пересечение нижнего края глазницы с вертикальной линией проведенной через зрачок глаза, смотрящего строго вперед.	0	10		
5.	Для проведения инфраорбитальной анестезии внеротовым способом определяется проекция подглазничного отверстие на коже. Указательным пальцем левой руки фиксируют ткани на этой точке к кости.	0	18		
6.	От этой проекции вниз и кнутри на 1 см делается вкол иглы.	0	14		
7.	Придав игле правильное положение, продвигают ее вверх кзади и кнаружи.	0	10		
8.	В области подглазничного отверстие выпускают 0,5-1,0 мл анестетика осторожно перемещая иглу по глубину 7-10 мм, впрыскивают 0,5-1,0 мл анестетика.	0	10		
9.	У больного или у волонтера спрашивает зону обезболивания.	0	10		
	Итого	0	100		

Внутриротовой способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Указательным пальцем левой руки прижимают мягкие ткани подглазничной области к кости ниже нижнего края глазницы на 0,5-0,75 см.	0	20		
2.	Большим пальцем верхнюю губу отводят вверх и вперед. При этом подвижная слизистая оболочка смещается вперед.	0	20		
3.	Вкол иглу производят на 0,5 см впереди от переходной складки на уровне промежутка между центральными и боковыми резцами.	0	20		
4.	Иглу продвигают кзади, вверх и кнаружи по направлению подглазничного канала.	0	20		
5.	Находя подглазничный канал, впрыскивают 0,5-1,0 мл анестетика.	0	20		
Итого		0	100		

Б.Проведение палатинальной анестезии на фантоме и у больного (волонтер).

Цель: Умение проводить палатинальное обезбоживание на фантоме и у больного (волонтер).

Показание: С целью обезбоживания.

Оснащение: Череп, верхняя челюсть, шприц, больной (волонтер).

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят большое небное отверстие.	0	20		
2.	Придав правильное положение игле, шприц держат правой рукой и с противоположной стороны направляют в большое небное отверстие.	0	20		
3.	Надо провести две взаимопересекающиеся линии: одну из них на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба от десневого края до средней линии верхней челюсти соответствующей стороны.	0	20		
4.	Вкол иглы производят 1 см кпереди и кнаружи от проекции большого небного отверстия.	0	20		
5.	Иглу продвигают вверх, кзади и кнаружи до соприкосновения с костью.	0	20		
Итого		0	100		

Проведение палатинальной анестезии у больного (волонтере):

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадив больного на кресло, при широко открытом рте находят проекцию большого небного отверстия.	0	25		
2.	Располагается оно на уровне середины коронки третьего большого коренного зуба, при отсутствии его кзади и кнутри от второго большого коренного зуба на 0,5 см кпереди.	0	25		
3.	Придав игле, правильное положение вкол иглы делают с противоположной стороны на 1 см кпереди и кнутри от средней линии.	0	25		
4.	Иглу продвигают вверх, несколько кзади и кнаружи до соприкосновения с костью.	0	25		
Итого		0	100		

В.Проведение туберальной анестезии на фантоме у больного (волонтере).

Цель: Умение проводить туберальную анестезию.

Показание: С целью удаления зубов.

Оснащение: фантом, череп верхняя челюсть, шприц, больной (волонтер).

Выполнение мануальных шагов:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Найти верхнечелюстной бугор на черепе.	0	20		
2.	На 18-25 мм выше края лунки верхнего третьего большого коренного зуба имеется несколько отверстий (найти на верхней челюсти).	0	20		
3.	Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка, вкол должен обращать к кости. Вкол производят на уровне коронки второго большого коренного зуба между 2 и 3 большим коренными зубами.	0	20		
4.	Иглу продвигают вверх, назад и внутрь.	0	20		
5.	При отсутствии больших коренных зубов ориентируется по скулоальвеолярному гребню.	0	20		
Итого		0	100		

Проведение туберальной анестезии у больного (волонтер):

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Больного посадить в кресло, при полу открытом рте отводят шпателем или зеркалом щеку кнаружи.	0	12		
2.	Иглу располагают под углом 45 ⁰ к гребню альвеолярного отростка.	0	16		
3.	Скос иглы обращен к кости, вкол иглы производят на уровне коронки второго большого коренного зуба или между 7 и 8 зубами, отступя от переходной складки на 0,5 см вниз.	0	16		
4.	Иглу продвигают вверх, назад и внутрь на 2,5 см до кости.	0	18		
5.	При отсутствии больших коренных зубов ориентируются по скулоальвеолярному гребню.	0	18		
6.	Вкол иглы делают позади скулоальвеолярного гребня, это соответствует, середине коронки отсутствующего второго большого коренного зуба.	0	20		
	Итого	0	100		

Г.Проведение обезболивания в области резцового отверстия.

Цель: Умение проводить резцовое обезболивание.

Показание: С целью удаления зубов.

Оснащение: Фантом, череп, верхняя челюсть, шприц, больной (волонтер).

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме найти резцовое отверстие.	0	20		
2.	Резцовое отверстие находить между центральными резцами верхней челюсти на 7-8 мм кзади.	0	20		
3.	Шприц правильно фиксируется в правой руке, и направляют между центральными резцами.	0	20		
4.	Продвигают иглу в канал на 0,5-0,75 см.	0	20		
5.	Внеротовой способ: проводят у основании перегородки носа с 2х сторон.	0	20		
	Итого	0	100		

Проведение резцового обезболивания у больного (волонтер):

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в кресло на уровне плечевого сустава и голову больного запрокидывают максимально.	0	25		
2.	Место вкола иглы смазывают 1-2% дикаином.	0	25		
3.	Шприц удерживает в правой руке, иглу фиксирует хорошо.	0	25		
4.	Вкол иглы производят в слизистую оболочку резцового сосочка и продвигают на 0,5-0,75 см в канал и выпускают 0,3-0,5 мл анестетика.	0	25		
Итого		0	100		

Внутриротовой метод:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадив больного в кресло, у основания перегородки носа с обеих сторон обрабатываются фурацилином.	0	30		
2.	Смазывают 1-2% раствором дикаина с адреналином основание перегородки с 2-х сторон.	0	30		
3.	Иглу вводят у основания перегородки с 2-х сторон .	0	40		
Итого		0	100		

3.А.Проведение мандибулярной анестезии на фантоме и у больных (волонтер).

Цель: Умение проводить мандибулярное обезболивание на фантоме и у больных.

Показание: С целью удаление зубов.

Оснащение: Фантом, череп, нижняя челюсть, больной, волонтер.

Выполнение мануальные шаги:

№	Этапы выполнения	Не выполненные этапы	Полностью выполненные этапы	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме: на нижней челюсти находят нижнечелюстное отверстие.	0	12		
2.	Нижнечелюстное отверстие расположено от переднего края нижней челюсти на 15 мм, от заднего на 13 мм от вырезки нижней челюсти на 22 мм и от основания на 27 мм.	0	14		
3.	Спереди и изнутри отверстие нижней челюсти прикрыто костным выступом.	0	12		
4.	Над верхним полюсом костного выступа на 0,75-1 см выше уровня отверстия находят костный желобок.	0	14		
5.	Пальпаторно определяют позадиомолярную ямку и височный гребешок.	0	14		
6.	Держав шприц в правой руке направляют с противоположной стороны вверх на уровне 0,75-1 см выше от третьего большого моляра нижней челюсти.	0	16		
7.	Вкол иглы делают снаружи и кзади на глубине 0,5-0,75 см до кости.	0	18		
Итого		0	100		

Внеротовой способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Для проведения мандибулярной анестезии находим угол нижней челюсти.	0	25		
2.	Определяется проекция отверстия нижней челюсти на кожу. Оно находится по средней линии, проведенной от верхнего края козелка ушной раковины к месту пересечения с передним краем жевательной мышцы.	0	25		
3.	Вкол иглы производят в область основания нижней челюсти, отступя на 1,5 см иглу продвигают на 3-3,5 см строго горизонтально.	0	25		
4.	Игла продвигается, сохраняя контакт с костью	0	25		
Итого		0	100		

Подскуловой способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят скуловую дугу.		50		
2.	Вкол иглы производят под нижним краем скуловой дуги, отступя на 2см кпереди от основания козелка ушной раковины.		50		
Итого			100		

Проведение мандибулярной анестезии у больного (волонтере).

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в кресло.	0	12		
2.	Находят анатомические ориентиры места расположения нижнечелюстного отверстия.	0	16		
3.	Костные ориентиры пальпируется пальцем левой руки.	0	16		
4.	Если анестезию проводят справа, пальпируется указательным пальцем левой руки, большим пальцем, если ее выполняет слева.	0	18		
5.	Располагают шприц на уровне малых коренных зубов с противоположной стороны, вкол иглы делают кнутри от височного гребешка и на 0,75-1 см выше.	0	18		
6.	Продвинув иглу еще на 2 см, доходят до костного желобка (sulcus coli mandibularae)	0	20		
Итого		0	100		

Аподактильный способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадив больного в кресло, рот открывают максимально широко.	0	20		
2.	Кнутри от височного гребешка находят крыловидно-нижнечелюстная складка.	0	20		
3.	При широко открытом рте больного шприц располагают на уровне малых коренных и первого большого коренного зуба с противоположной стороны.	0	20		
4.	Иглу продвигают кнаружи и кзади до контакта с костной тканью.	0	20		
5.	Вкол иглы производят в наружный скат крыловидно-нижнечелюстной складки.	0	20		
	Итого	0	100		

Б.Проведение торуальной анестезии на фантоме и у больных (волонтер).

Цель: Умение провести торуальную анестезии.

Показание: С целью удаления зубов.

Оснащение: Фантом, череп, нижняя челюсть, шприц, больной или волонтер.

Выполнение мануальные шаги:

	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме нижней челюсти находят нижнечелюстное возвышение (torus mandibulae).	0	20		
2.	При максимально широко открытом рте направляют шприц с противоположной стороны на уровне больших коренных зубов.	0	20		
3.	Место вкола на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего большого коренного зуба.	0	20		
4.	Иглу продвигают до кости на глубину от 0,25 до 2 см.	0	20		
5.	Выведя иглу на несколько миллиметров в обратном направлении можно выключить язычный нерв.	0	20		
	Итого	0	100		

Проведение торусальной анестезии у больного (волонтере).

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадив больного в кресло, проекция рта на уровне локтевого сустава, рот максимально широко открыт	0	12		
2.	Место вкола иглы обрабатывается фурацилином.	0	16		
3.	Шприц удерживают в правой рукой тремя пальцами.	0	16		
4.	Вкол иглы производят перпендикулярно слизистой оболочки щеки с противоположной стороны.	0	18		
5.	Место вкола иглы на 0,5 см ниже жевательной поверхности третьего моляра.	0	18		
6.	Для блокирования щечного нерва иглу продвигают на глубину 1-1,5 см до переднего края венечного отростка, вводят 1-2 мл анестетика.	0	20		
Итого		0	100		

В.Проведение обезболивание подбородочного нерва на фантоме и у больных (волонтере).

Цель: Умение проводить обезболивание у подбородочного отверстие.

Показание: С целью блокады III -го нерва.

Оснащение: Фантом, череп, нижняя челюсть, шприц, большой или волонтер.

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме нижней челюсти находят ментальное отверстие. Оно находится на уровне середины альвеолы нижнего второго малого коренного зуба.	0	30		
2.	Подбородочное отверстие открывается кзади, кверху, кнаружи.	0	30		
3.	На фантоме, придав игле правильное положение, направляют в подбородочное отверстие	0	40		
Итого		0	100		

Внеротовой способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Проводя анестезию, определяем положение больного и врача.	0	12		
2.	Проводя анестезию на правой половине нижней челюсти, удобнее встать справа и сзади больного.	0	16		
3.	Выключая подбородочный нерв слева, врач располагается справа и кпереди от больного.	0	16		
4.	Указательным пальцем левой руки в этой точке прижимают мягкие ткани к кости.	0	18		
5.	Придав игле, направление с учетом хода канала, делают вкол иглы на 0,5 см выше и сзади от проекции подбородочного отверстия на кожу. Затем продвигают ее вниз, внутрь и кпереди до соприкосновения с костью.	0	18		
6.	Продвигают иглу в канале на глубину 3-5 см и вводят 1-2 мл обезболивающего раствора.	0	20		
Итого		0	100		

Внутриротовой способ:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	При сомкнутых челюстях больного отводят мягкие ткани щеки в сторону.	0	25		
2.	Вкол иглы делают, отступя несколько миллиметров кнаружи от переходной складки на уровне середины коронки первого большого коренного зуба.	0	25		
3.	Иглу продвигают на глубину 0,75-1 см вниз, кпереди и внутрь до подбородочного отверстия.	0	25		
4.	Продвигают иглу в канале на глубину 3-5 см и вводят 1-2 мл обезболивающего раствора.	0	25		
Итого		0	100		

4.А.Обезболивание верхнечелюстного и нижнечелюстного нервов (стволовая анестезия). На фантоме и у больных (волонтер).

Цель: Умение провести на фантоме стволую анестезию.

Показание: обезболивание верхнечелюстного нерва.

Оснащение: Фантом, череп, нижняя челюсть, шприц, больной или волонтер.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят наружную пластинку крыловидного отростка.	0	12		
2.	На фантоме находят круглое отверстие и овальное отверстие.	0	14		
3.	Правой рукой держат шприц, с иглой длина которого 7-8 см.	0	12		
4.	На фантоме находят траго-орбитальную линию.	0	14		
5.	Вкол иглы производят по середине траго-орбитальной линии у нижнего края скуловой дуги.	0	14		
6.	Отличают глубину погружения иглы (обычно 4-6см) предварительно наложенным на нее кусочком стерильной резинки.	0	16		
7.	Иглу извлекают несколько больше, чем на половину, поворачивают ее кпереди под углом 15-20 ⁰ и вновь погружают в ткани на отличенную глубину.	0	18		
Итого		0	100		

Б. Подскуловой путь:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Вкол иглы делают в место пересечения нижнего края скуловой кости с вертикальной линией проведенной от наружного края глазницы, т.е. у нижнего края скуловой кости.	0	30		
2.	Иглу направляют кнутри и несколько вверх до соприкосновения с верхнечелюстным бугром.	0	30		
3.	Затем, скользая иглой по кости (шприц отводят кнаружи), продвигают ее на 4-5см кзади и кнутри, после чего игла попадает в крылонебную ямку.	0	40		
Итого		0	100		

В.Орбитальный путь: метод В.Ф.Войно-Ясенецкого.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Вкол иглы делают в области верхней границы ниже-наружного угла глазницы, что соответствует верхнему краю скуловой кости.	0	30		
2.	Иглу продвигают по наружной стенке глазницы кзади на глубину 4-5 см строго в горизонтальной плоскости.	0	30		
3.	При этом игла не должна терять контакта с костью и отклоняться вверх.	0	40		
Итого		0	100		

Г.Небный путь:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят небное отверстие.	0	50		
2.	На фантоме, войдя в большое небное отверстие, иглу продвигают вверх и кзади по каналу на глубину 3-3,5 см до крылонебной ямки.	0	50		
Итого		0	100		

5.Обезболивание нижнечелюстного нерва у овального отверстия по С.Н.Вайсблату:

Цель: Умение провести на фантоме стволовую анестезию.

Показание: обезболивание нижнечелюстного нерва.

Оснащение: Фантом, череп, нижняя челюсть, шприц, больной или волонтер.

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	На фантоме находят овальное отверстие.	0	12		
2.	На фантоме находят траго-орбитальную линию.	0	16		
3.	Через середину траго-орбитальной линии иглу погружают до наружной пластинки крыловидного отростка.	0	16		
4.	Затем извлекают ее кнаружи до подкожной клетчатки.	0	18		
5.	Развернув иглу на 1 см кзади, погружают ее в ткани на первоначальную глубину.	0	18		
6.	Игла при этом достигает уровня овального отверстия. Затем вводят 2-3 мл обезболивающего раствора.	0	20		
Итого		0	100		

6. Щипцы для удаления зубов на верхней челюсти.

Цель: Умение определить по признакам щипцы для удаления зубов и корней верхней челюсти.

Показание: Цель удаление зубов верхней челюсти.

Оснащение: Фантом, череп, набор щипцов.

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Уметь различать щипцы применяемые для удаления зубов и корней на верхней челюсти.	0	8		
2.	Уметь различать устройства щипцов: щечки, замок, ручки, переходное часть. Уметь правильно держать щипцы.	0	12		
3.	Особое внимание уделять на строение щечки щипцов: прямая, с щипиками, без щипиков, смыкающиеся и несмыкающиеся.	0	10		
4.	Особое внимание уделять на строение ручек щипцов: наружная поверхность и внутренняя поверхность.	0	10		
5.	Удаление центрального резца, бокового резца и клыка верхней челюсти производят щипцами, имеющими прямую форму – прямыми щипцами.	0	20		
6.	Удаление малых коренных зубов верхней челюсти производят щипцами, имеющими S-образный изгиб. Щечки у них расположены под тупым углом к ручкам.	0	10		
7.	Удаление больших коренных зубов верхней челюсти выполняют щипцами, имеющими S-образный изгиб и по форме похожими на щипцы для удаления малых коренных зубов.	0	10		
8.	Удаление третьего большого коренного зуба верхней челюсти производят специальными щипцами. Между щечками и замком они имеют переходную часть.	0	20		
	Итого	0	100		

7. Щипцы для удаления зубов и корней нижней челюсти.

Цель: Умение определить по признакам щипцы для удаления зубов и корней нижней челюсти.

Показание: Цель удаления зубов нижней челюсти.

Оснащение: Фонтом, череп, нижняя челюсть, набор щипцов.

Выполнение мануальные шаги:

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	При удалении нижних резцов больной сидит в кресле в вертикальном положении, голова наклонена немного вперед, подбородок опущен. Врач стоит справа и несколько впереди, больного; I пальцем левой руки он отодвигает нижнюю губу, а остальными пальцами и ладонью охватывает подбородок и удерживает нижнюю челюсть. Удаляют нижние резцы щипцами, изогнутыми по ребру, с узкими щечками.	0	20		
2.	Положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как и при удалении нижних резцов. Врач становится справа и впереди больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого влево. Размещение пальцев левой руки врача аналогично положению при удалении нижних резцов. Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов имеющие более широкие щечки.	0	20		
3.	При удалении правых малых коренных зубов врач стоит справа и немного позади больного. Охватив левой рукой его голову, он вводит в полость рта I и II пальцы и захватывает ими с двух сторон альвеолярной отросток. Одновременно II пальцем оттягивает угол рта и отодвигает щеку, I пальцем язык. Остальными пальцами левой руки поддерживает нижнюю челюсть за подбородок.	0	20		
4.	Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов. Удаление выполняют клювовидными или изогнутыми по плоскости щипцами. Они имеют широкие щечки с треугольными выступами (шипами) на концах. Щипцы накладывают и подвигают так, чтобы треугольные выступы (шипы) щечек вошли в промежуток между корнями.	0	20		
5.	Аномалии зуба (размером, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Положение больного, врача и пальцев его левой руки такое же, как при удалении малых и больших коренных зубов. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.	0	20		
	Итого	0	100		

8. Элеваторы для удаления корней зубов.

Цель: Умение определить по признакам элеваторы для удаления зубов и корней.

Показания: удаление корней

Оснащение: Фантом, череп, верх нижней челюсти и набор элеваторов.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Уметь отличить разновидности элеваторов.	0	20		
2.	Уметь отличить прямой элеватор и правильно держать и показать принцип работы элеваторов.	0	20		
3.	Уметь отличить угловые элеваторы, уметь правильно держать.	0	20		
4.	Уметь отличать элеватор Леклюза, уметь правильно держать.	0	20		
5.	Для удаления третьего нижнего большого коренного зуба применяется штыковидный элеватор Леклюза. Элеватор держат за ручки правой рукой; Палец помещают на соединительный стержень вблизи его изгиба.	0	20		
	Итого	0	100		

9. Удаление отдельных зубов верхней и нижней челюсти.

Цель: Принцип удаления отдельных групп зубов на верхней и нижней челюсти.

Показание: удаление зубов на верхней и нижней челюсти

Оснащение: Фантом, череп, набор щипцов.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Для удаления резцов врач становится справа и впереди от больного. При удалении бокового резца с левой стороны больной должен слегка повернуть голову вправо, при удалении правого бокового резца – влево.	0	6		
2.	Положение врача и расположение пальцев левой руки такое же, как при удалении резцов. Во время удаления правого клыка больной должен повернуть голову несколько влево, при удалении левого – вправо. Такое положение головы более удобно для проведения операции	0	6		
3.	Посадить больного в кресло. Знать проекцию полости рта по отношению к плечевому суставу и локтевому суставу.	0	6		
4.	На фантоме уметь показать этапы люксации,	0	8		

	ротации и экстракции.				
5.	Верхние малые коренные зубы расположены в среднем отделе зубного ряда, поэтому удаление их осуществляют специальным щипцами S-образный изгиб. Такая форма щипцов позволяет правильно наложить их на зуб и проводить боковые вывихивающие движение, не встречая препятствия со стороны нижней челюсти. Малые коренные зубы удаляют путем раскачивания в вестибулярную и небную сторону.	0	8		
6.	Наружная стенка альвеолярного гребня, у второго – тоньше, чем небная. За счет расхождения корней эти зубы имеют мощные межкорневые перегородки. Все это делает их удаление достаточно сложным. Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов. Первый и второй большие коренные зубы удаляют S-образно изогнутыми щипцами, имеющими различное строение щечек для зубов левой и правой стороны. Одна из щечек имеет на конце шип, ее накладывают с наружной стороны зуба.	0	12		
7.	При удалении нижних резцов больной сидит в кресле в вертикальном положении, голова наклонена немного вперед, подбородок опущен. Врач стоит справа и несколько вперед больного; I пальцем левой руки он отодвигает нижнюю губу, а остальными охватывает подбородок и удерживает нижнюю челюсть. Удалять нижние резцы щипцами, изогнутыми по ребру, с узкими щечками.	0	6		
8.	Положение больного при удалении нижнего клыка такое же, как при удалении нижних резцов. Врач становится справа и спереди от больного. При удалении левого клыка больной поворачивает голову несколько вправо, а правого влево. Размещение пальцев левой руки врача аналогично положению при удалении нижних резцов. Для удаления клыка используют щипцы, предназначенные для удаления нижних малых коренных зубов, имеющие более широкие щечки.	0	10		
9.	При удалении правых малых коренных зубов врач стоит справа и немного позади больного. Обхватив левой рукой его голову, он вводит в полость рта I и II пальцы и захватывает ими с двух сторон альвеолярный отросток. Одновременно II пальцем оттягивает угол рта и отодвигает щеку, I пальцем – язык. Остальными пальцами левой руки поддерживает нижнюю челюсть за подбородок. Щипцы для удаления малых коренных зубов по форме и устройству такие же, как и для удаления нижних резцов	0	10		
10.	Положение больного, врача и пальцев левой руки такое же, как при удалении малых коренных зубов. Удаление выполняют клювовидными или изогнутыми по плоскости щипцами. Они имеют широкие щечки с треугольными выступами шипами на концах.	0	8		
11.	Вывихивают эти зубы раскачивающими		10		

	движениями. Первый большой коренной зуб вывихивают вначале в щечную, затем в язычную сторону. Наличие двух расходящихся корней и значительная толщина костных стенок альвеолы иногда создают большие трудности при удалении больших коренных зубов.	0			
12.	Аномалии зуба (размеров, формы, прорезывания), особенности строения кости создают нередко большие трудности при его удалении. Положение больного, врача и пальцев его левой руки такое же, как при удалении малых и больших коренных зубов. Удаление производят клювовидными щипцами или щипцами, изогнутыми по плоскости, имеющими на конце щечек треугольные выступы.	0	10		
	Итого	0	100		

**Перечень мануальных навыков по
пропедевтике заболеваний хирургической стоматологии для студентов 3-го курса стоматологического
факультета**

- 1. Перкуссия причинных зубов при одонтогенных воспалительных заболеваниях.**
- 2. Пальпация переходной складки, альвеолярного отростка при периостите и остеомиелите.**
- 3. Чтение рентгенограмм при хроническом периодонтите и остеомиелите.**
- 4. Пальпация околочелюстных и подчелюстных областей при абсцессах, флегмонах и лимфаденитах.**

**Критерий оценки практических навыков по
пропедевтике заболеваний хирургической стоматологии
для студентов 3-го курса
стоматологического факультета**

№	Практические навыки	коэффицицент	Проходной балл	Макс. балл
1.	Перкуссия причинных зубов при одонтогенных воспалительных заболеваниях.	0,25	13,5	25
2.	Пальпация переходной складки альвеолярного отростка при периостите и остеомиелите.	0,25	13,5	25
3.	Чтение рентгенограмм при хроническом периодонтите и остеомиелите.	0,25	13,5	25
4.	Пальпация околочелюстных и подчелюстных областей при абсцессах, флегмонах и лимфаденитах.	0,25	13,5	25

**Критерий оценки мануальных навыков по
пропедевтике заболеваний хирургической стоматологии
для студентов 3-го курса
стоматологического факультета**

1. Перкуссия причинных зубов при одонтогенных воспалительных заболеваниях.

Цель: Определить причинный зуб при одонтогенных воспалительных заболеваниях.

Показание: Наличие причинного зуба.

Оснащение: Больные, стом. кресло, стом. зеркало, пинцет, зонд.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в кресло.	0	12		
2.	Проводить визуальный осмотр.	0	14		
3.	Правильно держать в левой руке стоматологическое зеркало и пинцет.	0	12		
4.	Проводить вертикальную и горизонтальную перкуссию зубов.	0	14		
5.	Проводить пальпацию альвеолярного отростка по ходу корня зуба.	0	14		
6.	Проводить надавливание инструментом на мягкие ткани преддверия полости рта.	0	16		
7.	Проводить электроодонтометрию зубов.	0	18		
	Итог	0	100		

2. Пальпация переходной складки, альвеолярного отростка при периостите и остеомиелите.

Цель: Определить очаг воспалительного процесса.

Показание: Наличие воспалительного инфильтрата, флюктуации и муфтообразного утолщения кости.

Оснащение: Больной, набор для осмотра: стоматологическое зеркало, пинцет и зеркало.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в стоматологическое кресло.	0	12		
2.	Провести визуальный осмотр	0	14		
3.	Провести пальпацию окологубных тканей.	0	12		
4.	Провести пальпацию переходной складки и определить симптом флюктуации.	0	14		
5.	Провести пальпацию мягких тканей с язычной стороны и со стороны неба и определить симптом флюктуации.	0	14		
6.	Провести пальпацию и определить периостальное утолщение.	0	16		
7.	Провести пальпацию и определить муфтообразное утолщение кости.	0	18		
	Итого	0	100		

3. Чтение рентгенограмм при хроническом периостите и остеомиелите.

Цель: Умение читать рентгенограммы при хронических периодонтите и остеомиелите.

Показание: Для проведения дифференциальной диагностики.

Оснащение: Больной, инструменты для осмотра рта, набор рентген снимков.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в кресло.	0	12		
2.	Определить показания к рентгенограмме.	0	16		
3.	Направить больного на дентальный рентгеновский снимок, профиль нижней челюсти, фасной снимок и на ортопантограмму по показаниям.	0	16		
4.	Уметь читать рентгеновские снимки при хронических периодонтитах: описать очаг разрежение костной ткани (с четкими, не четкими границами и расширение периодонтальной щели).	0	18		
5.	Уметь читать рентгенограмм при хронических остеомиелитах, описать очаги резорбции (секвестры, остеосклероз, очаги деструкции и остеосклероза).	0	18		
6.	Уметь отличать на рентгенограмме новообразованную кость, секвестральную капсулу.	0	20		
	Итого	0	100		

4. Пальпация околочелюстных и подчелюстных областей при абсцессах, флегмонах и лимфаденитах.**Цель:** Уметь диагностировать и подчелюстных областей при абсцессе и флегмоне и при лимфаденитах.**Показание:** С целью дифференциальной диагностики абсцессов, флегмон и лимфаденитов**Оснащение:** Больной, инструменты для осмотра полости рта.

№	Проведенные шаги	Не выполненные шаги	Полностью выполненные шаги	Набранный студентом балл	Подпись преподавателя
1.	Посадить больного в стоматологическое кресло.	0	8		
2.	Пальпировать подглазничную область и определять симптом флюктуации, местную гиперемию.	0	12		
3.	Пальпировать щечную область и определять симптом флюктуации, местную гиперемию.	0	10		
4.	Пальпировать височную, подвисочную области и определять симптом флюктуации, а также симптом песочных часов.	0	10		
5.	Пальпировать околоушно-жевательную область и определять симптом флюктуации и местную гиперемию.	0	20		
6.	Пальпировать подчелюстную, позадичелюстную и подбородочную области, и определять симптом флюктуации, местную гиперемию.	0	10		
7.	Пальпировать окологлоточную область, крылочелюстную область и определять симптом флюктуации, местную гиперемию кожи.	0	10		
8.	Пальпировать подчелюстные, околоушные и подчелюстные лимфатические узлы.	0	20		
	Итого	0	100		