

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**

Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» мая 2024 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.О.49 Челюстно-лицевая хирургия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Рабочая программа дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Рабочая программа учебной дисциплины одобрена на заседании кафедры «Фундаментальная медицина» (протокол № 10 от «24» мая 2024 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	ИПК-1.1 Применяет общестоматологические методы исследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	Знать: Методику физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у взрослых пациентов со стоматологическими заболеваниями, Методы диагностики заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых, Методы диагностики заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов, Медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования. Уметь: Интерпретировать результаты физикального обследования взрослых со стоматологическими заболеваниями, Направлять взрослых со стоматологическими заболеваниями на лабораторные, инструментальные и дополнительные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи,

		<p>Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы), Интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов. Владеть навыками: Физикального обследование взрослых пациентов со стоматологическими заболеваниями, Направления взрослых пациентов со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов у взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.2 Соблюдает алгоритм сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, выявляет факторы риска и причины развития стоматологических заболеваний</p>	<p>Знать: Роль гигиены полости рта, питания и применения фторидов в предупреждении заболеваний зубов и пародонта, Методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у взрослых пациентов (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, Цели и задачи индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта, Гигиенические индексы и методы их</p>

		<p>определения, Клиническую картину заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Уметь: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний, интерпретировать информацию, полученную от взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями. Владеть навыками: Сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у взрослых пациентов, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний, Выявления у взрослых пациентов со стоматологическими заболеваниями факторов риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.3 Использует алгоритм осмотра и физикального обследования взрослых со стоматологическими заболеваниями</p>	<p>Знать: Медицинские изделия, применяемые при осмотре и физикальном обследовании у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у взрослых пациентов со стоматологическими</p>

		<p>заболеваниями.</p> <p>Уметь: Применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования взрослых со стоматологическими заболеваниями, выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть навыками: Осмотра и физикального обследование взрослых пациентов со стоматологическими заболеваниями, Распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.4 Проводит дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p>	<p>Знать: Клиническую картину заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых, Клиническую картину заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи, Состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме.</p> <p>Уметь: Формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных</p>

		<p>и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Направлять взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами взрослых со стоматологическими заболеваниями, Проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у взрослых. Владеть навыками: Формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, Постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), Проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.5 Формулирует диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>	<p>Знать: Клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Уметь: Диагностировать у взрослых со стоматологическими</p>

		<p>заболеваниями твердых тканей зубов болезни пульпы и периодонта, заболевания пародонта, слизистой оболочки рта и губ, Диагностировать у взрослых со стоматологическими заболеваниями дефекты зубов, зубных рядов, зубочелюстные деформации и аномалии зубов и челюстей, полное отсутствие зубов и предпосылки их развития, травмы зубов, костей лицевого скелета и мягких тканей челюстнолицевой области, Выявлять у взрослых со стоматологическими заболеваниями факторы риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области, Формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Владеть навыками: Диагностики у взрослых пациентов: кариеса зубов, некариозных поражений, заболеваний пульпы и периодонта, пародонта, слизистой оболочки рта и губ, дефектов зубов, дефектов зубных рядов, зубочелюстных деформаций, аномалий зубов и челюстей, полного отсутствия зубов, Постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)</p>
<p>ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ИПК-2.1 Составляет план лечения пациента со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания</p>	<p>Знать: Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях, Клинические рекомендации по вопросам оказания медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями, Стандарты медицинской помощи, Анатомию головы, челюстнолицевой</p>

		<p>области, особенности кровоснабжения и иннервации; строение зубов; гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза.</p> <p>Уметь: Разрабатывать план лечения взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, интерпретировать результаты рентгенологических исследований челюстнолицевой области. Владеть навыками: Разработки плана лечения взрослых со стоматологическими заболеваниями с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи</p>
<p>ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ИПК-2.2 Осуществляет выбор оптимальных методов лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом знаний о правилах, способах введения, показаниях и противопоказаниях, побочных эффектах, дозах и продолжительности приема</p>	<p>Знать: Методы медикаментозного и немедикаментозного лечения, медицинские показания к применению медицинских изделий при стоматологических заболеваниях, Группы лекарственных препаратов, применяемых для оказания медицинской помощи при лечении стоматологических заболеваний; механизм их действия, медицинские показания и противопоказания к назначению; совместимость, возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении</p>

пациентов с заболеваниями зубов, пульпы, периодонта, пародонта, слизистой оболочки рта и губ, Материаловедение, технологии, оборудование и медицинские изделия, используемые в стоматологии.

Уметь: Подбирать и назначать лекарственные препараты, медицинские изделия (в том числе стоматологические материалы), диетическое питание, лечебно-оздоровительный режим для лечения взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и(или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения. Владеть навыками: Подбора и назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий (в том числе стоматологических материалов) для лечения стоматологических заболеваний у детей и взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Подбора вида и проведения местной анестезии (аппликационной, инфильтрационной, проводниковой) у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Подбора и назначения лекарственных препаратов и медицинских изделий с учетом диагноза,

		<p>возраста и клинической картины стоматологического заболевания в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Определения способов введения, режима и дозы лекарственных препаратов, Подбора и назначение немедикаментозного лечения взрослым со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Профилактики и лечения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения на стоматологическом приеме, Применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в неотложной форме</p>
<p>ПК-2 Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности</p>	<p>ИПК-2.3 Обладает тактикой ведения и лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с оценкой эффективности и безопасности проведенной терапии</p>	<p>Знать: Принципы, приемы и методы обезболивания, подбор вида местной анестезии при лечении стоматологических заболеваний, Особенности оказания медицинской помощи в неотложных формах при стоматологических заболеваниях. Уметь: Определять медицинские показания и противопоказания к проведению методик местной анестезии челюстнолицевой области, проводить местную анестезию (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) у взрослых со стоматологическими заболеваниями, выполнять</p>

медицинские вмешательства, в том числе терапевтические, у взрослых со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (исключая повторное эндодонтическое лечение). Владеть навыками: Оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме пациентам со стоматологическими заболеваниями, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Назначения диетического питания, лечебно-оздоровительного режима при лечении стоматологических заболеваний у взрослых в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Выполнения медицинских вмешательств у взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи, Оценки результатов медицинских вмешательств у взрослых со стоматологическими заболеваниями, Оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и немедикаментозного лечения у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, Консультирования взрослых с заболеваниями слизистой оболочки рта и губ, определения показаний для направления на консультацию к врачам-специалистам, Оказания медицинской помощи взрослым

		<p>при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента в неотложной форме</p>
<p>ПК-6 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала</p>	<p>ИПК-6.1 Проводит анализ основных медико-статистических показателей (заболеваемости, инвалидности, смертности, летальности) населения обслуживаемой территории</p>	<p>Знать: Правила оформления и особенности ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Правила работы в медицинских информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях челюстнолицевого профиля Организацию работы операционной челюстнолицевого отделения, оборудование и оснащение Требования охраны труда, техники безопасности и пожарной безопасности, порядок действия в чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь: Составлять план работы и отчет о работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа и контролировать качество ее ведения Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости Использовать в своей работе информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну</p> <p>Владеть: Составления плана работы и отчета о своей работе Ведения медицинской документации, в том числе в</p>

		<p>форме электронного документа Контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинского персонала Использования информационных систем в сфере здравоохранения и информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» Использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну</p>
<p>ПК-6 Способен к проведению анализа медико- статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала</p>	<p>ИПК-6.2 Соблюдает основные требования в отношении оформления (ведения) медицинской документации в объеме работы, входящих в обязанности врача, в том числе в электронном виде с выполнением правил информационной безопасности и сохранения врачебной тайны</p>	<p>Знать: Правила оформления и особенности ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Организацию работы операционной челюстнолицевого отделения, оборудование и оснащение Требования охраны труда, техники безопасности и пожарной безопасности, порядок действия в чрезвычайных ситуациях Уметь: Составлять план работы и отчет о работе Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа и контролировать качество ее ведения Использовать в работе персональные данные пациентов и сведения, составляющие врачебную тайну Владеть: Составления плана работы и отчета о своей работе Ведения медицинской документации, в том числе в форме электронного документа Контроля выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинского персонала</p>
<p>ПК-6 Способен к проведению анализа медико- статистической информации, ведению медицинской документации, организации</p>	<p>ИПК-6.3 Применяет навыки ведения медицинской учетно- отчетной документации в медицинских организациях, в том числе в электронном виде в объеме работы, входящей в обязанности врача</p>	<p>Знать: Правила работы в медицинских информационных системах и информационно- телекоммуникационной сети «Интернет» Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях челюстнолицевого профиля</p>

деятельности медицинского персонала		Уметь: Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости Использовать в своей работе информационные системы в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» Осуществлять контроль за выполнением должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала Владеть: Использования информационных систем в сфере здравоохранения и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» Использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну
---	--	---

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ПК-1	Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	89	заключительный
ПК-2	Способен к назначению и проведению лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, контролю его эффективности и безопасности	89	заключительный
ПК-6	Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала	89	заключительный

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Челюстно-лицевая хирургия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Основные знания, необходимые для изучения модуля формируются:

- в цикле гуманитарных дисциплин (философия, биоэтика,

педагогика, психология, правоведение, история медицины, экономика, латинский язык, иностранный язык);

- в цикле математических, естественно-научных, медико-биологических дисциплин (математика, физика, химия, биохимия, биология, медицинская информатика, анатомия и топографическая анатомия, микробиология, вирусология, иммунология, гистология, цитология, нормальная физиология, фармакология);

- в цикле профессиональных дисциплин (гигиена, организация здравоохранения, пропедевтика внутренних болезней).

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 7 / час - 252

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр	
		8	9
Контактная работа	124	46	78
В том числе:	-	-	-
Лекции	32	16	16
Лабораторные работы (ЛР)			
Практические занятия (ПЗ)	92	30	62
Семинары (С)			
Самостоятельная работа (всего)	101	26	75
В том числе:	-	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям			
Самостоятельное изучение тем			
Реферат			
Вид промежуточной аттестации зачет, экзамен	27		27
Общая трудоемкость	час.	252	72
	з.е.	7	2
		180	5

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1.	Классификация неогнестрельной травмы лица, ее причина, частота. Принципы оказания помощи пострадавшим с травмой лица. Понятие о первой, доврачебной, квалифицированной и специализированной помощи. Механизм неогнестрельных травм лица. Методы обследования пострадавших: клинические, инструментальные. Повреждения мягких тканей лица.	6
2.	Вывихи и переломы зубов, перелом альвеолярного отростка	4

	верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение. Вывихи нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.	
3.	Статистика переломов костей лица: нижней и верхней челюстей, скуловых костей, костей носа. Частота и характер перелома, его локализация в зависимости от причины и механизма травмы, анатомические особенности строения костей лица	4
4.	Классификация неогнестрельных переломов нижней и верхней челюстей. Локализация переломов в «типичных» местах, их виды. Клинические признаки перелома нижней и верхней челюстей в зависимости от его локализации. Механизмы смещения отломков, их характер.	4
5.	Основные принципы лечения больных с переломами костей лица: репозиция, иммобилизация, медикаментозная и физиотерапия.	4
6.	Термические повреждения ЧЛО (ожоги, отморожения, поражение электротоком и высокочастотным излучением). Клиническая картина и лечение. Сочетанные и комбинированные повреждения лица. Особенности клинического течения. Сочетанная черепно-мозговая травма. Лучевые повреждения.	2
7.	Осложнения переломов челюстей.	2
8.	Сочетанная неогнестрельная травма челюстно-лицевой области.	2
9.	Раневая баллистика и зоны поражения тканей.	2
10.	Остеонекрозы челюстей.	2
	Итого	32

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудоемкость (час)	Форма текущего контроля
1.	1	Классификация неогнестрельной травмы лица, ее причина, частота. Принципы оказания помощи пострадавшим с травмой лица. Понятие о первой, доврачебной, квалифицированной и специализированной помощи. Механизм неогнестрельных травм лица. Методы обследования пострадавших: клинические, инструментальные.	6	Устный опрос
2.		Повреждения мягких тканей лица. Вывихи и переломы зубов, перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение. Вывихи нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.	6	Устный опрос

3.		Статистика переломов костей лица: нижней и верхней челюстей, скуловых костей, костей носа. Частота и характер перелома, его локализация в зависимости от причины и механизма травмы, анатомические особенности строения костей лица	6	Устный опрос
4.		Классификация неогнестрельных переломов нижней и верхней челюстей. Локализация переломов в «типичных» местах, их виды. Клинические признаки перелома нижней и верхней челюстей в зависимости от его локализации. Механизмы смещения отломков, их характер.	6	Устный опрос
5.		Тактика врача по отношению к зубу, находящемуся в щели перелома. Основные принципы лечения больных с переломами костей лица: репозиция, иммобилизация, медикаментозная и физиотерапия. Лечение больных с переломами нижней и верхней челюстей. Способы репозиции отломков. Виды временной (транспортной) иммобилизации. Их разновидности: различные виды бинтовых повязок, стандартная повязка для транспортной иммобилизации, мягкая пращевидная повязка Померанцевой - Урбанской, различные виды межчелюстного лигатурного скрепления. Показания к наложению временных методов иммобилизации, преимущества различных методов. Лечебные (постоянные) методы иммобилизации: консервативные внелабораторные и лабораторные (ортопедические), хирургические методы закрепления отломков. Показания и противопоказания к применению конкретных методов иммобилизации.	6	Устный опрос
6.		Техника, методика изготовления и наложения на зубных шин. Показания к применению ортопедических шин и аппаратов лабораторного изготовления в историческом аспекте. Методы остеосинтеза: костный шов, спица Киршнера, на костные пластинки и др. Классификация внеротовых аппаратов, их функциональные возможности.	6	Устный опрос
7.	2	Термические повреждения ЧЛЮ (ожоги, отморожения, поражение электротоком и	6	Устный опрос

	высокочастотным излучением). Клиническая картина и лечение. Сочетанные и комбинированные повреждения лица. Особенности клинического течения. Сочетанная черепно мозговая травма. Лучевые повреждения.		
8.	Переломы скуловой кости и дуги, переломы костей носа. Классификация. Клинические признаки, показания к репозиции, способы вправления отломков и лечения. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде.	6	Устный опрос
9.	Осложнения переломов челюстей: травматический остеомиелит, травматический гайморит, замедленная консолидация отломков, «ложный сустав», консолидация в неправильном положении, дакриоцистит. Причины, лечение, профилактика.	6	Устный опрос
10.	Сочетанная неогнестрельная травма челюстно-лицевой области. Черепно-мозговая травма. Особенности клинического течения и оказания специализированной помощи больным при сочетанной травме.	7	Устный опрос
11.	Синдром взаимного отягощения. Неосложненный репаративный остеогенез, его стадии. Источники репаративного остеогенеза. Поэтапная регуляция репаративного остеогенеза.	7	Устный опрос
12.	Раневая баллистика и зоны поражения тканей. Анатомо-физиологические особенности лица и огнестрельная рана. Огнестрельные ранения мягких тканей лица. Общие закономерности раневого процесса.	9	Устный опрос
13.	Особенности огнестрельных ранений нижней и верхней челюстей. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации. Общие положения о медицинском освидетельствовании военнослужащих	9	Устный опрос тестирование
14.	Остеонекрозы челюстей.	6	Устный опрос ситуационная задача
	Итого	92	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля
1	1.1	Переломы костей лица: нижней и верхней челюстей, скуловых костей, костей носа.	26	Устный опрос
2	1.2	Осложнения переломов челюстей. Огнестрельные ранения ЧЛО.	75	Устный опрос
		Итого	101	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Примеры заданий в тестовой форме:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»

001. ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

А) кровотечение из носового хода на стороне поражения Б) нарушение смыкания зубных рядов

В) возникновение периодических приступов головокружения и тошноты Г) двоение в глазах при взгляде в сторону

002. ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНЫЙ ЖЕЛОБОК ПОДЪЯЗЫЧНОГО ПРОСТРАНСТВА НАХОДИТСЯ

А) в заднебоковом отделе подъязычной области Б) на уровне резцов нижней челюсти и кончика языка

В) между выводными протоками поднижнечелюстной слюнной железы Г) между корнем языка и крыловидно-нижнечелюстной складкой

003. ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА КПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ

А) двустороннем вывихе ВНЧС Б) двустороннем переломе мышцелкового отростка

В) одностороннем переломе мышцелкового отростка Г) двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров

004. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) патологическая подвижность верхнечелюстных костей Б) носовое кровотечение

В) ограничение открывания рта

Г) разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка

005. ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ

А) хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки Б) вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции В) острые воспалительные процессы мягких тканей лица Г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелет

006. В ПАТОГЕНЕЗЕ ФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

А) повреждение зубного фолликула Б) порочное развитие зубного фолликула В) гипоплазия эмали Г) флюороз

007. АБСЦЕСС ОТГРАНИЧЕН МЕМБРАНОЙ

А) пиогенной Б) базальной

В) шнейдеровской Г) полупроницаемой

009. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСТИНЪЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА

А) несоблюдение правил асептики и антисептики во время анестезии Б) высокая доза сосудосуживающего препарата в карпуле В) наличие

метилпарабена в капсуле местного анестетика Г) непереносимость местного анестетика

010. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДВИСОЧНОЙ И КРЫЛОВИДНО-НЕБНОЙ ЯМОК

А) умеренное ограничение открывания рта из-за воспалительной контрактуры мышц Б) выраженное ограничение открывания рта из-за рубцовой контрактуры мышц В) нарушение зрения из-за отека век на стороне заболевания Г) нарушение жевания и речи из-за боли

011. ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ФИБРОМАТОЗА ДЕСЕН ЯВЛЯЕТСЯ

А) наследственная предрасположенность Б) курение В) бруксизм
Г) избыточное содержание солей кальция в питьевой воде

012. ФОЛЛИКУЛЯРНАЯ КИСТА В СВОЕЙ ПОЛОСТИ СОДЕРЖИТ

А) не полностью сформированный зуб Б) полностью сформированный зуб В) верхушку или часть корня зуба Г) корни нескольких зубов

013. ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ

А) однократная или хроническая травма Б) дефицит витамина «В» в организме В) тяжелая форма сахарного диабета Г) курение

014. ОДНИМ ИЗ КАНЦЕРОГЕННЫХ ФАКТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ультрафиолетовое излучение Б) сенсбилизация организма В) интоксикация организма Г) длительная гипоксия тканей

015. МАКРОПРЕПАРАТ (ИССЕЧЕННУЮ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ТКАНЬ) ФИКСИРУЮТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В

- А) 10% растворе формалина
- Б) 70% растворе этилового спирта
- В) 5% растворе хлоргексидина
- Г) 1% растворе формалина

016. ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А) клеточного состава опухоли, полученного при пункции
- Б) небольшой опухоли
- В) распространенности опухоли
- Г) участка ткани опухоли

017. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компьютерная томограмма средней зоны лица
- Б) ортопантограмма
- В) рентгенограмма черепа в боковой проекции
- Г) рентгенограмма черепа в прямой проекции

018. К ИНВАЗИВНОМУ МЕТОДУ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЛО ОТНОСИТСЯ

- А) цитологическое исследование кисты путем пункции
- Б) цитологическое исследование язвы языка путем отпечатка
- В) УЗ – исследование опухоли
- Г) компьютерная томография

019. ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ

- А) при глубоком залегании опухоли
- Б) при поверхностном расположении опухоли
- В) при распаде опухоли
- Г) в случае риска возникновения кровотечения из опухоли

020. К ОРГАНСПЕЦИФИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЯМ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ

- А) амелобластомы
- Б) гемангиомы челюстей
- В) остеобластокластомы
- Г) фибромы

021. КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСЯТСЯ К

- А) опухолеподобным образованиям Б) опухолям В) воспалительным заболеваниями
Г) специфическим воспалительным заболеваниям

022. ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ

- А) эпителиальной злокачественной опухолью Б) травматической язвой
В) папилломой Г) эпулидом

**23. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ НАГНОЗИВШИЕСЯ
ОДОНТОГЕННОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ С**

- А) острым гнойным периоститом челюсти
острым гнойным
Б) лимфаденитом
В) обострением хронического пульпита
Г) острым перикоронитом

024. КАКАЯ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ФОРМ ЛЕЙКОПЛАКИИ ОТНОСИТСЯ К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ

- А) эрозивно-язвенная
Б) Гаппейнера
В) плоская
Г) мягкая

025. БАЗАЛИОМА - ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К

- А) злокачественным новообразованиям Б) доброкачественным новообразованиям
В) опухолеподобным заболеваниям Г) предраковым заболеваниям

026. ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ,

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ

А) тело нижней челюсти Б) мышелковый отросток В) венечный отросток Г) ветвь нижней челюсти

027. «СИМПТОМ ВЕНСАНА» У БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ПОРАЖЕНИЯ В ОБЛАСТИ

А) подбородочного отдела Б) тела нижней челюсти соответственно молярам В) угла нижней челюсти Г) суставного отростка

028. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ ДУГИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

А) западение в области скуловой дуги Б) деформация носа

В) ограничение боковых движений нижней челюсти Г) нарушение кожной чувствительности в подглазничной области

029. ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСОВОГО ХОДА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ

А) повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой Б) травма слизистой носового хода В) повышение внутричерепного давления в результате травмы Г) повреждение лицевой артерии

030. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ БОЛЬ

А) постоянная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти Б) пароксизмальная В) кинжальная в области ВНЧС

Г) приступообразная в причинном зубе, соседних зубах и челюсти

031. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

ВОЗНИКАЕТ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ

А) причинного и соседних зубов Б) резцов, клыков, премоляров и моляров В) в пределах половины челюсти Г) только причинного зуба

032. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

А) подглазничного нерва Б) мягких тканей В) лицевого нерва
Г) третьей ветви тройничного нерва

033. О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А) положительный тест двойного пятна Б) повышение СОЭ в крови В) положительная реакция Вассермана
Г) снижение количества альбуминов в крови

034. НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

А) увеличена Б) уплощена В) уменьшена Г) смещена

035. ПРИЗНАК «ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ» НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПРОСТРАНСТВА

А) субмассетериального Б) поднижнечелюстного В) подподбородочного Г) окологлоточного

036. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

А) болезненная припухлость в поднижнечелюстной области Б) затрудненное открывание рта В) боль в области нижней челюсти Г) боль при глотании

037. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИНИИ

ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) угол челюсти Б) венечный отросток

В) подбородочный отдел Г) ветвь в продольном направлении

038. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ДВУСТОРОННЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

А) кровотечение из щелей перелома челюсти Б) анкилоз ВНЧС В) ложный сустав

Г) нагноение костной раны

039. ВЕНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗИРУЮТ С ВЕНАМИ

А) верхней и нижней венами глазницы Б) верхнего зубного сплетения В) подвисочной ямки Г) полости носа

040. ТИПИЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПОСТИНЬЕКЦИОННОГО АБСЦЕССА

А) крыловидно-нижнечелюстное пространство Б) поднижнечелюстной треугольник В) окологлоточное пространство Г) подглазничная область

041. ПРИ ОДИНОЧНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В БОКОВОМ ОТДЕЛЕ НАБЛЮДАЕТСЯ СМЕЩЕНИЕ ОТЛОМКОВ

А) большого - вниз и в сторону перелома, малого – кверху, кпереди и вовнутрь Б) большого - вниз и кнаружи, малого – кверху, кзади и вовнутрь В) большого - вверх и в сторону, малого – вниз, кпереди и вовнутрь

Г) большого - вниз и в сторону перелома, малого – вниз, кзади и кнаружи

042. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ

ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ В НАПРАВЛЕНИИ

А) книзу и кзади Б) кверху и вперед

В) медиально и вперед Г) латерально и кверху

043. ДЛЯ ДВУХСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА, УГЛОВ, ВЕТВИ И МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТЛОМКА В НАПРАВЛЕНИИ

А) вниз и кзади Б) вниз и кпереди В) вверх и кзади

Г) вверх и кпереди

44. НАЗАЛЬНАЯ ЛИКВОРЕЯ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО

ТИПУ ЛЕ ФОР П ОБУСЛОВЛЕНО СООБЩЕНИЕМ С

А) передней черепной
ямкой

Б) переломом пирамиды височной кости

В) средней черепной
ямкой

задней черепной

) ямкой

45. ПЕРИОСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ХАРАКТЕРНА ЛЯ ИТА СЛЕДУЮЩАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА

А) в увеличении регионарных лимфатических
боль причинном зубе, узлов, отек

мягких тканей лица, сглаженность переходной складки,
гиперемия слизистой

оболочки на уровне причинного зуба

безболезненная деформация тела нижней челюсти, при пальпации

) определяются

плотные, безболезненные участки

В) наличие секвестров на рентгенограмме и свищей в полости рта

цианотичность кожи на стороне поражения, множественные

) свищевые ходы

046. ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ

А) от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков

Б) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва

В) в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва

Г) от резцового возвышения кзади, через твердое и мягкое небо

047. НАЛИЧИЕ У ПОСТРАДАВШЕГО СИМПТОМА «ЛИЦА ПАНДЫ» (ОТЕКА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПАРАОРБИТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ С ОБЕИХ СТОРОН) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

А) перелома верхней челюсти Б) перелома скулоорбитального комплекса

В) изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа» Г) двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов

048. НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО

А) ущемлением нижнелуночкового нерва Б) отеком костного мозга В) сдавлением нерва гематомой

Г) развитием травматического шока

049. ОПУХОЛЬ - ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ

А) пролиферацией собственных клеток организма Б) некрозом тканей

пораженного органа В) секвестрацией костной ткани Г) образованием гнойных метастазов

050. РАК - ЭТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ ТКАНИ

А) эпителиальной Б) фиброзной В) костной Г) жировой

051. МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ – ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ

А) с током лимфы и венозной крови Б) путем прорастания капсулы В) по ходу мышечных волокон Г) по ходу нервных стволов

052. ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО

А) наличие соединительнотканной капсулы Б) инфильтративный рост
В) наличие деаркационного вала
Г) быстрое распространение патологического процесса

053. СПОСОБНОСТЬ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ ИМПЛАНТАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

А) злокачественных опухолей Б) опухолеподобных заболеваний В) доброкачественных опухолей Г) любых опухолей

54. ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКЛОННОСТЬЮ К РОСТУ

- А) экспансивному
- Б) инвазивному
- В) медленному
- Г) быстрому

055. ЧЕМ ВЫШЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ТЕМ

- A) медленнее она растет
-) быстрее она растет
- B) быстрее она метастазирует
- медленнее она
-) изъязвляется

056. В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

- A) хронические одонтогенные очаги Б) секвестры
- B) очаги рентгенопрозрачности различного размера Г) очаги остеосклероза

057. ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ

- A) снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от нее общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
- B) снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от нее внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
- B) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
- Г) снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена

058. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- A) восстановления правильного анатомического положения органа Б)

трахеотомии В) удаления инородного тела Г) коникотомии

059. ВИД АСФИКСИИ, РАЗВИВШИЙСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ЗАКРЫТИЯ ПРОСВЕТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ МЯГКОТКАНЫМ ЛОСКУТОМ

А) клапанная Б) стенотическая

В) дислокационная Г) обтурационная

060. К ИЗВЕСТНЫМ ВИДАМ АСФИКСИЙ ОТНОСЯТ ВСЕ УКАЗАННЫЕ НИЖЕ, КРОМЕ

А) спастической Б) клапанной

В) дислокационной Г) обтурационной

061. ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ

А) вскрытие поднадкостничного абсцесса, удаление причинного зуба, назначение сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн

Б) пункции поднадкостничного абсцесса, создания оттока экссудата через корневые каналы причинного зуба, ротовых ванн

В) вскрытие поднадкостничного абсцесса, назначение антибиотиков, ротовых ванн, УВЧ

Г) удаление причинного зуба, назначение сульфаниламидных и антигистаминных препаратов, ротовых ванн

062. ПРИНЦИП ЛЕЧЕНИЯ ФЛЕГМОН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) вскрытии, дренировании и промывании антисептиками Б) применении местных мазевых повязок и компрессов В) физиотерапевтическом лечении Г) назначении миогимнастики и

механотерапии

**063. ФОКУС ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФЛЕГМОНАХ
ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В**

А) межмышечной клетчатке Б) надкостнице В) коже

Г) мышечной ткани

**064. СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ
ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) медиастенит Б) паротит

В) парез лицевого нерва Г) нервагематома мягких тканей

**065. СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ
ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ**

А) тромбоз синусов головного мозга Б) сиалоаденит

В) повреждение второй ветви тройничного нерва Г) гематома мягких тканей

**066. ФУРУНКУЛ ЩЕКИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ
ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕНЫ**

А) угловой Б) яремной

В) поверхностной височной Г) носолобной

**067. ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ
НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ
НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ**

А) дыхания Б) жевания В) глотания Г) речи

068. АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА В

ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

А) клетчаточные пространства дна полости рта Б) клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника В) толщу языка Г) зачелюстную ямку

069. ТРОМБОФЛЕБИТ V. ANGULARIS ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ОБЛАСТИ

А) верхней губы Б) нижней губы В) височной Г) подбородка

70. ИНФИЦИРОВАНИЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДИТ

А) при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства

Б) от нижних зубов мудрости В) от верхних зубов мудрости

Г) при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонебной ямки

071. ПРИ ИНДИЙСКОМ СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ

А) со лба Б) со щеки В) с шеи Г) с плеча

072. ФИКСАЦИЯ ОТЛОМКОВ ПО ДОНСКОМУ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В

А) области угла со смещением ветви Б) пределах зубного ряда В) центральном отделе

Г) области альвеолярного отростка

073. СВЕЖИЙ СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ ДО 3,0 СМ В ДИАМЕТРЕ СЛЕДУЕТ УСТРАНИТЬ

А) обшиванием краев раны Б) перемещением свободного расщепленного кожного лоскута

В) формированием стебельчатого лоскута Филатова Г) пластикой местными тканями с широкой мобилизацией краев и послойным их ушиванием

074. КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У

А) животного Б) близкого родственника

В) самого пациента Г) трупа

075. ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) артропластике Б) физиотерапии

В) лечебной физкультуре Г) редрессации

076. ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ

А) исключить натяжение перемещенных тканей Б) не ушивать рану наглухо В) не выполнять мобилизацию тканей

Г) минимизировать длину разреза

077. ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ

А) кожи и подкожно-жировой клетчатки Б) расщепленной кожи В) кожи и мышцы Г) кожи, мышцы и кости

078. СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ

А) контурной пластике Б) замещении дефектов кожи В) миопластике Г) хейлопластике

079. ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) при полном отсутствии зубов Б) при частичной адентии В) с дефектом кости Г) с переломом корней зубов

080. ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ

А) ветвей челюсти Б) углов челюсти

В) первых премоляров Г) подбородка

081. НЕПОСРЕДСТВЕННОЕ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) повреждение нижнеальвеолярной артерии Б) слюнной свищ В) ишемия тканей операционной области

Г) парез маргинальной ветви лицевого нерва

082. СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗА ДЕСЕН

А) иссечение пораженных участков Б) диатермокоагуляция очагов поражения

В) изготовление эластичной капы, завышающей прикус Г) закрытый кюретаж

083. ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ

А) спицей Б) минипластинами

В) стальной проволокой Г) бронзово-алюминиевой лигатурой

084. МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ

- А) титана Б) стали В) бронзы
- Г) алюминия

085. ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ПОКАЗАННЫЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШИЙСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ

- А) внеочаговый остеосинтез Б) трансочаговый остеосинтез
- В) остеосинтез на костными конструкциями Г) внутрикостный шов

086. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА

- А) Тигерштедта Б) Порта В) Ванкевич
- Г) гладкая шина-скоба

087. УДАЛЕНИЕ ПАПИЛЛЯРНЫХ РАЗРАСТАНИЙ (ОЧАГОВ ПАПИЛЛОМАТОЗА) НА ТВЕРДОМ НЕБЕ ПРОВОДЯТ ПРИ ПОМОЩИ

- А) электрохирургической петли Б) жидкого азота В) гелий-неонового лазера
- Г) кровоостанавливающего зажима

088. ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ

- А) удаляют обязательно Б) сохраняют обязательно В) шинируют Г) депульпируют

089. ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ В ОБЛАСТИ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЛЕЖАТ

- А) шинированию Б) удалению
- В) депульпированию Г) избирательному пришлифовыванию

090. ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ СПОСОБСТВУЕТ

А) снижению сенсibilизации организма и повышению защитных сил
Б) восстановлению трофических нарушений в костной ткани В) уменьшению
очага поражения в профилактике осложнений Г) формированию секвестров в
более ранние сроки

091. ДРЕНИРОВАНИЕ АБСЦЕССА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДИТСЯ

А) резиновыми полосками Б) марлевыми полосками В) ватными
тампонами Г) бумажными салфетками

092. ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ СИАЛОДЕНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ

А) только после появления очагов размягчения и флюктуации в
области железы Б) при развитии инфильтративных изменений в паренхиме
железы В) после появления гнойного отделяемого из выводного протока
железы Г) при развитии прогрессирующей сухости во рту

093. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ ДРЕНИРОВАНИЯ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

А) разрез слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке Б)
разрез параллельно внутренней поверхности нижней челюсти на уровне
моляров В) разрез со стороны кожи, окаймляющий угол нижней челюсти Г)
разрез со стороны кожи в поднижнечелюстной области

094. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ

А) книзу и кзади Б) кверху и вперед

В) медиально и вперед Г) латерально и кверху

095. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ

- А) медиально и вперед Б) кверху и вперед
- В) книзу и кзади
- Г) латерально и кверху

**096. ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ
СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ
АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ**

- А) книзу и кзади Б) кверху и вперед
- В) медиально и вперед Г) латерально и кверху

**097. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА**

- А) давлением на крючок крыловидного отростка снизу вверх Б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- В) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх Г) скуловые кости снизу вверх

**098. СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА**

- А) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх Б) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх В) скуловые кости снизу вверх
- Г) давлением на крючок крыловидного отростка снизу вверх

99. ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В

- А) неравномерном поражении кожи лица Б) значительной аутоинтоксикации
- В) течении раневого процесса
- Г) быстром развитии гнойно-септических осложнений

100. УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ

А) суббазальном верхней челюсти Б) нижней челюсти

В) суборбитальном верхней челюсти

Г) альвеолярного отростка верхней челюсти

101. ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТЕЙ

А) посттравматический остеомиелит Б) фурункулез

В) рожистое воспаление Г) периостит

102. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома Б) кровотечение из носа

В) разрыв слизистой альвеолярного отростка

Г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

103. ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫЩЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) открытый прикус

Б) кровотечение из носа

В) разрыв слизистой альвеолярного отростка

Г) изменение прикуса моляров со стороны перелома

104. ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ

А) книзу Б) кверху

В) медиально Г) латерально

105. ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ЧЕЛЮСТЕЙ

А) травматический остеомиелит Б) фурункулез

В) рожистое воспаление Г) периостит

106. ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ

А) вторичные деформации лицевого скелета Б) гипосаливация В) телеангиоэктазии

Г) парез ветвей лицевого нерва

107. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) кровотечение Б) пародонтит В) ОРВЗ

Г) потеря сознания

108. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) шок Б) ОРВЗ

В) пародонтит

Г) потеря сознания

109. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) травматический остеомиелит Б) асфиксия В) ОРВЗ

Г) потеря сознания

110. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-

ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) диплопия Б) ОРВЗ В) Асфиксия
- Г) потеря сознания

111. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) слюнные свищи Б) асфиксия В) ОРВЗ
- Г) потеря сознания

112. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава Б) асфиксия В) ОРВЗ
 - Г) потеря сознания
- 18

113. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рубцовая контрактура Б) асфиксия В) ОРВЗ
- Г) потеря сознания

114. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) ложный сустав Б) асфиксия В) ОРВЗ
- Г) потеря сознания

115. ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) травматический верхнечелюстной синусит Б) асфиксия В) ОРВЗ
- Г) потеря сознания

116. ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) очаговое нарушение костеобразования Б) острый пульпит В) перелом челюсти Г) рецидив кисты

117. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

А) острым отитом

Б) острым верхнечелюстной синусит В) околоушным гипергидрозом

Г) переломом верхней челюсти

118. ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

А) флегмоной околоушно-жевательной области Б) острым верхнечелюстным синуситом

В) околоушным гипергидрозом Г) переломом верхней челюсти

121. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С

А) хроническим артритом

Б) полным передним вывихом ВНЧС

В) внутрисуставным переломом головки нижней челюсти Г) острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы

122. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

А) гистологическое Б) радиоизотопное

- В) реакция Вассермана
- Г) динамика тимоловой пробы

123. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА» ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

- А) компьютерная томография Б) радиоизотопное
- В) реакция Вассермана
- Г) биохимический анализ крови

124. К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА ВНЧС ОТНОСИТСЯ

- А) томография ВНЧС Б) миография
- В) аудиометрия
- Г) биохимия крови

125. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

- А) компьютерная томография Б) миография
- В) аудиометрия
- Г) биохимия крови

126. ВИДЫ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) передний Б) средний В) наружный Г) прямой

127. ДИАГНОЗ АРТРИТА ВНЧС СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ

- А) клинико-рентгенологического исследования Б) данных клинического анализа крови В) ЭОД Г) кожных проб

128. К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЯМ ВНЧС ОТНОСИТСЯ

А) туберкулез Б) болезнь Дауна

В) болезнь Менкельсона-Розенталя Г) болезнь Бехтерева²⁰

129. ФОРМА АНКИЛОЗА ВНЧС

А) фиброзный Б) гнойный В) слипчивый

Г) катаральный

130. ФОРМА АНКИЛОЗА ВНЧС

А) костный Б) гнойный В) слипчивый

Г) катаральный

131. ПРИЧИНОЙ ОСТЕОАРТРОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

А) неправильное зубопротезирование Б) сиалоаденит В) употребление парного молока

Г) рубцовые изменения тканей, окружающих нижнюю челюсть

132. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

А) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам Б) шум в ушах

В) нарушение глотания Г) множественный кариес

133. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) патологическая подвижность верхнечелюстных костей Б) головная боль В) носовое кровотечение

Г) патологическая подвижность нижней челюсти

134. ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) патологическая подвижность нижней челюсти Б) носовое кровотечение В) головная боль

Г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

135. СИНОНИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ФОР I

А) отрыв альвеолярного отростка Б) суборбитальный В) суббазальный

Г) отрыв альвеолярной части

136. СИНОНИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ФОР II

А) суборбитальный Б) суббазальный

В) отрыв альвеолярного отростка Г) отрыв альвеолярной части

137. СИНОНИМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ФОР III

А) суббазальный Б) суборбитальный

В) отрыв альвеолярного отростка Г) отрыв альвеолярной части

138. ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА КАК ПРАВИЛО ПРОИСХОДИТ ПРИ

А) суббазальном переломе верхней челюсти Б) отрыве альвеолярного отростка

В) суборбитальном переломе верхней челюсти Г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти

139. НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ КАК ПРАВИЛО ПРОИСХОДИТ ПРИ

А) суббазальном переломе верхней челюсти Б) отрыве альвеолярного отростка

В) суборбитальном переломе верхней челюсти Г) отрыве альвеолярной части нижней челюсти

**140. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА
ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) ликворея
- Б) кровотечение из носа

В) патологическая подвижность нижней челюсти Г) патологическая подвижность верхней челюсти

141. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

А) патологическая подвижность костей носа, деформация Б) подкожная эмфизема, кровотечение

В) затруднение носового дыхания, гематома Г) деформация носа, гематома

142. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ

А) уплощение скуловой области, диплопия Б) гематома скуловой области

- В) кровоизлияние в нижнее веко
- Г) кровотечение из носа, головокружение

143. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ

А) "симптом ступени", диплопия

Б) деформация носа, гематома В) гематома скуловой области Г) кровоизлияние в нижнее веко

**144. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ
КОСТИ**

А) симптом "ступени", затрудненное открывание рта Б) деформация носа, гематома

- В) кровоизлияние в нижнее веко
- Г) кровотечение из носа, головокружение

145. ПРИЧИНА ЗАТРУДНЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ

А) смещение отломков Б) гематома

В) воспалительная реакция Г) травма жевательных мышц

146. ПРИЧИНА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ

А) смещение глазного яблока Б) воспалительная реакция В) травма глазного яблока

Г) травма зрительного нерва

147. ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

А) поверхностный эпидермис Б) кожа и подлежащие ткани В) все слои эпидермиса

Г) поверхностный эпидермис и капилляры

148. ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

А) поверхностный эпидермис и капилляры Б) кожа и подлежащие ткани

В) поверхностный эпидермис Г) все слои эпидермиса

149. ПРИ ОЖОГЕ III(а) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

А) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи Б) кожа и подлежащие ткани

В) поверхностный эпидермис

Г) поверхностный эпидермис и капилляры

150. ПРИ ОЖОГЕ III(б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

А) все слои эпидермиса

Б) кожа и подлежащие ткани В) поверхностный эпидермис

Г) поверхностный эпидермис и капилляры

151. ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ

А) кожа и подлежащие ткани Б) поверхностный эпидермис

В) поверхностный эпидермис и капилляры

Г) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

152. АСФИКСИЯ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ

А) обтурационная Б) стенотическая В) клапанная

Г) аспирационная

153. АСФИКСИЯ ОТ СДАВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ

А) стенотическая Б) клапанная

В) обтурационная Г) аспирационная

154. АСФИКСИЯ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЕННЫМИ ПОВРЕЖДЕННЫМИ ОРГАНАМИ

А) дислокационная Б) стенотическая В) обтурационная Г) аспирационная

155. АСФИКСИЯ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ВДЫХАНИЕМ ЖИДКОГО РАНЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТНЫХ МАСС

А) аспирационная Б) стенотическая В) обтурационная Г) дислокационная

156. АСФИКСИЯ ОТ ЧАСТИЧНОГО И ПЕРИОДИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЕННЫМИ ТКАНЯМИ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА

А) клапанная Б) стенотическая

В) обтурационная Г) аспирационная

157. ПРИЧИНОЙ ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

А) сдавление сосудистой ножки гематомой Б) раннее снятие швов

В) сукровичное отделяемое по дренажу в послеоперационном периоде
Г) позднее снятие швов

158. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИИ ПОВРЕЖДЕНИЯ

А) II ветви тройничного нерва Б) I ветви тройничного нерва В) III ветви тройничного нерва Г) лицевого нерва

159. СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ

А) вниз Б) вверх

В) кпереди Г) кзади

160. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

А) деформации в области скуловой кости Б) уплотнения кожи

В) более спастического характера Г) гиперемия кожи

161. ДВУХСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВЫХ КОСТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

А) синдроме гемифациальной микросомии Б) синдроме Гольденхара В) синдроме Франческетти Г) синдром Пьера-Робина

162. ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ

- А) синдроме Гольденхара Б) тетраде Фалло В) синдром Пьера-Робина
- Г) врожденный черепно-ключичный дизостоз

163. НАИБОЛЬШИМ ИЗМЕНЕНИЯМИ ПРИ СИНДРОМЕ ФРАНЧЕСКЕТТИ ПОДВЕРГАЮТСЯ

- А) скуловая кость, скуловой отросток и нижняя челюсть Б) скуловая кость В) скуловая кость и верхняя челюсть
- Г) скуловая кость и нижняя челюсть

164. К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЪЕМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А) саркома Б) травматическое поражение
- В) радикулярная киста Г) капиллярная гемангиома

165. К УМЕНЬШЕНИЮ ОБЪЕМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ

- А) травматическое поражение Б) микрогения В) радикулярная киста
- Г) капиллярная гемангиома

166. ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

- А) смещение костей спинки носа Б) подкожная эмфизема
- В) затруднение носового дыхания Г) гематома

167. СИМПТОМЫ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА

- А) кровотечение из носовых ходов, смещение костей спинки носа Б) подкожная эмфизема, гематома В) гематома, затруднение носового дыхания
- Г) кровотечение из носовых ходов, гематома

168. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ЯВЛЯЕТСЯ

А) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС Б) артрит ВНЧС

В) нижняя макрогнатия

Г) снижение высоты прикуса

169. ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) снижение высоты суставного бугорка Б) артрит ВНЧС

В) нижняя макрогнатия

Г) снижение высоты прикуса

170. ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) невозможность сомкнуть зубы Б) слезотечение

В) снижение высоты прикуса Г) заложенность в ухе

171. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АРТРИТА ВНЧС В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ

А) боль, ограничение открывания рта Б) тризм жевательных мышц

В) околоушный гипергидроз

Г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС

172. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

А) стойкое ограничение подвижности нижней челюсти Б) шум в ушах

В) нарушение глотания Г) множественный кариес

173. ПРИ РАЗВИТИИ АНКИЛОЗА ВНЧС В ДЕТСТВЕ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ

А) с началом интенсивного роста костей лица Б) спустя 6 месяцев от

начала заболевания В) спустя 12 месяцев от начала заболевания Г) после начала лечения

174. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

А) ограничение открывание рта Б) верхняя макрогнатия

В) снижение высоты прикуса Г) укорочение ветвей нижней челюсти

175. СУСТАВНОЙ ШУМ – РАННИЙ ПРИЗНАК

А) артроза Б) артрита

В) мастоидита Г) вывиха

26

176. ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТИТАХ ПРОИСХОДИТ

А) разволокнение и некроз хряща Б) набухание диска

В) увеличение синовиальной жидкости Г) растяжение капсулы

177. СКЛЕРОЗ ГУБЧАТОЙ КОСТИ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

А) синдроме болевой дисфункции ВНЧС Б) хроническом артрите

В) флегмонах околоушно-жевательной области Г) склерозирующем остеоартрозе

178. ОДНИМ ИЗ ХАРАКТЕРНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

А) затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающаяся при движениях нижней челюсти

Б) парез мимической мускулатуры В) покраснение и припухлость в

околоушно-жевательной области Г) невозможность открыть рот

**179. ОСНОВНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС**

А) ограничение открывания рта, девиация, хруст в суставе Б) боль, припухлость В) полное отсутствие движений в суставе Г) деформация лица

180. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

А) резкое ограничение подвижности нижней челюсти Б) нарушение глотания

- В) множественный кариес
- Г) выраженный болевой симптом

**181. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ
ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

А) смещение нижней челюсти в здоровую сторону Б) нарушение глотания

- В) множественный кариес
- Г) выраженный болевой симптом

**182. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ
ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
- Б) нарушение глотания В) множественный кариес
- Г) выраженный болевой симптом

**183. ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ
ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

- А) полное отсутствие движений нижней челюсти Б) шум в ушах
- В) нарушение глотания Г) множественный кариес

184. ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

А) профилем "птичьего" лица Б) нижней макрогнатией

В) верхней микрогнатией Г) верхней ретрогнатией

185. КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА

А) синий лоскут Б) красный лоскут В) розовый лоскут Г) черный лоскут

186. О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ

А) положительный тест двойного пятна Б) положительная реакция Вассермана В) симптом Малевича

Г) снижение количества альбуминов в крови

187. МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ

А) ультразвуковая доплерография Б) контрастная ангиография В) ортопантограмма Г) сцинтиграфия

188. ИССЛЕДОВАНИЕ, КОТОРОЕ ПРОВОДИТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В ОБЛАСТИ ГОЛЕНИ

А) ангиография Б) магнитно-ядерная томография В) сцинтиграфия

Г) компьютерная томография

189. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) рентгенография Б) биопсия В) ЭОД

Г) радиоизотопное

190. КОНТРОЛЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ

А) доплерографии Б) компьютерной томографии В) ангиографии Г) сиалогграфии

191. МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО

А) стериолитографической модели Б) панорамной рентгенограмме В) ортопантограмме Г) обзорной рентгенограмме

192. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО

А) компьютерной томограмме Б) ортопантограмме В) панорамной рентгенограмме
Г) боковой рентгенограмме нижней челюсти

193. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ

А) рентгенография Б) биопсия В) ЭОД

Г) радиоизотопное

194. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕМАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ

А) компьютерная томография Б) цитологическое

В) радиоизотопное Г) биохимическое

195. ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФИБРОЗНОЙ

ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРНА КАРТИНА

- А) очаг затемнения с нечеткими границами в области образования
- Б) в виде "тающего сахара"
- В) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- Г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

196. ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ

- А) остеоартроза Б) острого неспецифического артрита
- В) синдрома болевой дисфункции Г) вывиха ВНЧС

197. ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

- А) деформация головки мыщелкового отростка Б) смещение суставной головки В) расширение суставной щели Г) отсутствие суставной щели

198. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХА-РАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) сплошным костным конгломератом Б) прерывистой суставной щелью
- В) четко контурируемыми элементами суставных структур Г) зоной склероза суставной головки

199. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) нарушение прикуса, боль, припухлость Б) боль, сухость во рту, кровоподтеки В) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха Г) общее недомогание, головная боль

200. ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ

ЧЕЛЮСТИ

А) нарушение прикуса, боль, припухлость Б) боль, сухость во рту, кровоподтеки В) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха Г) общее недомогание, головная боль

201. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ

А) уменьшена Б) деформирована В) увеличена Г) не изменена

202. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ

А) увеличена Б) уменьшена

В) деформирована Г) несимметрична

203. СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ

А) уплощена Б) уменьшена В) увеличена

Г) несимметрична

204. КОСМЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ

А) недоразвитие Б) смещение кзади

В) чрезмерное развитие Г) несимметрична

205. КОСМЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ

А) чрезмерное развитие Б) смещение кзади В) недоразвитие Г) несимметрична

206. АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ

- А) смещение кзади Б) недоразвитие В) без нарушений
- Г) чрезмерное развитие

207. РАСЧЕТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- А) телерентгенограмме Б) ортопантограмме
- В) панорамной рентгенограмме Г) компьютерной томограмме

208. РАСЧЕТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ

- А) ортодонт Б) ортопед В) терапевт
- Г) хирург

209. РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО

- А) артикулятору и телерентгенограмме Б) ортопантограмме В) компьютерной томограмме
- Г) панорамной рентгенограмме

210. РАСЧЕТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ

- А) ортодонт Б) ортопед
- В) челюстно-лицевой хирург Г) терапевт

211. МЕТОД ФИЗИОТЕРАПИИ НАПРАВЛЕННЫЙ НА УСКОРЕНИЕ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ

- А) ультрафонофарез с метилурацилом Б) парафинотерапия
- В) электорофарез с лидазой Г) массаж

212. ПРИ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОЕ

ВМЕШАТЕЛЬСТВО МОЖНО ПРОВОДИТЬ В ПЕРИОД

А) мнимого благополучия Б) любой период

В) первичных реакций

Г) восстановительный период

213. "ТРУБОЧНЫМ" СТОЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ

А) протертое гомогенное питание Б) диета при ксеростомии

В) диета после резекции желудка Г) диета при заболеваниях ЖКТ

214. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ

А) физиотерапию Б) массаж

В) СВЧ гипертермию Г) криотерапию

215. ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

А) физиотерапия Б) криотерапия В) гидромассаж

Г) электрокоагуляция

216. ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ

А) ГБО-терапия Б) криотерапия В) гидромассаж

Г) электрокоагуляция

217. ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ

А) гиперпигментации

Б) грубых рубцовых изменениях

В) рубцовых изменениях слизистой оболочки Г) образовании келлоидного рубца

**218. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО
КОЖНОГО ЛОСКУТА
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ**

- А) ГБО-терапия Б) криотерапия В) гидромассаж
- Г) электрокоагуляция

**219. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО
КОЖНОГО ЛОСКУТА
В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ**

- А) физиотерапия Б) гидромассаж В) криотерапия Г) химиотерапия

**220. РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ
ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВОСНАБЖЕНИЯ
РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА**

- А) 5-е сутки Б) 2-е сутки В) 3-е сутки Г) 4-е сутки

**221. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ
ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ**

- А) ГБО-терапию Б) криотерапию В) химиотерапию
- Г) детоксинационную терапию

**222. ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ
ЧЕЛЮСТИ**

- А) трубочный стол Б) 15 стол В) 9 стол Г) 1 стол

**223. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ
ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ**

- А) несколько часов после операции или на следующий день Б) 4 дня В) 5 дней Г) 7 дней

**224. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ
ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ**

А) ГБО-терапию Б) криотерапию

В) гормонотерапию

Г) химиотерапию

225. ПИТАНИЕ ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗНАЧАЮТ

А) стол - трубочный Б) стол - 15 В) стол - 9

Г) стол - 2-ой челюстной

226. ДИЕТА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ

А) стол трубочный Б) стол 1 В) стол 15 Г) стол 9

227. ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ

А) 1 раз в неделю Б) 1 раз в месяц В) ежедневно

Г) 3 раза в месяц

228. РАСТВОР ДЛЯ ТУАЛЕТА ПОЛОСТИ РТА

А) раствор марганцовокислого калия Б) 40% глюкоза

В) раствор Рингера Г) альбумин

229. РАСТВОР ДЛЯ ТУАЛЕТА ПОЛОСТИ РТА

А) раствор диоксида

Б) раствор Рингера

В) 40% глюкоза

Г) альбумин

**230. ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ
ОСТЕОТРОПНЫЕ
АНТИБИОТИКИ**

А) линкомицин

Б) олететрин

В) пенициллин Г) тетрациклин

**231. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ
НОСА УСТРАНЯЮТ**

А) остеотомией костей носа Б) мануальным вправлением В)
тампонадой носа
Г) наложением повязки из коллодия

**232. ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ
НОСА УСТРАНЯЮТ**

А) контурной пластикой

Б) мануальным вправлением В) тампонадой носа

Г) наложением повязки из коллодия

**233. СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ
ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ
ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ**

А) контурная пластика

Б) остеотомия скуловой кости В) радикальная гайморотомия Г)
репозиция отломков

**234. ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ
ИСПОЛЬЗУЮТ**

А) дермабразию Б) массаж

В) СВЧ гипертермию Г) криотерапию

**235. ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ КОЖИ И
ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ**

А) деэпидермизации Б) гидромассажа

В) физиотерапия Г) криотерапии

236. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) остеосинтез по Макиенко Б) метод Адамса В) дуга Энгля

Г) наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

237. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) лобно-челюстной остеосинтез Б) метод Адамса В) дуга Энгля

Г) наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

238. ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ

А) спицей Б) минипластинами

В) стальной проволокой

Г) бронзо-алюминиевой лигатурой

239. МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ

А) титановыми винтами Б) спицей

В) шурупами

Г) проволочной лигатурой

240. РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

А) элеватором Волкова Б) крючком Лимберга В) прямым элеватором Г) носовым зеркалом

241. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЕЕ В

ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ

А) радикальная гайморотомия с репозицией отломков Б) остеотомия верхней челюсти

В) гайморотомия с репозицией отломков Г) радикальная гайморотомия

242. ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ

А) 48 часов Б) 24 часа В) 8-12 часов Г) 8 суток

243. ПОЗДНИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ ТРАВМАХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ

А) с началом формирования рубца Б) после эпителизации раны

В) на 4-5 сутки

Г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

244. ВТОРИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ

А) медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

Б) отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций В) эпителизации раны

Г) на 4-5 сутки

45. ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ

А) репозиция скуловой кости

) остеотомия верхней челюсти

В) верхнечелюстная синусотомия с репозицией

ОТЛОМКОВ

радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией

) ОТЛОМКОВ

246. ОТСРОЧЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица

Б) остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания В) первичной хирургической обработке раны

Г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

247. ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ

А) после отторжения струпа и развития грануляций Б) как можно раньше

В) на 5 сутки после ожога Г) с момента эпителизации

248. МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ

А) встречных треугольных Б) на питающей ножке В) на сосудистом анастомозе

Г) свободных кожных лоскутов

249. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ

А) Лимберга Б) Миларда В) Седилло Г) Аббе

250. ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ

А) смена диагоналей Б) смена шовного материала В) смена катетов

Г) расхождение краев раны

251. ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ

А) расхождение краев раны Б) смена шовного материала В) смена краев раны Г) смена катетов

252. НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫЙ ЛОСКУТ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ

А) меньший с острым углом Б) меньший с тупым углом В) больший с тупым углом Г) меньший с прямым углом

253. МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

А) послойным ушиванием раны без мобилизации краев Б) мобилизация краев раны с фиксацией пластырем В) наложение только погружных швов

Г) наложение только разгружающих швов

254. ПЛАСТИКУ ДЕФЕКТОВ ВЕРХНЕЙ ИЛИ НИЖНЕЙ ГУБ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ С НОСОГУБНЫХ СКЛАДОК ИСПОЛЬЗУЮТ ПО МЕТОДУ

А) Иозефа Б) Сулова В) Рауэра Г) Лимберга

255. ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ

А) отсутствие натяжения в краях раны Б) недопустима мобилизация тканей

В) длина разреза должна быть минимальной Г) хороший гемостаз

256. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ

А) одинаково в обе стороны Б) прирост не происходит

В) равномерно в сторону больших углов Г) равномерно в сторону дополнительных разрезов

257. ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ

А) у вершины большего угла Б) у основания большего угла В) у вершины малого угла Г) у основания меньшего угла

258. УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ

А) у основания меньшего угла Б) у основания большего угла В) у вершины большего угла Г) у вершины малого угла

259. ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА

А) лоскутами на ножке

Б) мобилизация краев раны В) треугольными лоскутами Г) пересадка свободной кожи

260. ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ С

А) лобной ОЮЛАСТИ Б) шеи В) щечной области

Г) губо-щечной складки

261. ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

А) обезболивание Б) разрез

В) определение показаний

Г) планирование вмешательства

262. ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ

А) планирование Б) разрез

В) обезболивание

Г) определение показаний

263. РАЗЛИЧАЮТ НЕСКОЛЬКО ВИДОВ ЛОСКУТОВ НА НОЖКЕ

А) опрокидывающийся Б) на трех питающих ножках

В) дезэпидермизированный Г) деваскуляризированный

264. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ НЕСКВОЗНЫХ ДЕФЕКТОВ ГУБ У МУЖЧИН

А) Лексера Б) Крайля В) Аббе

Г) Диффенбах

265. МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ

А) Лимберга Б) Лексера В) Седилло Г) Крайля

266. КОРРЕГИРУЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ И УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРОВОДИТСЯ ПО МЕТОДИКЕ

А) Аббе

Б) Миларда

В) Лапчинского Г) Шимановского

267. ОСНОВНЫМИ ЗАДАЧАМИ ПЛАСТИКИ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ УСТРАНЕНИЕ

А) дефекта губы и деформации крыла носа Б) рубцовой деформации

В) искривления перегородки носа Г) выворота крыла носа

268. ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) узловым швом

Б) непрерывным швом В) гипсовой повязкой

Г) разгрузочными швами

**269. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ
ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ**

А) подподбородочной области Б) теменной области В) затылочной области Г) лобной области

**270. МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ
ТКАНЕЙ**

А) теменной области Б) затылочной области

В) подподбородочной области Г) лобной области

**271. МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ
БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН**

А) Шимановским Б) Рауэром В) Диффенбахом Г) Лимбергом

**272. МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА
ПРЕДЛОЖЕН**

А) Рауэром Б) Брунсом

В) Диффенбахом Г) Лимбергом

**273. ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ
НА**

А) плече и груди Б) плече и животе В) груди и животе Г) груди и шее

**274. ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА
НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ**

А) на волосистой части головы Б) в заушной области В) в лобной области

Г) в области губо-щечной складки

275. СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) в три четверти толщины Б) расщепленным
- В) тонким дермоэпителиальным
- Г) полнослойной кожей без клетчатки

276. СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ

- А) пересадка кожного аутотрансплантата Б) перенос кожи стебельчатого лоскута
- В) перемещение кожного лоскута на ножке
- Г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

277. СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ НА РАНЕ

- А) узловыми швами Б) давящей повязкой
- В) узловыми швами и давящей повязкой
- Г) парафиновой повязкой

278. ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ

- А) боковой шеи Б) тыла стопы
- В) наружной бедра Г) передней живота

279. МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯТ НЕ БОЛЕЕ

- А) 6 см Б) 3 см В) 4 см Г) 2 см

280. ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

- А) мышцы Б) кость В) хрящ

Г) титановые минипластины

281. ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

А) 1-1.5 года Б) 1-2 месяца В) 3-4 месяца Г) 6-8 месяцев

282. СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ

А) завершением образования костной мозоли Б) завершением формирования рубцов

В) завершением формирования сосудов Г) восстановлением иннервации

283. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ

А) гребешка подвздошной кости Б) костей стопы

В) бедренной кости Г) ключицы

284. НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМИ МЕСТАМИ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЮТСЯ

А) внутренняя поверхность плеча Б) передняя поверхность живота В) задняя поверхность шеи Г) кожа предплечья

285. СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ

А) пересадка кожного ауто трансплантата Б) перенос кожи стебельчатого лоскута

В) перемещение кожного лоскута на ножке

Г) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

286. СКУЛОВУЮ КОСТЬ ФИКСИРУЮТ

А) минипластинами Б) винтами

В) проволочной лигатурой Г) брекетами

**287. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕПОЗИЦИИ
ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

А) тампоном, пропитанным йодоформом Б) коллодийной повязкой В)
пластмассовым вкладышем

Г) наружными швами

**288. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕПОЗИЦИИ
КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**

А) заклиниванием между отломками Б) коллодийной повязкой В)
пластмассовым вкладышем

Г) тампоном, пропитанным йодоформом

**289. ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ
ЙОДОФОРМНЫМ ТАМПОНОМ КОНЕЦ ЕГО ВЫВОДИТСЯ
ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ**

А) в области бугра верхней челюсти Б) по переходной складке

В) в скуловой области Г) в области нижнего носового хода

**290. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ
РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА**

А) костно-хрящевой части носа Б) кожной части носа В) хрящевой
части носа Г) костной части носа

**291. УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОГО НОСА ПРОВОДИТСЯ
ПУТЕМ**

А) введение хрящевого трансплантата Б) сшивания четырехугольных
хрящей В) введение костного трансплантата Г) сшивания крыльных хрящей

**292. ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ
СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА**

А) наружный разрез в области боковых отделов носа с двух сторон Б) наружный разрез на кончике носа В) поперечный разрез у основания спинки носа Г) разрез в виде «ласточкиного хвоста»

293. ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ

А) от 1.6 до 2.6 Б) от 1.3 до 2.3 В) от 1.4 до 2.4
Г) от бугра до 4.5

294. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО

А) ФОР I
Б) ФОР II и срединному шву В) ФОР III
Г) ФОР IV

295. ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО

А) ФОР I и срединному шву Б) ФОР II
В) ФОР III Г) ФОР I

296. ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ

А) 1.5: 2.5 Б) 1.3: 2.3 В) 1.2: 2.2 Г) 3.5: 4.5

297. ПРИ РЕТРО ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ

А) вперед Б) вверх В) назад Г) вправо

298. СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) не удаляется Б) удаляется частично, в области дна

В) удаляется полностью Г) удаляется частично, в области медиальной стенки носа

299. ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ

А) скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия Б) скулоальвеолярного гребня с двух сторон В) скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон Г) бугров

300. ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ПРОВОДИТСЯ

А) частичная резекция верхней челюсти Б) резекция верхней челюсти В) половинная резекция верхней челюсти

Г) химиотерапия

301. ДОСТУП ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) внутриротовой Б) по Евдокимову В) по Рудько Г) по Диффенбаху

302. ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРотовым СПОСОБОМ ПРОВОДИТСЯ ПО

А) Обвегезору Б) Тигершедту В) Евдокимову Г) Рудько

303. АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЕРУТ ИЗ

А) малой берцовой кости Б) бедренной кости В) точка стопы Г) ключицы

304. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) рассечение и иссечение рубцов с последующей пластикой операционных дефектов Б) иссечении рубцов В) рассечении рубцов

Г) вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти

**305. ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

А) артропластике Б) редрессации

В) остеотомии нижней челюсти Г) создании ложного сустава

**306. ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ
ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

А) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой Б)
остеосинтез

В) аппарат Збаржа Г) дуга Энгля

**307. ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

А) метод Адамса Б) остеосинтез В) дуга Энгля

Г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

**308. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ
ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА**

А) Порта

Б) Ванкевич

В) Тигерштедта Г) Збаржа

**309. ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ПРИ БЕЗЗУБОЙ
ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА**

А) Порта

Б) Ванкевич

В) Тигерштедта Г) Збаржа

310. МЕТОД ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА

А) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия Б) пращевидная повязка

В) тампонада носовых ходов Г) остеосинтез

311. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

А) крючок Лимберга Б) распатор

В) зажим Кохера

Г) крючок Фарабефа

312. ДОСТУП ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА

А) внутриротовой Б) внеротовой

В) наружный Г) внутренний

313. ДОСТУП ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА

А) внеротовой

Б) внутриротовой В) наружный Г) внуртенний

314. ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ, ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

А) тампоном пропитанным йодоформом Б) коллодийной повязкой В) пластмассовым вкладышем

Г) наружными швами

315. ПОСЛЕ ФИКСАЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЙОДОФОРМНЫМ ТАМПОНОМ КОНЕЦ ЕГО ВЫВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ

ОТВЕРСТИЕ

- А) в области нижнего носового хода Б) по переходной складке
- В) в области бугра верхней челюсти Г) в скуловой области

316. РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 24 часов Б) 8-12 часов В) 48 часов Г) 72 часов

317. ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ

- А) 24-48 часов Б) 8-12 часов В) 3 суток Г) 8 суток

318. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

- А) противостолбнячная сыворотка Б) антирабическая сыворотка
- В) стафилококковый анатоксин
- Г) гамма-глобулин

319. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ

- А) ранней и окончательной Б) частичной и ранней
- В) своевременной и частичной Г) частичной и поздней

320. ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЕ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- А) заклиниванием между отломками Б) наружными швами
- В) пластмассовым вкладышем
- Г) тампоном, пропитанным йодоформом

321. СРОЧНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В

А) первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

Б) лечении осложнений воспалительного характера В) иммобилизации переломов костей лица

Г) остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания

322. ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ОЖОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

А) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка

Б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога В) иссечение обожженной кожи Г) наложение асептической повязки

323. РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ

А) элеватором Волкова Б) крючком Лимберга В) прямым элеватором Г) носовым зеркалом

324. ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТТЯГИВАНИЕ

А) челюсти книзу Б) челюсти в сторону В) челюсти вверх

Г) челюсти в сторону вывиха

325. БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЕТ НА

А) моляры справа и слева или альвеолярные отростки Б) углы нижней челюсти

В) фронтальную группу зубов Г) моляры верхней челюсти

326. ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО

А) вправление головки в суставную впадину Б) иммобилизация

В) резекция суставного бугорка

Г) прошивание суставной капсулы

327. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А) анатомической форме Б) восприятию со стороны окружающих

В) общему состоянию больного Г) адекватности восприятия лечения

328. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А) функции Б) восприятию со стороны окружающих

В) общему состоянию больного Г) адекватности восприятия лечения

329. ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ

А) вторичные деформации лицевого скелета Б) гипосаливация В) телеангиоэктазии

Г) парез ветвей лицевого нерва

330. ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ

А) 7-10 сутки Б) 2-3 сутки В) 3-5 сутки Г) 12-15 сутки

331. ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

А) комплексное Б) хирургическое В) консервативное

Г) физиотерапевтическое

**332. ЭКСТРЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

А) остановке кровотечения, улучшения функции внешнего дыхания Б)
лечении осложнений воспалительного характера, окончательной

иммобилизации переломов костей лица В) первичной хирургической
обработке раны

Г) временной или окончательной иммобилизации переломов костей
лица

**333. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ
АСФИКСИИ**

А) трахеотомия

Б) введение воздуховода

В) удаление инородного тела

Г) восстановление анатомического положения органа

**334. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ
АСФИКСИИ**

А) восстановление анатомического положения органа Б) введение
воздуховода

В) удаление инородного тела Г) трахеотомия

**335. ОСНОВНОЙ ЭТАП ОПЕРАЦИИ ТРАХЕОТОМИИ
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

А) иссечении участка колец трахеи Б) разведении колец трахеи

В) раздвижении мягких тканей над трахеей Г) рассечение кожи над
трахеей

**336. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК
ПРОШИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ**

- А) горизонтально
- Б) под углом к средней линии
- В) вертикально по средней линии
- Г) под углом к боковой поверхности языка

337. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ

- А) на границе задней и средней трети Б) в передней трети
- В) по средней линии Г) у корня

338. ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) общее (наркоз) Б) местное
- В) нейролептаналгезия Г) комбинированное

339. ВИД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) общее (наркоз) Б) комбинированное В) местное
- Г) нейролептаналгезия

340. ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

- А) по Дубову
- Б) наркоз
- В) нейролептаналгезия
- Г) сочетанное

341. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- А) рефлекторная контрактура жевательных мышц Б) привычный вывих
- В) выраженная гиперсаливация Г) деформация ветви челюсти

342. МЕТОД ФИЗИОТЕРАПИИ НАПРАВЛЕННЫЙ НА УСКОРЕНИЕ КОНСОЛИДАЦИИ ОТЛОМКОВ В ПЕРВЫЕ ДНИ ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ

- А) ультрафонофарез с метилурацилом Б) парафинотерапия
- В) электорофарез с лидазой Г) массаж

343. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО АРТРИТА ВНЧС ВКЛЮЧАЕТ

- А) физиотерапию Б) редрессацию В) артропластику
- Г) создание ложного сустава

344. СТИМУЛИРУЕТ ЭПИТЕЛИЗАЦИЮ РАНЫ

- А) солкосерил Б) коргликон
- В) эмульсия синтомицина
- Г) триметилдифтор параамин

345. ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЕ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ

- А) элеватор Карапетяна Б) распатор
- В) зажим Кохера
- Г) крючок Фарабефа

346. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО

ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ

- А) наложение трахеостомы Б) введение воздуховода
- В) наложение бимаксиллярных шин Г) прошивание и выведение языка

347. СВОБОДНОЕ ДЫХАНИЕ ПОСЛЕ ЭКСТУБАЦИИ

ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

А) введением воздуховода Б) трахеостомией

В) прошиванием и выведением языка Г) поворотом головы пациента

348. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А) отсутствие рецидива Б) объем опухоли

В) вид первичной опухоли

Г) характер метастазирования

349. В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕ-ЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ВХОДЯТ

А) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС Б) химиотерапия, иглотерапия

В) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация

Г) физиотерапия, резекция мышечкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС

350. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО

А) эстетической гармонии

Б) восприятию со стороны окружающих

В) общему состоянию больного

Г) адекватности восприятия лечения

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Классификация неогнестрельных переломов нижней и верхней челюстей.

2. Общие закономерности раневого процесса.

3. Механизмы смещения отломков, их характер.

Ситуативные задачи

Задача .

Пациентка К., 27 лет, жалобы: на сильную пульсирующую боль в зубах верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 13 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C. При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован,

1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 13 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.1, 1.2,

1.4, 1.5 зубам нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.

5. Какие целесообразно назначить антибиотики?

Ответы

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 13 зуба.

2. При гнойно- некротическом процессе в кости происходит гнойная инфильтрация надкостницы с двух сторон.

3. Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.3 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.3. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

4.1) сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти с двух сторон, дренировать раны.

2) удалить 13 зуб

3) провести дезинтоксикационную, антибактериальную, антигистаминную терапия

4) ежедневная обработка ран в полости рта растворами антисептиков

5. «Амоксиклав» 600 мг в\м x 2р\сут; или «Линкомицина гидрохлорид» 30% 1,0 в\м x 3р\сут - 14 дней

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Вопросы к зачету:

1. Особенности операций на лице и в полости рта. Инструментарий, особенности разрезов, виды швов.

2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика лечение острых лимфаденитов челюстно-лицевой области. Аденофлегмона. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области.

3. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Фурункул, карбункул лица и шеи. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Этиология, патогенез фурункула лица и шеи. Особенности хирургического и патогенетического лечения фурункулов челюстно-лицевой области. Профилактика осложнений.

4. Пути распространения инфекции. Особенности распространения воспаления из носо-губного треугольника, других областей лица. Архитектоника вен лица. Флебиты поверхностных и глубоких вен лица. Особенности диагностики лечения. Патогенез тромбоза кавернозного синуса.

5. Хирургическое лечение флегмон лица и шеи. Значение выбора оперативного доступа. Принципы разрезов на лице. Оперативные доступы к подчелюстному, окологлоточному, крыловидно-челюстному,

подмассетериальным пространствам. Варианты разрезов в области виска, глазницы. (работа по схеме Рудько)

6. . Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.

7. Флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

8. Менингит, парез, паралич глазодвигательного и лицевого нервов). Токсический отек оболочек головного мозга. Этиология, патогенез. Лечение, осложнения.

9. .Флегмоны подподбородочного пространства, дна полости рта. Топографическая анатомия.

10. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

10.Флегмоны околоушно-жевательного пространства, Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекций, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

11.Флегмоны подмассетериального, позадичелюстного пространств, окологлоточного, крыловидно-челюстного пространств. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

12.Флегмоны крылонебной, подвисочной ямок. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

13.Флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

14.Флегмона глазницы. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

15.Абсцессы и флегмоны инфраорбитальной, скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

16.Абсцессы и флегмоны скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

17. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Клиника. Принципы раскрытия при анаэробных флегмонах. Особенности

антибактериальной терапии. Дезинтоксикационная терапия. Физиолечение.

18.. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

19. Специфические воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области (туберкулез, сифилис). 20. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области: одонтогенный сепсис, тромбоз кавернозного синуса, менингит, одонтогенный медиастинит. 21. Особенности ранений челюстно-лицевой области. Классификация повреждений челюстнолицевой области. Повреждения мягких тканей лица. Первичная хирургическая обработка ран лица. Виды остановки кровотечения. Профилактика столбняка.

22. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. 23. Клиническая характеристика переломов нижней челюсти в зависимости от локализации. Типичные места переломов. Механизм смещения отломков. Рентгенологическая диагностика переломов нижней челюсти. Виды транспортной иммобилизации отломков.

24. Ортопедические методы лечения переломов нижней челюсти. Система гнутых, проволочных шин, показания к применению, техника наложения шин. Стандартные ленточные и проволочные шины. Шины лабораторного типа.

25. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика. Методы репозиции и фиксации скуловой кости. Лечение переломов скуловой кости при внедрении осколков в верхнечелюстную пазуху.

26. Особенности огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области. Классификация огнестрельных повреждений челюстей.

27. Аппаратный метод лечения при переломах верхней челюсти. Классификация аппаратов.

Показания и противопоказания. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

28. Переломы костей средней зоны лица. Классификации. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти. Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым креплением к гипсовой шапочке.

29. Вывихи височно-нижнечелюстного сустава. Классификация. Способы вправления нижней челюсти. Лечение привычного вывиха. 52. Хирургические методы лечения при переломах нижней челюсти.

Остеосинтез костным швом, остеосинтез по Макиенко, применение на костных минипластин. Сроки заживления. Медикаментозная терапия. Препараты, влияющие на обмен костной ткани. Физиолечение при переломах челюстей.

30. Хирургические методы лечения при переломах костей средней зоны лица. Методики подвешивания к неповрежденным костям мозгового черепа при переломах средней зоны лица. Кранио-максиллярная фиксация.

31. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении переломов нижней челюсти. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

32. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Техника операций с использованием проволочного шва, спицы Киршнера, скоб из металла с памятью, минипластин.

33. Виды деформаций челюстей. Показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение при аномалиях и деформациях верхней и нижней челюсти.

34. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

35. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Показания к применению филатовского стебля.

36. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксенотрансплантации различных тканей в челюстнолицевой хирургии

37. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, полнослойный)

Вопросы к экзамену:

1. Особенности операций на лице и в полости рта. Инструментарий, особенности разрезов, виды швов.

2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика лечение острых лимфаденитов челюстно-лицевой области. Аденофлегмона. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области.

3. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Фурункул, карбункул лица и шеи. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Этиология, патогенез фурункула лица и шеи. Особенности хирургического и патогенетического лечения фурункулов челюстно-лицевой области. Профилактика осложнений.

4. Пути распространения инфекции. Особенности распространения воспаления из носо-губного треугольника, других областей лица. Архитектоника вен лица. Флебиты поверхностных и глубоких вен лица. Особенности диагностики лечения. Патогенез тромбоза кавернозного синуса.

5. Хирургическое лечение флегмон лица и шеи. Значение выбора оперативного доступа. Принципы разрезов на лице. Оперативные доступы к подчелюстному, окологлоточному, крыловидно-челюстному, подмассетериальному пространствам. Варианты разрезов в области виска, глазницы. (работа по схеме Рудько)

6. . Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.

7. Флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

8. Менингит, парез, паралич глазодвигательного и лицевого нервов). Токсический отек оболочек головного мозга. Этиология, патогенез. Лечение, осложнения.

9. .Флегмоны подподбородочного пространства, дна полости рта. Топографическая анатомия.

10. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

10.Флегмоны околоушно-жевательного пространства, Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекций, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

11.Флегмоны подмассетериального, позадичелюстного пространств, окологлоточного, крыловидно-челюстного пространств. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

12.Флегмоны крылонебной, подвисочной ямок. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

13.Флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

14. Флегмона глазницы. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

15. Абсцессы и флегмоны инфраорбитальной, скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

16. Абсцессы и флегмоны скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

17. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Клиника. Принципы раскрытия при анаэробных флегмонах. Особенности антибактериальной терапии. Дезинтоксикационная терапия. Физиолечение.

18. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

19. Специфические воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области (туберкулез, сифилис). 20. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области: одонтогенный сепсис, тромбоз кавернозного синуса, менингит, одонтогенный медиастинит. 21. Особенности ранений челюстно-лицевой области. Классификация повреждений челюстно-лицевой области. Повреждения мягких тканей лица. Первичная хирургическая обработка ран лица. Виды остановки кровотечения. Профилактика столбняка.

22. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. 23. Клиническая характеристика переломов нижней челюсти в зависимости от локализации. Типичные места переломов. Механизм смещения отломков. Рентгенологическая диагностика переломов нижней челюсти. Виды транспортной иммобилизации отломков.

24. Ортопедические методы лечения переломов нижней челюсти. Система гнутых, проволочных шин, показания к применению, техника наложения шин. Стандартные ленточные и проволочные шины. Шины лабораторного типа.

25. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика. Методы репозиции и фиксация скуловой кости. Лечение переломов скуловой кости при введении осколков в верхнечелюстную пазуху.

26. Особенности огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области. Классификация огнестрельных повреждений челюстей. 27. Аппаратный метод лечения при переломах верхней челюсти.

Классификация аппаратов.

Показания и противопоказания. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

28. Переломы костей средней зоны лица. Классификации. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти. Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым креплением к гипсовой шапочке.

31. Вывихи височно-нижнечелюстного сустава. Классификация. Способы вправления нижней челюсти. Лечение привычного вывиха. 52. Хирургические методы лечения при переломах нижней челюсти. Остеосинтез костным швом, остеосинтез по Макиенко, применение на костных минипластин. Сроки заживления. Медикаментозная терапия. Препараты, влияющие на обмен костной ткани. Физиолечение при переломах челюстей.

32. Хирургические методы лечения при переломах костей средней зоны лица. Методики подвешивания к неповрежденным костям мозгового черепа при переломах средней зоны лица. Кранио-максиллярная фиксация.

31. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении переломов нижней челюсти. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

38. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Техника операций с использованием проволочного шва, спицы Киршнера, скоб из металла с памятью, минипластин.

39. Виды деформаций челюстей. Показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение при аномалиях и деформациях верхней и нижней челюсти.

40. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

41. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков. Показания к применению филатовского стебля.

42. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксенотрансплантации различных тканей в челюстнолицевой хирургии

43. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, полнослойный)

44. Костная пластика нижней челюсти. Виды трансплантатов. Показания и противопоказания к костной пластике. Способы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при остеопластике. 39. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

40. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков Показания к применению филатовского стебля.

41. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксеннотрансплантации различных тканей в челюстнолицевой хирургии.

42. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину)

43. Переломы костей скулоназотомидального комплекса. Анатомия. Этиология, патогенез. Лечение.

44. Орбитальный гипертелоризм. Этиология. Классификация. Патогенез. Диагностика. Лечение.

45. Кантапексия. Виды. Показания. Виды оперативного вмешательства.

46. Бикоронарный доступ, показания, техника выполнения.

47. ТРГ, анализ, методика проведения, основные параметры.

48. Остеотомии верхней челюсти. Виды, техника выполнения, показания.

49. Остеотомии нижней челюсти. Виды, техника выполнения, показания.

50. Посттравматические деформации средней зоны лица. Перелом нижней стенки орбиты.

Этиология, патогенез, виды оперативного доступа. Особенности показаний к выбору доступа.

51. Раны ЧЛЮ. Классификации, виды ран, этиология, понятие о ПХО, ВХО. Виды швов и шовных материалов.

52. Понятие о костной мозоли. Виды. Этапы заживления.

Понятие о регенерации тканей. Виды рубцов.

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Процедура проведения и оценивания экзамена

Экзамен проводится по билетам в форме устного собеседования. Студенту достается экзаменационный билет путем собственного случайного выбора и предоставляется 45 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 20 минут. Экзаменационный билет содержит два вопроса.

Критерии выставления оценок:

- Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

- Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей

программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

- Оценка «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе на экзамене знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы экзаменационного билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Для оценки решения ситуационной задачи:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью

соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки докладов и рефератов:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточно для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами компетенции «знать», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании, изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе

			последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Тематические тесты. Часть 2. [Электронный ресурс] / Под ред. А.М. Панина, В.В. Афанасьева - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-1246-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412466.html>
2. Хирургическая стоматология [Электронный ресурс] : учебник / В.В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В.В. Афанасьева. — 3-е изд., перераб. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3704-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970437049.html>
3. Стоматология детского возраста. Часть 2. Хирургия [Электронный ресурс] : учебник / О.З. Топольницкий [и др.]. - в 3 ч. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 320 с. - ISBN 978-5-9704-3553-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970435533.html>
4. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов [Электронный

ресурс] : учебное пособие / Под ред. О.З. Топольницкого, С.В. Дьяковой, В.П. Вашкевич - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-1994-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970419946.html>

5. Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология [Электронный ресурс] / под ред. Козлова В.А., Кагана И.И. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - ISBN 978-5-9704-3045-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430453.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>

2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru

3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>

2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+

2. Операционная система Windows 10.

3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office

4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.

5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний

6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.

7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные

требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относятся: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую

часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с

этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отнененном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции

преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	<p>Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, текущего контроля и промежуточной аттестации.</p> <p>Перечень основного оборудования: учебная мебель (столы, стулья), учебная доска, стол преподавателя, стул преподавателя, демонстрационное и иное оборудование, учебно-наглядные пособия, необходимые для организации образовательной деятельности.</p>	<p>367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 2 этаж, кабинет № 16, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация – Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020</p>
2.	<p>Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.</p>	<p>367031, Республика Дагестан, г. Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91, 3 этаж, кабинет № 27, технический паспорт административно-учебного здания, выданный АО «Ростехинвентаризация –</p>

		Федеральное БТИ» Филиал по Республике Дагестан от 06.10.2020
3.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет челюстно-лицевого хирурга), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: установка стоматологическая, дистрактор.	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет челюстно-лицевого хирурга, 4 этаж отделение челюстно-лицевой хирургии
4.	Помещение для приобретения практических навыков (операционная), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: установка стоматологическая, дистрактор, локатор импланта, угловая отвертка Luhr-FritzeMeier для введения винтов в ротовой полости, пластины для фиксации костей черепа в ЧЛХ.	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, операционная, 4 этаж, отделение челюстно-лицевой хирургии
5.	Помещение для приобретения практических навыков (кабинет врача-нейрохирурга), оснащённое медицинской техникой и оборудованием для выполнения определённых видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: компьютер.	367027, Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ахмеда Магомедова, дом 2А, кабинет врача-нейрохирурга, 4 этаж, отделение челюстно-лицевой хирургии

11. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.