

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

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

по дисциплине «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Специальность 31.05.03 Стоматология

(уровень специалитета)

Направленность Стоматология

для лиц на базе среднего профессионального образования

(31.00.00 Клиническая медицина, 34.00.00 Сестринское дело), высшего образования

Форма обучения: очная

Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог

Срок обучения: 5 лет

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1.	Гнатическая хирургия.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
2.	Восстановительная хирургия лица.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
3.	Травматические повреждения костей средней зоны лица.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
4.	Костная пластика челюстей	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания
5.	Травматические повреждения челюстей.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное	Пятибалльная шкала оценивания

			реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	
6.	Повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области.	ОПК-1 ПК-5 ПК-9 ПК-11	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни Решение ситуационных задач	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, клинические практические занятия), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- курация больного/ разбор тематического больного
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений/презентаций,
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1.

1. Синонимом микрогении является:

- 1-нижняя прогнатия;
- 2-верхняя прогнатия;
- 3-нижняя ретрогнатия;
- 4-верхняя ретрогнатия

2. Синоним прогнатии - это:

- 1-нижняя прогнатия;
- 2- верхняяпрогнатия,
- 3-нижняя ретрогнатия,
- 4-верхняя ретрогнатия

3. Синоним прогении - это:

- 1- нижняяпрогнатия
- 2-верхняя прогнатия,
- 3-нижняя ретрогнатия,
- 4-верхняя ретрогнатия.

4. Прогения - это:

- 1-аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед вследствие ее чрезмерного развития;
- 2-это недоразвитие нижней челюсти;
- 3-аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- 4-это недоразвитие верхней челюсти

5. Для прогенических характерен следующий прикус:

- 1-обратный;
- 2-мезиальный;
- 3-прогенический;
- 4-прямой.

6. Прогения бывает:

- 1-истинной, ложной,
- 2-верхней и нижней челюсти;
- 3-фронтальных и боковых зубов.

7. Ложная прогения - это когда:

- 1-в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное
- 2-в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы.

8. Истинная прогения - это когда:

- 1-в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;
- 2-в прогеническом (обратном) прикусе находятся не только фронтальные, но и боковые зубы

9. Может ли наблюдаться ложная прогения у людей в молодом возрасте без наличия у них врожденных заболеваний челюстно-лицевой области?

- 1-не может,
- 2-может, но очень редко;
- 3-может быть лишь в том случае, если имеется полная потеря зубов на верхней и нижней челюстях.

10. Микрогения - это:

- 1-аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- 2-это недоразвитие нижней челюсти,
- 3-аномалия развития челюсти характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;
- 4-это недоразвитие верхней челюсти

Ответы:

1-1	2-2	3-3	4-4	5-1	6-2	7-3	8-4	9-4	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2.

1. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

- 1) методом Седилло;
- 2) свободным кожным лоскутом;
- 3) встречным треугольным лоскутом.

2. Методика пластики встречными треугольными лоскутами предложена:

- 1) Аббе;
- 2) Милардом;
- 3) Седилло;
- 4) Лимбергом;
- 5) Лапчинским.

3. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

- 1) короткой уздечке языка;
- 2) плоских рубцах;
- 3) обширных дефектах костей лица;
- 4) обширных дефектах мягких тканей.

4. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

- 1) лоскутами на «ножке»;
- 2) мобилизация краёв раны;
- 3) треугольными лоскутами;
- 4) пересадка свободного кожного лоскута.

5. Вид пластики, при котором ткани переносят из удалённого от дефекта места:

- 1) лоскутами на «ножке»;
- 2) мобилизация краёв раны;
- 3) треугольными лоскутами;
- 4) пересадка свободного кожного лоскута.
- 5) дыхательные упражнения.

6. Опрокидывающиеся лоскуты используются для:

- 1) устранения выворота век;
- 2) устранения дефектов;
- 3) закрытия линейных разрезов;
- 4) создания внутренней выстилки.
- 5) временная остановка кровотечения

7. Показания к применению свободной пересадки кожи является:

- 1) сквозные дефекты кожи;
- 2) дефекты тканей до кости;
- 3) послеоперационные дефекты кожи;
- 4) незаживающие язвы после лучевой терапии.

8. Расщеплённый кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

- 1) тыла стопы;
- 2) боковой шеи;
- 3) наружной бедра;
- 4) передней живота;
- 5) внутренней плеча.

9. Местное осложнение пластики лоскутами на «ножке»:

- 1) миозит;
- 2) неврит;
- 3) нагноение;
- 4) диплопия.

10. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

- 1) мостовидными;
- 2) опрокидывающимися;
- 3) удвоенным по Рауэру;
- 4) встречными треугольными;

Ответы:

1-3	2-4	3-1	4-4	5-4	6-4	7-3	8-4	9-3	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 3.

1. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

- 1) ликворея
- 2) кровотечение из носа
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхней челюсти
- 5) кровотечение из наружного слухового прохода

2. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

- 1) отрыве альвеолярного отростка
- 2) суббазальном переломе верхней челюсти
- 3) суборбитальном переломе верхней челюсти
- 4) переломе мышцелкового отростка

3. В какой группе больных летальность выше?

- 1) у больных с нетяжелыми челюстно-лицевыми повреждениями сочетающимися с тяжелой черепно-мозговой травмой;
- 2) у больных с тяжелой челюстно-лицевой и тяжелой черепно-мозговой травмами.

3. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

- 1) ежедневно
- 2) ежемесячно
- 3) еженедельно
- 4) 3 раза в месяц
- 5) 2 раза в неделю

4. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

- 1) спицей
- 2) винтами
- 3) проволочной лигатурой
- 4) брекетами
- 5) гайками

5. Основной симптом перелома костей носа:

- 1) гематома
- 2) подкожная эмфизема
- 3) затруднение носового дыхания
- 4) патологическая подвижность костей носа
- 5) кровотечение из носовых ходов

6. Симптомы перелома скуловой кости:

- 1) гематома скуловой области
- 2) деформация носа, гематома
- 3) симптом «ступени», диплопия
- 4) кровоизлияние в нижнее веко
- 5) кровотечение из носа, головокружение

7. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

- 1) гематома
- 2) смещение отломков
- 3) воспалительная реакция
- 4) травма жевательных мышц
- 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

8. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

- 1) травма глазного яблока
- 2) воспалительная реакция
- 3) смещение глазного яблока
- 4) травма зрительного нерва
- 5) интраорбитальная гематома

9. Имобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными кранио-фациальными повреждениями необходимо проводить:

- 1) как можно раньше после травмы;
- 2) не ранее, чем через 3-4 дня после травмы,
- 3) не ранее, чем через 7 дней после травмы;
- 4) не ранее, чем через 14 дней после травмы

10. Длительность периода нетрудоспособности при переломах скуловой кости без смещения:

- 10-11 дней
- 20-21 день
- 30-31 день

Ответы:

1-1	2-2	3-2	4-2	5-4	6-3	7-2	8-5	9-1	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 4.

1. Первый этап восстановительного хирургического лечения:

- 1) разрез;
- 2) планирование;
- 3) обезболивание;
- 4) растяжение тканей.

2. Сроки проведения вторичной костной пластинки обусловлены:

- 1) восстановлением иннервации;
- 2) завершением формирования рубцов;
- 3) завершением формирования сосудов;
- 4) завершением образования костной мозоли;
- 5) степенью восстановления функции челюстей.

3. Показанием для вторичной костной пластики является дефект после:

- 1) секвестрэктомии;
- 2) операции по поводу врождённых деформаций челюстей;
- 3) удаления доброкачественных опухолей;
- 4) удаления злокачественных опухолей;

4. Аутооттрансплантат для пластики дефекта челюсти берут из:

- 1) ребра;
- 2) ключицы;
- 3) костей стопы;
- 4) бедренной кости

5. Аутооттрансплантат – это материал, взятый у

- 1) пациента;
- 2) животного;
- 3) другого индивида;
- 4) однояйцевого близнеца.

6. Ксенотрансплантат – это материал, взятый у

- 1) пациента;
- 2) животного;
- 3) другого индивида;
- 4) однояйцевого близнеца.

7. При остеотомии в/ч за бугры вводят:

- 1) фасцию;
- 2) комок Биша;
- 3) кусочки хряща;
- 4) костные трансплантаты;
- 5) пластмассовые вкладки.

8. Причины рецидива при любом виде остеотомии в/ч:

- 1) термическая травма кости;
- 2) послеоперационная гематома;
- 3) травма сосудисто-нервного пучка;
- 4) нарушение иннервации костной ткани;
- 5) технические погрешности при перемещении фрагментов кости.

9. Больному была проведена первичная костная пластика, т.е.:

- 1-дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);
- 2-дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

10. Больному была проведена вторичная костная пластика, т.е.:

- 1-дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);
- 2-дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

Ответы:

1-2	2-4	3-1	4-4	5-1	6-2	7-4	8-4	9-1	10-2
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 5

1. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти
- 4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

- 1) головная боль
- 2) носовое кровотечение
- 3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

3. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД

2) биопсия

3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

4. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и кверху

5. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и вниз

6. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и вниз

7. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

8. Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит

2) фурункулез

3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны

5) актиномикоз

5) переломе костей носа

9. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка верхней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

10. Характерный симптом при одностороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) открытый прикус

2) кровотечение из носа

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

Ответы:

1-4	2-3	3-1	4-1	5-4	6-1	7-2	8-4	9-2	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 6

1. Ушиб мягких тканей лица- это:

- 1) повреждение тканей без нарушения целостности кожных покровов и слизистой оболочки полости рта
- 2) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки полости рта
- 3) поверхностное механическое повреждение участка кожи
- 4) повреждение наружного слухового прохода

2. Рана мягких тканей лица- это:

- 1) поверхностное механическое повреждение кожи и слизистой оболочки
- 2) повреждение кожи глубже лежащих тканей
- 3) нарушения целостности кожи и слизистой оболочки глубже лежащих тканей, вызванное механическим воздействием
- 4) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки
- 5) повреждения наружного слухового прохода

3. Проникающие раны лица- это:

- 1) раны с повреждением крупных сосудов
- 2) одновременно повреждение лица и содержимого глазницы
- 3) раны, сообщающиеся с полостью рта, носа и верхнечелюстных пазух
- 4) раны с повреждением крупных нервов и сосудов
- 5) кровоизлияние в толще кожи или слизистой оболочки

4. Ранение тканей околоушно-жевательной области опасны из-за возможности:-

- 1) повреждения околоушной слюнной железы и образования слюнных свищей
- 2) повреждения ветвей тройничного нерва
- 3) повреждения поднижнечелюстной слюнной железы
- 4) обильного кровотечения
- 5) повреждения внутреннего слухового прохода

5. Зияние ран лица обусловлено:

- 1) обилием жировой клетчатки и выраженным травматическим отеком
- 2) прикреплением к коже лица мимических мышц
- 3) анатомическими особенностями жевательных мышц
- 4) анатомическими особенностями мимических мышц
- 5) повреждения поднижнечелюстной слюнной железы

6. Основным методом лечения ран челюстно-лицевой области является:

- 1) первичная хирургическая обработка раны
- 2) медикаментозное лечение
- 3) физиотерапия
- 4) криодеструкция
- 5) электрофорез

7. Основная цель ПХО ран заключается:

- 1) предупреждении развития воспалительных осложнений и восстановлении анатомической целостности тканей
- 2) остановке кровотечения
- 3) удалении инородных тел
- 4) эстетической составляющей
- 5) медикаментозное лечение

8. ПХО ран считается ранней, если она проводится в сроки;

- 1) до 24 часов после ранения
- 2) до 48 часов после ранения
- 3) до 12 часов после ранения
- 4) до 8 часов после ранения
- 5) до 72 часов

9. К повреждениям мягких тканей лица без нарушения целостности кожных покровов относятся:

- 1) ссадины
- 2) ушибы
- 3) раны

10. Более тяжело протекающие воспалительные осложнения возникают при ранениях мягких тканей:

- 1) дна полости рта
- 2) околоушно-жевательной области
- 3) губ
- 4) языка
- 5) неба

Ответы:

1-1	2-3	3-3	4-1	5-2	6-1	7-1	8-1	9-2	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2.2 Перечень тематик докладов/реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. Пластика лоскутом на ножке.
2. Формирование носа по методу Хитрова.
3. Лоскуты на микрососудистой анастомозе, используемые для замещения дефектов на лице.
4. Общие закономерности микрососудистой анатомии тканей и типы кровообращения сложных тканевых комплексов. Их классификация, функции, показания к использованию.
5. Контурная пластика. Виды имплантатов, показания, противопоказания к применению.
6. Методы пластического восстановления утраченных тканей носа.
7. Методы реконструктивного лечения переломов скуло-орбитального комплекса
8. Реабилитация пациентов после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области
9. Питание пациентов после реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.
10. Основы эстетической хирургии в челюстно-лицевой области.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1

Ситуационная задача 1

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено. Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

Вопросы

1. Какие методы обследования еще необходимо провести?
2. О каком виде деформации челюсти идет речь?
3. Какие варианты оперативного лечения?
4. мероприятия при реабилитации больных с данной патологией

Ответы

1. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях.
2. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.
3. В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается назад, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.
4. Реабилитационный период должен включать физиотерапевтическое лечение, ЛФК, механотерапию

Ситуационная задача 2

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

1. Укажите основной метод лечения. Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

Ответы

1. При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Ситуационная задача 3

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

Вопросы и задания

Укажите основной метод лечения.

Ответы

При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.

Тема 2

Ситуационная задача 1

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции? Какие методы реабилитации возможно применить в данном случае?

Ответы

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше. Послеоперационный период необходимо дополнить санотонно-курортное лечение

Ситуационная задача 2

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Ответы

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей. Выполняются дугообразные разрезы слизистой оболочки с дополнительными разрезами в виде "Z" у основания этих разрезов. Таким образом, восстанавливается внутренняя выстилка и красная кайма губы. Накладываются кетгутовые швы на мышечный слой, наружная рана закрывается перемещением двух встречных треугольных лоскутов с углами боковых разрезов 30° и 90°, выкроенных в области подбородка, т.е. у нижнего края раны. Депульпирование 4.2, 4.1, наложение гладкой короткой шины от 4.3 до 3.3 для удержания 4.1. Необходимо провести курс прививок антирабической сыворотки.

3. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Ситуационная задача 3

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

Вопросы

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Ответы

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Тема 3

Ситуационная задача 1

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания — кома I стадии, дыхание поверхностное, ЧД — 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС — 50/мин, АД 100/50 мм.рт.ст. Ссадины на коже лба, во рту - рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей и костных структур, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: приведение жизненно-важных функций в состояние компенсации, восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. На состояние пациента влияют 2 травматических повреждения.

Каждое из них угрожает жизни и здоровью в разной степени и предполагает соответствующий план обследования и лечения. Коматозное состояние требует углубленного обследования жизненно-важных органов и анатомических зон, так как нет возможности выяснить анамнез. Первостепенные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения, провести мероприятия по устранению последствий черепно-мозговой травмы (ЧМТ) специалистами-реаниматологами и нейрохирургами. Объем мероприятий по поводу челюстно-лицевой травмы определяется, с одной стороны, необходимостью профилактики осложнений, а с другой стороны, допустимым травматизмом манипуляций в условиях тяжелой ЧМТ. Ожидаемы осложнения со стороны органов ЧЛО -

травматический остеомиелит, нарушение консолидации отломков. Нарушение алгоритма оказания помощи тяжелому пациенту всегда приводит к нежелательному эффекту.

Ответ:

1. Черепно-мозговая травма тяжелой степени
2. План обследования. Ввиду коматозного состояния пациента и невозможности выяснения у него жалоб необходимо обследование всех жизненно важных органов для исключения их повреждений (измерение ЧСС, АД, определение функции внешнего дыхания, рентгенограмма черепа, шейного отдела позвоночника, исследование органов грудной клетки, брюшной полости, забрюшинного пространства, тазовых органов).
3. План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании - интубация, по показаниям - перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности - венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы проводят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента - рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом на зубногдвучелюстногшинирования. Имобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной пращой. Антибактериальная терапия.

Ситуационная задача 2

Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. На слизистой оболочке верхней губы имеется рана 3×1 см, края раны неровные, отмечается поступление крови. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 1.1. и 2.1. зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы-антагонисты не соприкасаются. Рентгенограмма (рисунок).



Рисунок - Рентгенограмма

Вопросы:

1. Диагноз?
 2. План обследования?
 3. План лечения?
- А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.
- Б. Лечение повреждений связочного аппарата зуба аналогично лечению вывихов костей. Обработка раны слизистой оболочки губы соответствует канонам общей хирургии. При описанной травме может быть поврежден не только связочный аппарат зуба, но и пульпа.

Прогнозируемое осложнение— некроз пульпы с развитием периостита или остеомиелита, развивается спустя 2 -4 недели после травмы.

Ответ:

1. Диагноз: неполный вывих 1.1., 2.1. зубов. Рваная рана слизистой оболочки верхней губы.
2. Электродонтодиагностика, КТ
3. План лечения: репозиция вывихнутых зубов с последующей иммобилизацией в течение 4 недель (шина-скоба, лигатурное связывание). При подобной травме существует высокий риск некроза пульпы. Клинические проявления наступают по истечении 2 - 3 недель, как правило, в виде острого гнойного периостита. Жизнеспособность пульпы в латентном периоде может быть определена путем электроодонтометрии (ЭОД). Поэтому, при иммобилизации необходимо выбрать такой способ, при котором будет обеспечен доступ к коронкам с целью проведения ЭОД. В первые дни после травмы электровозбудимость пульпы может быть снижена, поэтому ЭОД-контроль проводится в динамике: сразу после травмы и в течение не-дели после нее. Если при повторных обследованиях электровозбудимость пульпы остается низкой, то это указывает на гибель пульпы и необходимость эндодонтического лечения. Клиническими признаками гибели пульпы являются потускнение и потемнение коронки. При наличии хронического воспалительного процесса (хронический пульпит, периодонтит и др.) измененная пульпа изначально является источником инфицирования зоны травмы и способствует развитию септических осложнений. В таком случае проводится удаление зуба. Рану слизистой оболочки губы подвергают первичной хирургической обработке, которая включает ревизию раны, иссечение краев и перевод ее в резаную, гемостаз и ушивание. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Ситуационная задача 3

Пациент В., 39 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице, нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза - пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД - 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС - 82/мин., АД - 135/90 мм рт. ст. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый - контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта – единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Описанные симптомы могут быть характерны для травм различной степени тяжести. Для правильной оценки тяжести повреждений необходимо изучение областей анатомически близких к лицевому скелету (основание черепа, глазное яблоко). Гематомы век могут быть признаком симметричных ушибов. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб с целью выявления других патогномичных признаков повреждения костных структур. План лечения: мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений. Лечение черепно-мозговой травмы без нарушения витальных функций проводится одновременно в соответствии со степенью тяжести.

Ответ:

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.
2. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; краниография - обзорная и в дополнительных проекциях, по показаниям -

компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Контроль нарастающей внутрочерепной гематомы с выполнением КТ по показаниям.

3. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстнойназубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе - открытая репозиция с металлоosteосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

Пациент 30 лет обратился в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- затрудненное открывание рта,
- дизокклюзию,
- боли в области нижней челюсти справа.

1.3. Анамнез заболевания

- Вчера был избит неизвестным, при падении ударился о бордюр. Сознания не терял.тошноты и рвоты не было. Беспокоят боли в правой половине лица, ограничение открывания рта.
- Сегодня утром самостоятельно обратился в приемное отделение челюстно-лицевой хирургии.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: хронический ринит.
- Вредные привычки: периодический прием алкоголя.
- По профессии - юрист.
- Аллергических реакций не было.

1.5. Объективный статус

Больной в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 100 кг, рост 180 см. Температура тела 36,8 °С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Асимметрия лица за счет отека подглазничной, щечной и околоушно-жевательной областей справа. Цвет кожи лица обычный. Движения глазных яблок в полном объеме. OD=OS. Диплопии не определяется. Открывание рта ограничено до 1,9 см. болезненное. Пальпация щечной и околоушно-жевательной областей справа болезненная.

Вопрос №1 При клиническом исследовании обязательным является:

1. осмотр полости рта
2. пальпация периферических лимфоузлов
3. определение симптома Кернига
4. определение симптома Бабинского

3. Результаты метода обследования

3.1. Осмотр полости рта

В полости рта средняя линия нижней челюсти смещена вправо. Прикус открытый в боковом отделе слева. Перкуссия зубов безболезненна. Слизистая оболочка бледно-розовая, без патологических элементов.

3.2. Пальпация периферических лимфоузлов

В подчелюстной области пальпируются единичные безболезненные лимфоузлы, размером 0,5 на 0,5 см. Метод не является обязательным при травматических повреждениях.

3.3. Определение симптома Кернига

Симптом отрицательный, не выявляется при данной травме.

3.4. Определение симптома Бабинского

Симптом отрицательный, не выявляется при данной травме

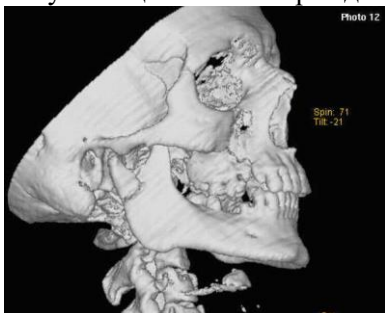
Вопрос №2 Необходимым для постановки диагноза информативным современным инструментальным методом обследования является:

1. компьютерная томография челюстей
2. прицельная внутриротовая контактная рентгенография
3. рентгенография черепа в прямой проекции
4. ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Компьютерная томография челюстей

Визуализация зоны повреждения.



5.2. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

На прицельной внутриротовой рентгенографии зубов костно-травматических повреждений не обнаружено.

5.3. Рентгенография черепа в прямой проекции

image:::https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/052/001052089[агеева_07_рис2.jpg]

5.4. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области

Патологических изменений не выявлено.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом нижней челюсти в области мышцелкового отростка справа
2. перелом ветви нижней челюсти слева
3. перелом ветви нижней челюсти справа
4. перелом венечного отростка нижней челюсти справа

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациенту показано лечение в объеме :

1. на костного остеосинтеза с использованием мини-пластин
2. наложения назубных шин и пращевидной повязки
3. изготовления шины Вебера с наклонной плоскостью
4. остеосинтеза спицей Киршнера

Вопрос №5 Для оценки функционального восстановления жевательного аппарата пациенту с переломами нижней челюсти в ходе лечения рекомендуется применять :

1. электронейромиографию
2. электротонometriю
3. миотонometriю
4. импедансометрию

Вопрос №6 Начиная с третьих суток после оперативного вмешательства для стимуляции пролиферативного процесса целесообразно назначать:

1. тиреокальцетомин
2. фраксипарин
3. амоксициллин
4. пиридоксина гидрохлорид

Вопрос №7 В первые два дня после травмы пациенту рекомендуется назначить физиотерапевтическое лечение:

1. криотерапию сухим холодным воздухом
2. сухое тепло
3. УВЧ-терапию
4. магнитотерапию

Вопрос №8 В случае усиления травматического отека начиная с 3-х суток от момента травмы, рекомендуется назначить терапию :

1. антибактериальную
2. противоотечную

3. спазмолитическую
4. иммуномодулирующую

Вопрос №9 После проведенного хирургического вмешательства пациенту с переломом нижней челюсти назначают стол №:

1. второй челюстной
2. первый челюстной
3. 9
4. 15

Вопрос №10 Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать:

1. амбулаторное наблюдение у хирурга-стоматолога
2. амбулаторное наблюдение у врача-травматолога
3. амбулаторное наблюдение у врача-хирурга
4. наблюдение у врача-терапевта

Вопрос №11 Доступом для оперативного вмешательства на мышечковом отростке, является:

1. поднижнечелюстной
2. предушной
3. по Ковтуновичу
4. заушный

Вопрос №12 Какое физиотерапевтическое лечение рекомендуется назначить пациенту, начиная с 3-х суток после травмы?:

1. ультравысокочастотную терапию
2. электростимуляцию
3. ультратонотерапию
4. магнитотерапию

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 4

Ситуационная задача 1

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

- 1.Обследование проведено в полном объеме?
- 2.Составьте план лечения больного.
- 3.Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

- 1.Обследование проведено в полном объеме
- 2.План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
- 3.Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для

трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК.

Ситуационная задача 2

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Какие методы обследования необходимо провести?
2. Составьте план лечения больного.
3. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

1. Компьютерная томография
2. План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?
3. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 3

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

Вопросы и задания:

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответы

План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим

послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 4

Больной 24 года Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: 5 лет назад больной получил травму подбородка, врачу не обращался. Через 2 года обратили внимание на затрудненное открывание рта, которое постепенно нарастало. В последующем появились асимметрия лица и западение подбородочного отдела. В настоящее время рот открывается до 1,3 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Укажите все возможные причины заболевания.
4. Предложите метод лечения.

Ответ:

1. Вторичный деформирующий остеоартроз правого и левого височно-нижнечелюстных суставов.
2. Рентгенологическое обследование:
А) ортопантограмма — деформация правой и левой суставных головок и мышцелковых отростков нижней челюсти. Укорочены и расширены ветви челюсти. У основания мышцелковых отростков и в проекции нижнечелюстной вырезки определяются костные выросты. Правый и левый углы челюсти гипертрофированы;
Б) томография суставов (при привычном положении нижней челюсти и максимальном опускании нижней челюсти) и обзорный снимок нижней челюсти в прямой проекции.
3. Возможные причины данного заболевания:
— травма бытовая (в данном случае — травма качелями);
— родовая травма;
— воспалительные процессы (гематогенный остеомиелит, гнойный отит, мастоидит, редко одонтогенный остеомиелит дистальных отделов ветви нижней челюсти).
4. Метод лечения — хирургический. Операция — остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, аутотрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

Тема 5

Ситуационная задача № 1.

Пациент М. 27 лет обратился в клинику с жалобами на ограничение открывания рта, онемение кожи левой подглазничной области и верхней губы слева, диплопию. В анамнезе травма левой половины лица, произошедшая 7 дней назад. Сохраняется отечность левой подглазничной области и гематома нижнего века левого глаза. Признаков воспаления нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины, обуславливающие жалобы пациента.
3. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
4. Назовите типы хирургического лечения, проводимые при неправильно сросшихся переломах скуло-орбитального комплекса.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Перечисленные симптомы обусловлены смещением кости и травмой окружающих структур (подглазничного нерва, собственно жевательной мышцы, изменением положения глазного яблока, давлением на венечный отросток нижней челюсти).
3. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.
4. По истечении длительного срока и консолидации скуловой кости в неправильном положении показана операция: остеотомия и остеосинтез с применением титановых минипластин, фиксируемых шурупами.

Ситуационная задача 2.

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при накусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

Внешний осмотр: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

Местный статус: 12 - розового цвета, подвижность коронки II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Определите тактику врача – челюстно-лицевого хирурга.
4. Укажите способы фиксации отломков и сроки консолидации отломков.
5. Как провести лечение сколов и трещин эмали, восстановить естественный цвет 12 зуба?

Ответ.

1. Перелом корня 12. Острый травматический пульпит 12. Сколы эмали 12 и 11. Гематома верхней губы.
2. ЭОД – электроодонтодиагностика. Показатель жизнеспособности до 40 мкА.
3. Под инфильтрационной анестезией провести эндодонтическое лечение.
4. Шинирование отломков корня серебряным штифтом. Изготовление пластмассовой шины – каппы на 321, связывание зубов композитом. Сроки образования цементной мозоли – 3 – 4 недели.
5. Под обезболиванием эмалепластика композитом; реминерализирующая терапия, покрытие фторлаком; назначение внутрь препаратов кальция, поливитаминового комплекса. Провести эндодонтическое отбеливание зуба, при неудаче - покрыть вениром.

Ситуационная задача 3

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи - пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС - 120/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта - кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План обследования.
4. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
5. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.
6. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании
А. Манипуляции по купированию угрожающих жизни синдромов должны соответствовать механизму их развития. Асфиксия при травме ЧЛЮ может быть вызвана различными причинами (дислокационная, обтурационная, аспирационная). Одновременно необходимо проводить мероприятия по контролю и компенсации других жизненно важных функций. Цель обследования: выяснить степень компенсации витальных функций, определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выявить возможные осложнения и сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: компенсация витальных функций,

восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Устранение асфиксии может быть осуществлено мероприятиями по удалению инородных тел из верхних аэродигестивных(воздуховодных) путей, устранением западения языка, созданием обходного пассажа воздуха. Первоочередные задачи лечения: обеспечить контроль функций внешнего дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, выделения. Задачи лечения челюстно-лицевой травмы: репозиция, фиксация и иммобилизация поврежденных костных структур, профилактика ожидаемых осложнений. Наиболее вероятные осложнения - травматический остеомиелит, пневмония, последствия устранения асфиксии.

Ответ:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.

2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.

3. Рентгенография панорамная, КТ.

4.Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.

5. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

Ситуационная задача 4

Пациент Г., 27 лет. Упал на катке 1 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка - ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 3.1. – 4.1. зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. План лечения?

4. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

5. Какой ориентировочный срок нетрудоспособности при данном заболевании

А. Цель обследования пациента с челюстно-лицевой травмой: определить степень повреждения мягких тканей, костных структур, зубов, выяснить степень компенсации витальных функций, выявить возможные осложнения, выявить сопутствующие заболевания, которые могут существенно повлиять на лечение. Цель лечения: восстановление анатомической структуры и функции поврежденных органов и тканей, профилактика и/или лечение осложнений.

Б. Общеклиническое обследование пациента с челюстно-лицевой травмой включает пальпацию лицевого скелета с проведением нагрузочных проб. Как наличие патогномичных признаков перелома, так и их отсутствие не является основанием для отказа от проведения рентгенологического исследования. Способ рентгенологического обследования должен соответствовать характеру предполагаемого повреждения. В силу сложной рентгенанатомии костей черепа не всегда возможно определить линию перелома при стандартных укладках. Такие

случаи требуют уточняющей рентгенодиагностики (другие укладки, КТ). План лечения включает мероприятия по репозиции, фиксации и иммобилизации отломков, профилактике осложнений.

Ответ:

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.
2. Методы уточняющей рентгенодиагностики - ортопантомография, КТ.
3. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двухчелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.
4. После выздоровления санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.
5. 28-30 дней

Ситуационная задача 5

1.1. Ситуация

На приём к врачу-стоматологу-ортопеду обратился пациент 35 лет.

1.2. Жалобы

на

- неудовлетворительную эстетику;
- косметический дефект фронтальной группы зубов;
- периодически возникающие болевые ощущения в области 2.1 зуба;
- откол 2.1 зуба.

1.3. Анамнез заболевания

Откол 2.1 зуба получил в результате травмы. Ранее не протезировался. Стоматолога посещает нерегулярно.

1.4. Анамнез жизни

- Перенесённые заболевания: со слов пациента, считает себя практически здоровым.
- Аллергоанамнез: не отягощён.
- Туберкулёз, гепатит, ВИЧ отрицает.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр: при осмотре отмечается травма верхней и нижней губы, в полости рта отсутствует 50% коронковой части 2.1 зуба. При открывании и закрывании рта отмечается наличие девиации.



Зубная формула:

								С							
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Соотношение челюстей по ортогнатическому типу.

Локальный статус: 2.1 зуб отколот на ½ длины коронковой части зуба.

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза дополнительным аппаратным методом обследования является :

1. прицельная внутриротовая рентгенография
2. гнатодинамометрия
3. определение цвета зубов
4. вакуумная проба по Кулаженко

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Прицельная внутриротовая рентгенография

- корневой канал запломбирован не до верхушки;
- отмечается расширение периодонтальной щели.

3.2. Гнатодинамометрия

Метод определения силы жевательных мышц и выносливости опорных тканей зубов к восприятию давления при сжатии челюстей с помощью специального аппарата – гнатодинамометра.

Исследование не является обязательным в данной клинической ситуации.

3.3. Определение цвета зубов

Метод используется при изготовлении зубных протезов, а также лечении зубов с помощью композитных реставраций. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Вакуумная проба по Кулаженко

Используется для изучения характера внутритканевого кровоизлияния вследствие повреждающего действия отрицательного давления. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Для рентгенологического исследования при подозрении на патологию височно-нижнечелюстных суставов (ВНЧС) проводят:

1. томографию ВНЧС при закрытом и открытом рте
2. прицельную контактную рентгенографию
3. ортопантомографию
4. обзорную рентгенографию черепа в носоподбородочной проекции

5. Результаты рентгенологических методов обследования

5.1. Томография ВНЧС при закрытом и открытом рте

Отмечается сужение суставной щели в ВНЧС слева.

5.2. Прицельная контактная рентгенография

Рентгенологический метод обследования, использующийся для оценки состояния корней, корневых каналов, периапикальных тканей, атрофии костной ткани в области присутствующих зубов. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.3. Ортопантомография

Рентгенологический метод обследования, позволяющий оценить состояние твёрдых тканей челюстей. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

5.4. Обзорная рентгенография черепа в носоподбородочной проекции

Рентгенологический метод обследования придаточных пазух носа и структур лицевого скелета. Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №3 Диагнозом данного пациента является :

1. сломанный зуб, перелом 2.1 зуба
2. хронический пародонтит средней степени тяжести 2.1 зуба
3. обострение хронического пульпита 2.1 зуба
4. частичное отсутствие зубов на верхней челюсти

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Целью изготовления искусственной коронки является:

1. восстановление анатомической формы и функции зуба, предупреждение развития вторичной деформации в области зубов-антагонистов
2. предупреждение развития повышенного стирания зубов-антагонистов во фронтальных и боковых отделах верхней и нижней челюстей

3. предупреждение развития функциональной перегрузки пародонта опорного зуба и прогрессирования заболеваний слизистой оболочки полости рта
4. восстановление целостности зубного ряда и предотвращение возникновения непереносимости, вызванной конструкционными материалами

Вопрос №5 Значение электровозбудимости при полной гибели пульпы зуба и реакции на ток только рецепторов периодонта находится в пределах _____ мкА:

1. 101-200
2. 61-100
3. 7-25
4. 26-60

Вопрос №6 IV классу по классификации Блэка соответствует локализация очага поражения зуба:

1. на контактной поверхности резцов и клыков с нарушением угла коронковой части и его режущего края
2. в пришеечной области
3. на контактной поверхности резцов и клыков без нарушения режущего края
4. в области фиссур

Вопрос №7 Значение электровозбудимости при поражении коронковой пульпы находится в пределах ____ мкА:

1. 7-60
2. 71-200
3. 61-120
4. 61-100

Вопрос №8 Определение цвета искусственной металлокерамической коронки производится на этапе:

1. припасовки каркаса
2. фиксации искусственной коронки
3. определения центральной окклюзии
4. отливки гипсовой модели

Вопрос №9 Стадией полимеризации пластмассы является:

1. тестообразная
2. жидкая
3. крупчатая
4. плотная

Вопрос №10 Провизорная коронка изготавливается _____ препарирования зубов :

1. непосредственно в день
2. на следующий день после
3. через 2 недели после
4. через 3 месяца после

Вопрос №11 Абсолютным противопоказанием к дентальной имплантации является:

1. лечение бисфосфонатами
2. наличие доброкачественных новообразований
3. заболевание остеопорозом
4. наличие хронических инфекционных болезней

Вопрос №12 Для изготовления одиночной коронки снимаются оттиски:

1. рабочий и прикусной (вспомогательный)
2. анатомический и диагностический
3. рабочий и функциональный
4. анатомический и прикусной (вспомогательный)

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 6

1.1. Ситуация

В стоматологическую поликлинику обратился пациент Н. 48 лет.

1.2. Жалобы

на

- наличие раны нижней губы;
- боли при движении нижней челюсти, при глотании;
- нарушение прикуса;
- невозможность сомкнуть зубы;
- болезненную припухлость в области тела нижней челюсти справа и околоушной области слева.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента, около 6 часов назад был избит соседом по даче (удар кулаком в подбородок).
- Сознания не терял. Тошноты, рвоты не было.
- Отмечалось кровотечение из раны губы, остановившееся после самостоятельно сделанной перевязки.
- В связи с появлением жалоб на нарушение прикуса, обратился за медицинской помощью.

1.4. Анамнез жизни

- Развитие без особенностей.
- Эпидемиологический анамнез не отягощён.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.
- Перенесенные операции: тонзилэктомия в детстве, аппендэктомия 5 лет назад.

1.5. Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Температура – 37,2°C. Артериальное давление – 130/80. Частота сердечных сокращений – 82/мин. Частота дыхательных движений – 18/мин.

Повязка на лице умеренно промокла кровью. После удаления повязки в проекции 4.2 зуба определяется рана нижней губы с неровными краями. Рана затрагивает кожу, красную кайму, слизистую оболочку рта до переходной складки.

Кровотечения на момент осмотра нет. Просвет раны зияет в результате широкого расхождения краёв.

Отмечается отёк поднижнечелюстной, подподбородочной, нижних отделов щёчной областей справа и околоушной области слева. Инфильтративных изменений нет.

Пальпация по краю нижней челюсти справа резко болезненна в проекции 4.3 зуба. При пальпации височно-нижнечелюстных суставов снаружи и через наружные слуховые проходы определяется сниженная амплитуда движения суставной головки слева, по сравнению с правой. Пальпация слева болезненна.

Открытие рта болезненно, ограничено до 2 см из-за боли. Справа межзубной контакт сохранён только у моляров (премоляры отсутствуют).

Начиная от 4.3 зуба зубной ряд смещён книзу. Слева окклюзионный контакт сохраняется в области жевательных зубов. Подвижности зубов не определяется. За 4.3 зубом слизистая оболочка разорвана, область повреждения заполнена сгустком крови.

При бимануальной пальпации нижней челюсти в симметричных точках, располагая пальцы по основанию челюсти и жевательным поверхностям зубов, отмечается подвижность костных фрагментов в области 4.3 зуба, что сопровождается резкой болезненностью. Перкуссия 4.3 зуба болезненна.

Симптом нагрузки на нижнюю челюсть положительный. Движения языка в полном объёме, подъязычные области без инфильтративных изменений.

Зубная формула:

0															П	
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0			0	0	П									П,С	П	0

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:

1. рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекциях
2. ультразвуковое исследование подчелюстной области

3. радиовизиография в области 4.3 зуба
4. электроодонтодиагностика всех зубов нижней челюсти

3. Результаты метода обследования

3.1. Рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекциях

Линии перелома нижней челюсти в области тела справа на уровне 4.3 зуба и основания мыщелкового отростка слева со смещением.



Линии перелома нижней челюсти в области тела справа на уровне 4.3 зуба и основания мыщелкового отростка слева со смещением.



3.2. Ультразвуковое исследование подчелюстной области

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Радиовизиография в области 4.3 зуба

Недостаточно информативный результат.

3.4. Электроодонтодиагностика всех зубов нижней челюсти

Повышение порога чувствительности на стороне поражения.

Вопрос №2 Нарушение прикуса больного обусловлено:

1. смещением костных фрагментов
2. повышенным тонусом жевательной мышцы из-за отёка
3. вывихом суставной головки нижней челюсти слева
4. вколоченным вывихом 4.3 зуба

Вопрос №3 Определение симптома нагрузки заключается в производстве:

1. давления в области углов нижней челюсти навстречу друг другу
2. давления в области свода преддверия полости рта в проекции крыловидных отростков
3. измерения времени пережёвывания 0,8 г лесного ореха, которое не должно превышать 14 секунд
4. давления на подбородок при сомкнутых зубных рядах снизу вверх

Вопрос №4 Перелом в области основания мыщелкового отростка является:

1. прямым
2. косым
3. смешанным
4. патологическим

Вопрос №5 Перелом в области основания мыщелкового отростка произошёл по механизму:

1. сгибания
2. отрыва
3. сжатия
4. расслаивания

Вопрос №6 Снижение амплитуды движений суставной головки нижней челюсти слева по сравнению с правой стороной обусловлено:

1. переломом нижней челюсти в области основания мыщелкового отростка
2. вывихом мыщелкового отростка из суставной впадины

3. повышенным тонусом жевательной мышцы справа вследствие её отёка
4. артрозом суставной головки

Вопрос №7 На основании клинической картины и данных инструментального обследования пациенту поставлен диагноз «S02.6 Перелом нижней челюсти» в области тела _____ на уровне _____ зуба _____ со смещением обломков:

1. справа; 4.3; и основания мыщелкового отростка слева
2. слева; 3.3; и основания мыщелкового отростка справа
3. справа; 4.5; односторонний вывих нижней челюсти слева
4. справа; 3.4 зуба и основания венечного отростка слева

10. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №8 Хирургическая обработка раны нижней губы в данном случае является:

1. первичной
2. первично-отсроченной
3. ранней вторичной
4. поздней вторичной

Вопрос №9 Наложение швов при ушивании раны нижней губы следует начать с/со:

1. мышцы
2. слизистой оболочки
3. кожи
4. подкожной клетчатки

Вопрос №10 Для постоянной иммобилизации челюстей в данной клинической ситуации показано наложение:

1. назубных шин с зацепными петлями и межчелюстной тягой
2. гладкой шины-скобы
3. шины с наклонной плоскостью
4. межчелюстного лигатурного связывания по Айви

Вопрос №11 При сохранении смещения фрагментов после иммобилизации челюстей пациенту показано проведение:

1. открытого остеосинтеза
2. динамического наблюдения
3. непрямого остеосинтеза
4. антибактериальной терапии

Вопрос №12 Для подачи телефонограммы в правоохранительные органы необходимо уточнить:

1. точное время и адрес места получения травмы
2. причину драки и развитие конфликтной ситуации
3. находился ли сосед в состоянии алкогольного опьянения
4. возникали ли подобные конфликты в прошлом

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 7

1.1. Ситуация

Пациентка 28 лет обратилась в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобына

- боли в области нижней челюсти справа.

1.3. Анамнез заболевания

Несколько часов назад, потеряла сознание в транспорте, страдает вегето-сосудистой дистонией, ударилась о металлическую ступеньку. Отметила кратковременный эпизод потери сознания. Рвота 4 раза.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания – вегето-сосудистая дистония.
- Вредные привычки: отсутствуют.
- Профессиональных вредностей не имеет, профессия – кассир.
- Аллергических реакций не было.

1.5. Объективный статус

Пациентка в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 65 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Местный статус

Лицо асимметрично за счет наличия отека и гематомы в области угла нижней челюсти справа. Кожные покровы лица физиологической окраски. Открывание рта 3 см, болезненное. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. При пальпации нижней челюсти определяется “ступенька” по краю нижней челюсти в области угла справа. Симптом прямой и не прямой нагрузки положительный в области угла нижней челюсти справа.

В полости рта прикус ортогнатический. Преддверие рта глубокое. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Имеется участок кровоизлияния в слизистую оболочку на месте 48 зуба. Перкуссия зубов безболезненная.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относят:

1. ортопантомографию
2. рентгенографию черепа в полу аксиальной проекции
3. прицельную внутриротовую контактную рентгенографию
4. электроодонтодиагностику

3. Результаты инструментального метода обследования

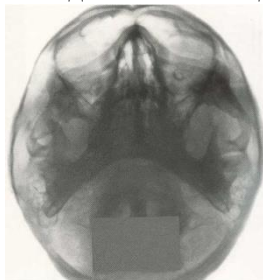
3.1. Ортопантомография

Диагностика травматических повреждений.



3.2. Рентгенография черепа в полу аксиальной проекции

Метод не позволяет детально оценить состояние всех структур нижней челюсти.



3.3. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография



3.4. Электроодонтодиагностика

Метод не позволяет выявить травматические повреждения Показатели электроодонтометрии:

- 48 зуб- 6 мкА
- 47 зуб – 10 мкА.

Вопрос №2 Учитывая клинику и анамнез заболевания необходимо назначить консультацию врача:

1. врача-невролога
2. врача-офтальмолога
3. врача-оториноларинголога
4. врача-терапевта

5. Результаты метода обследования

5.1. Врач-невролог

Оценка неврологического статуса: сотрясение головного мозга легкой степени тяжести.

5.2. Врач-офтальмолог

В компетенцию данного специалиста не входит оценка неврологического статуса VIS – (OD1,0) (OS-1,0).

5.3. Врач-оториноларинголог

Патологии со стороны рото и носоглотки не выявлено.

5.4. Врач-терапевт

Заключение: больной в сознании, контактен. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. Перелом нижней челюсти в области угла справа
2. Ушиб нижней челюсти справа
3. Ушиб мягких тканей лица
4. Перелом ветви нижней челюсти справа

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациентке показано лечение в объеме :

1. двучелюстное шинирование по Тигерштедту и наложение межчелюстных эластических тяг
2. наложение гладкой шины-скобы
3. изготовление и наложение шины Ванкевича
4. изготовления шины Вебера с наклонной плоскостью

Вопрос №5 Тактикой по отношению к 4.8 зубу, находящемуся в линии перелома, является:

1. отсроченное удаление 4.8 зуба
2. удаление 4.8 зуба в первые сутки
3. удаление 4.8 зуба через 3 дня
4. сохранение 4.8 зуба

Вопрос №6 В случае усиления травматического отека и инфильтрации тканей, начиная с 3-х суток от момента травмы, рекомендуется назначить _____ терапию :

1. антибактериальную
2. противоотечную
3. спазмолитическую
4. десенсибилизирующую

Вопрос №7 На первом этапе репаративного процесса рекомендуется использовать препараты:

1. содержащие гормоны паращитовидной и вилочковой железы
2. магния
3. фтора
4. солей железа

Вопрос №8 Лечение пациентки с переломом нижней челюсти, в сочетании с сотрясением головного мозга нужно производить в условиях :

1. челюстно-лицевого стационара
2. «дневного стационара»
3. амбулаторных (на дому)
4. амбулаторных (в травмпункте)

Вопрос №9 Физиотерапевтическим лечением рекомендуемым пациентке, начиная с 3-х суток после травмы, является:

1. ультравысокочастотная терапия
2. электростимуляция
3. ультратонотерапия
4. фонофорез

Вопрос №10 Через 3-4 недели после шинирования пациентке рекомендуется в программу лечения подключить:

1. лечебную миогимнастику

2. массаж лица
3. массаж позвоночника
4. ношение разгрузочных капп

Вопрос №11 При переломе нижней челюсти данной пациентке необходимо назначить стол:

1. первый челюстной
2. второй челюстной
3. 4
4. 15

Вопрос №12 Какую энергетическую ценность имеет первый челюстной стол?:

1. 3000 калорий
2. 1500 калорий
3. 2000 калорий
4. 5000 калорий

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 8

1.1. Ситуация

Пациентка 40 лет обратилась в приемный покой клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- болезненное открывание рта,
- смещение нижней челюсти в сторону,
- боли в области нижней челюсти слева.

1.3. Анамнез заболевания

Накануне упала с лестницы. Рвота 3 раза. За медицинской помощью не обращалась.

Сегодня отметила появление болей в области нижней челюсти, болезненное открывание рта, подъем температуры тела до 38 °С.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: хронический аднексит.
- Вредные привычки: курение.
- Профессиональных вредностей нет, работает диспетчером.
- Аллергических реакций не отмечено.

1.5. Объективный статус

Пациентка в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 174 см. Температура тела 38,1 °С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Местный статус: лицо асимметрично за счет наличия отека околоушной области справа, отека и гематомы подбородочной области. Имеется ссадина кожи в подбородочной области длиной 2 см. Кожные покровы лица физиологической окраски. Открывание рта 2 см, болезненное. В полости рта прикус патологический. При открывании рта подбородок смещается вправо. Преддверие рта мелкое. Имеется разрыв слизистой оболочки преддверия полости рта на уровне 3.2-3.4 зубов. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Перкуссия 3.2,3.3 зубов слабо болезненная. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Вопрос №1 При клиническом исследовании определить зону повреждения помогает симптом :

1. «нагрузки»
2. пальпация шейных лимфатических узлов
3. электроодонтодиагностика зубов
4. осмотр околоушных слюнных желез

3. Результаты метода обследования

3.1. Симптом «нагрузки»

Выявление зоны повреждения. При давлении на подбородок отмечает появление резкой боли в преддужной области справа и в области подбородка. При надавливании на нижнюю челюсть в проекции мышелкового отростка справа отмечает резкую боль.

3.2. Пальпация шейных лимфатических узлов

Лимфоузлы верхней, средней и нижней трети шеи не пальпируются.

3.3. Электроодонтодиагностика зубов

ЭОД 31 зуба 100 мкА, 32 зуба 20 мкА, 41 зуба 8 мкА.

3.4. Осмотр околоушных слюнных желез

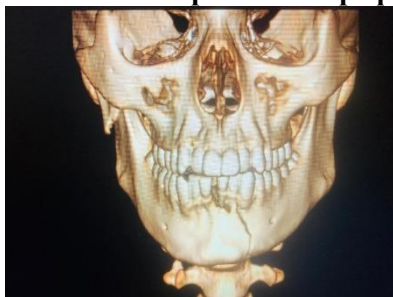
При массаже околоушных слюнных желез по Стеноновым протокам поступает прозрачная слюна.

Вопрос №2 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

1. компьютерная томография челюстей
2. МРТ головного мозга
3. рентгенограмма черепа в прямой проекции
4. прицельная внутриротовая контактная рентгенография

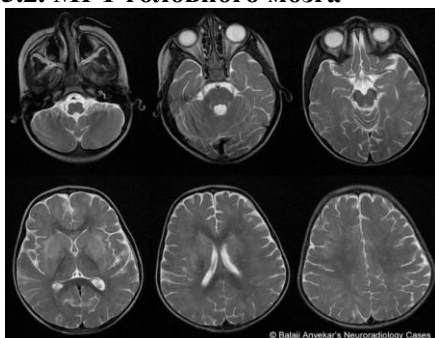
5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Компьютерная томография челюстей



Визуализация зон повреждения.

5.2. МРТ головного мозга



5.3. Рентгенограмма черепа в прямой проекции



5.4. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

На прицельной внутриротовой рентгенограмме разрежение костной структуры у корня 4.1 зуба.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом мыщелкового отростка справа со смещением и подбородочного отдела нижней челюсти на уровне 3.1-4.1 зубов
2. двусторонний перелом ветви нижней челюсти справа и тела нижней челюсти слева
3. двусторонний перелом венечного отростка справа и подбородочного отдела нижней челюсти на уровне 3.2-3.3 зубов
4. тройной перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка, ветви справа и тела нижней челюсти слева

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациентке показано лечение в объеме :

1. остеосинтеза с использованием мини-пластин
2. наложения назубных шин и пращевидной повязки
3. изготовления шины Вебера с наклонной плоскостью
4. остеосинтеза спицей Киршнера

Вопрос №5 Для динамической оценки функционального состояния кровеносных сосудов в травмированной области используется:

1. реовазография
2. ультразвуковое исследование сосудов шеи
3. доплерография пародонта зубов
4. реопародонтография

Вопрос №6 Для предупреждения воспалительных осложнений пациентке необходимо

назначить препараты:

1. антибактериальные
2. противовирусные
3. гемостатические
4. антиагрегантные

Вопрос №7 В первые два дня после травмы пациенту рекомендуется назначить

физиотерапевтическое лечение:

1. криотерапию сухим холодным воздухом
2. сухое тепло
3. ультравысокочастотную терапию
4. магнитотерапию

Вопрос №8 Через 3 дня после фиксации отломков пациентке рекомендуется назначить:

1. лечебную миогимнастику
2. рефлексотерапию
3. гирудотерапию
4. иглоукальвание

Вопрос №9 На каком сроке после травмы можно проводить остеосинтез, учитывая

наличие не тяжелой черепно-мозговой травмы?:

1. первые часы
2. вторые сутки
3. пятые сутки
4. седьмые сутки

Вопрос №10 Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать:

1. амбулаторное наблюдение у хирурга-стоматолога
2. амбулаторное наблюдение у врача-травматолога
3. амбулаторное наблюдение у врача-хирурга
4. наблюдение у врача-терапевта

Вопрос №11 После проведенного хирургического вмешательства пациентке с переломом нижней челюсти назначают стол №:

1. второй челюстной
2. первый челюстной
3. девятый
4. седьмой

Вопрос №12 После проведения бимаксиллярного шинирования назначается ____ стол:

1. первый челюстной
2. девятый

3. седьмой
4. второй челюстной

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 9

1.1. Ситуация

Пациент 24 лет обратился в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- болезненное открывание рта,
- смещение нижней челюсти в сторону.

1.3. Анамнез заболевания

Несколько часов назад на тренировке по волейболу получил удар в лицо, появилось болезненное открывание рта, боли в околоушной области справа.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания отрицает.
- Вредные привычки: отрицает.
- По профессии - спортсмен.
- Аллергическая реакция на лидокаин.

1.5. Объективный статус

Больной в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 79 кг, рост 180 см. Температура тела 36,8С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Местный статус. Лицо асимметрично, вследствие наличия отека околоушной области справа.

Кожные покровы лица чистые. Открывание рта 2,5 см, болезненное. В полости рта прикус перекрестный. При открывании рта подбородок смещается вправо. Преддверие рта глубокое.

Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Перкуссия зубов безболезненная. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Вопрос №1 Определить зону повреждения при клиническом исследовании возможно с помощью :

1. симптома «нагрузки»
2. пальпации шейных лимфатических узлов
3. прицельной внутриротовой рентгенограммы
4. осмотра околоушных слюнных желез

3. Результаты метода обследования

3.1. Симптом «нагрузки»

Во время обследования врач надавливает на заведомо неповрежденный участок нижней челюсти пострадавшего и в области перелома возникает резкая боль за счет смещения отломков и раздражения надкостницы. При давлении на подбородок пациент отмечает появление резкой боли в преддверной области справа.

3.2. Пальпация шейных лимфатических узлов

Лимфоузлы верхней, средней и нижней трети шеи не пальпируются, методика не позволяет уточнить расположение зоны перелома.

3.3. Прицельная внутриротовая рентгенограмма

На прицельной внутриротовой рентгенограмме повреждений не выявлено.

3.4. Осмотр околоушных слюнных желез

Визуальный осмотр патологии не выявил, слюна прозрачная.

Вопрос №2 Наиболее информативным современным инструментальным методом диагностики является:

1. компьютерная томография челюстей
2. ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области
3. рентгенография черепа в прямой проекции
4. прицельная внутриротовая контактная рентгенография

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Компьютерная томография челюстей



Визуализация зоны повреждения.

5.2. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области

По данным УЗИ изменений не обнаружено. Околоушные слюнные железы нормальной эхогенности. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

5.3. Рентгенограмма черепа в прямой проекции



Метод не позволяет получить детальную визуализацию зоны повреждения.

5.4. Прицельная внутриротовая контактная рентгенография

На внутри ротовой контактной рентгенограмме патологии не выявлено. Метод не позволяет получить детальную визуализацию зоны повреждения.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом мыщелкового отростка нижней челюсти справа со смещением
2. перелом ветви нижней челюсти справа
3. острый правосторонний паротит
4. ушиб мягких тканей в правой околоушно-жевательной области

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациентке показано лечение в объеме :

1. остеосинтеза с использованием внутренней фиксации посредством на костных мини пластин
2. шинирования по Айви
3. изготовления шины Порты
4. остеосинтеза костным швом

Вопрос №5 Для динамической оценки функционального состояния кровеносных сосудов в травмированной области используется:

1. реовазография
2. ультразвуковое исследование сосудов шеи
3. доплерография пародонта зубов
4. реопародонтография

Вопрос №6 На первом этапе репаративного процесса для уменьшения воспалительного процесса рекомендуется использовать препараты:

1. противовоспалительные
2. противовирусные
3. гемостатические
4. ранозаживляющие

Вопрос №7 Физиотерапевтическим лечением рекомендуемым пациенту в первые два дня после травмы является:

1. криотерапия сухим холодным воздухом
2. сухое тепло
3. УВЧ-терапия
4. магнитотерапия

Вопрос №8 Для стимуляции остеокластической резорбции в первые после травмы показано назначение паратиреоидного гормона _____ раз/раза в день:

1. 2
2. 3
3. 5
4. 1

Вопрос №9 Для увеличения остеоиндуктивной активности показано назначение:

1. витамина С
2. актовегина
3. аспирина
4. преднизолона

Вопрос №10 Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать:

1. амбулаторное наблюдение у хирурга-стоматолога
2. амбулаторное наблюдение у врача-травматолога
3. амбулаторное наблюдение у врача-хирурга
4. наблюдение у врача-терапевта

Вопрос №11 После операции пациенту необходимо назначить стол:

1. второй челюстной
2. первый челюстной
3. четвёртый
4. одиннадцатый

Вопрос №12 Лечение пациента с переломом нижней челюсти при наличии сотрясения головного мозга нужно производить в условиях:

1. челюстно-лицевого стационара
2. амбулаторного наблюдения поликлиники
3. дневного стационара
4. амбулаторного наблюдения травмпункта

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 10

1.1. Ситуация

Пациентка 45 лет обратилась в клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- ограничение открывания рта,
- боли в преддущной области справа,
- головную боль.

1.3. Анамнез заболевания

Упала на скользкой плитке тротуара. Потеряла сознание на несколько минут, три раза отмечалась рвота. Прохожими была вызвана скорая помощь, которой была доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания: хронический колит.
- Вредные привычки: отрицает.
- Профессиональных вредностей нет, домохозяйка.
- Аллергических реакций не было.

1.5. Объективный статус

Объективный статус: пациентка в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 75 кг, рост 170 см. Температура тела 37,1 С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Местный статус. Лицо асимметрично за счет наличия отека околоушной области справа.

Пальпация в проекции мышечного отростка справа резко болезненная. Имеется ссадина кожи в щечной области справа длиной 2 см, покрытая коркой. Кожные покровы лица физиологической

окраски. Открывание рта 2 см, болезненное. В полости рта прикус патологический. При открывании рта центральная линия смещается вправо. Преддверие рта глубокое. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Перкуссия зубов безболезненная. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Вопрос №1 При проведении клинического обследования необходимо провести:

1. осмотр полости рта
2. пальпацию периферических лимфоузлов
3. определение симптома Кернига
4. определение симптома Щеткина

3. Результаты метода обследования

3.1. Осмотр полости рта

В полости рта прикус патологический. При открывании рта центральная линия смещается вправо.

3.2. Пальпация периферических лимфоузлов

В подчелюстной области пальпируются единичные, не увеличенные лимфоузлы.

3.3. Определение симптома Кернига

Симптом отрицательный, не выявляется при данной травме.

3.4. Определение симптома Щеткина

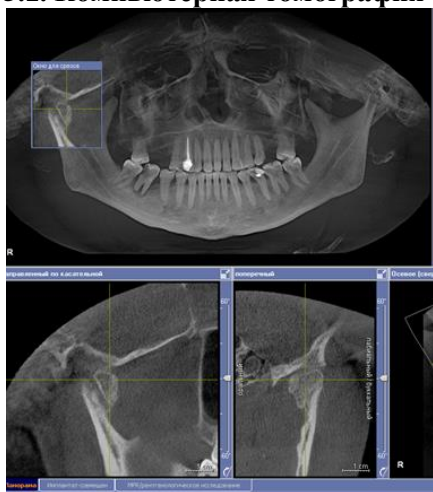
Симптом отрицательный, не выявляется при данной травме.

Вопрос №2 Необходимым для постановки диагноза информативным современным инструментальным методом обследования является:

1. компьютерная томография челюстей
2. электроодонтодиагностика
3. ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области
4. ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

5. Результаты инструментального метода обследования

5.1. Компьютерная томография челюстей



Визуализация зоны повреждения.

5.2. Электроодонтодиагностика

Показатели электроодонтометрии:

31 зуб- 15 мкА

41 зуб 10 мкА

5.3. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области

По данным УЗИ изменений не обнаружено. Большие слюнные железы нормальной эхогенности. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

5.4. Ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

Данные УЗИ свидетельствуют об отсутствии гемодинамически значимых изменениях сосудов головного мозга.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка справа с вывихом головки вовнутрь
2. перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка справа со смещением по оси
3. перелом нижней челюсти в области мыщелкового отростка справа без смещения

4. внутрисуставной перелом мышцелкового отростка нижней челюсти справа

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Для профилактики гнойно-воспалительных осложнений при увеличении отека и болезненности, пациентке в послеоперационном периоде необходимо назначить:

1. антибактериальную терапию
2. стафилококковый анатоксин
3. преднизолон
4. гамма-глобулин

Вопрос №5 Пациентке показано лечение в объеме :

1. накостного остеосинтеза с использованием мини-пластин
2. наложения назубных шин и пращевидной повязки
3. кондилэктомии с артропластикой
4. остеосинтеза спицей Киршнера

Вопрос №6 Доступом для оперативного вмешательства на мышцелковом отростке, является:

1. интраоральный
2. заушный
3. по Ковтуновичу
4. поднижнечелюстной

Вопрос №7 Для динамической оценки функционального состояния кровеносных сосудов в травмированной области используется:

1. реовазография
2. ультразвуковое исследование сосудов шеи
3. доплерография пародонта зубов
4. реопародонтография

Вопрос №8 Начиная с третьих суток после оперативного вмешательства для стимуляции пролиферативного процесса целесообразно назначать:

1. паратиреоидин
2. фраксипарин
3. амоксициллин
4. пиридоксина гидрохлорид

Вопрос №9 Лечение пациентки с переломом нижней челюсти и сотрясением головного мозга нужно производить в условиях :

1. челюстно-лицевого стационара
2. «дневного стационара»
3. амбулаторных (в поликлинике)
4. амбулаторных (в травмпункте)

Вопрос №10 После проведенного хирургического вмешательства пациентке с переломом нижней челюсти рекомендован стол №:

1. второй челюстной
2. первый челюстной
3. третий
4. седьмой

Вопрос №11 Пациентке с переломом нижней челюсти при использовании в лечении методов иммобилизации, позволяющих открывать рот показано _____ пероральное питание:

1. физиологическое
2. искусственное
3. парентеральное
4. энтеральное

Вопрос №12 Пациентам с сотрясением головного мозга показан постельный режим в течение _____ дней:

1. 7
2. 3
3. 14
4. 20

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 11

1.1. Ситуация

Мужчина 33 лет, обратился в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- боли в области нижней челюсти слева.

1.3. Анамнез заболевания

Вчера споткнулся на улице, упал и ударился лицом об асфальт. Сознания не терял, вечером появились сильные головные боли. Тошноты, рвоты, эпизодов амнезии не отмечает. На утро сегодняшнего дня отмечает сильную боль в области нижней челюсти, болезненное открывание рта, в связи с чем обратился к врачу-хирургу в поликлинику по месту жительства. Был направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.4. Анамнез жизни

- Сопутствующие заболевания: бронхиальная астма с частыми обострениями.
- Вредные привычки: отрицает.
- Профессиональных вредностей не имеет, системный администратор.
- Аллергическая реакция на новокаин, лидокаин в виде крапивницы, пыльцу растений.

1.5. Объективный статус

Больной в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 70 кг, рост 176 см. Температура тела 37,1 °С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Лицо асимметрично за счет наличия отека и гематомы в щечной области слева. Кожные покровы лица чистые. Открывание рта 3 см, резко болезненное. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При пальпации нижней челюсти определяется “ступенька” по краю нижней челюсти в области тела слева. Симптом прямой и не прямой нагрузки положительный в области тела нижней челюсти слева и мышечкового отростка слева.

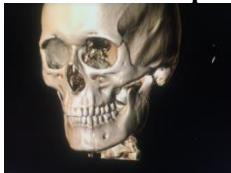
Прикус: ортогнатический. Преддверие рта глубокое. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Имеется участок кровоизлияния в слизистую оболочку в области 3.3-3.4 зубов. Перкуссия 3.3,3.4 зубов слабо болезненная, подвижность не значительная.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации современным инструментальным методам исследования относится:

1. компьютерная томография челюстно-лицевой области
2. внутриротовая рентгенография зубов
3. УЗИ челюстно-лицевой области
4. ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Компьютерная томография челюстно-лицевой области



3.2. Внутриротовая рентгенография зубов

На прицельной внутриротовой рентгенографии зубов костно-травматических повреждений не обнаружено.

3.3. УЗИ челюстно-лицевой области

По данным УЗИ изменений не обнаружено. Околоушные слюнные железы нормальной эхогенности. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

3.4. Ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

Данные УЗДГ свидетельствуют об отсутствии гемодинамически значимых изменениях сосудов головного мозга. Метод не позволяет выявить повреждение костных структур.

Вопрос №2 Пациенту необходимо выполнить метод лабораторной диагностики:

1. клинический анализ крови
2. коагулограмму
3. определение группы крови и резус-принадлежности
4. иммунологическое исследование

5. Результаты метода обследования

5.1. Клинический анализ крови

показатели	ед. измерения	данные исследования	средние для вида
Гематокрит (Hct, PCV)	%	50,0	38,0-55,0 (старше 6 мес) 33,0-42,0 (3-6 мес) // 23,0-34,0 (до 2 мес)
Гемоглобин (Hb)	г/л	165	150-180 (старше 6 мес) 110-150 (3-6 мес) // 77-110 (до 2 мес)
Эритроциты (RBC)	$\times 10^{12}$ /л	8,02	5,50-8,00 (старше 6 мес) 4,70-6,30 (3-6 мес) // 3,40-4,90 (до 2 мес)
Лейкоциты (WBC)	$\times 10^9$ /л	18,9	6,0 - 16,0
Бластные клетки	%	0	0
Миелоциты	%	0	0
Метамиелоциты	%	0	0
Палочкоядерные нейтрофилы	%	1	0 - 3
Сегментоядерные нейтрофилы	%	81	60 - 70
Эозинофилы (EOS)	%	2	0 - 5
Моноциты (MONO)	%	6	2 - 7
Базофилы (BAS)	%	0	0 - 1
Лимфоциты (LYM)	%	10	12-30 (старше 3-х мес)
Тромбоциты (PLT)	$\times 10^9$ /л	531	160 - 550
Количество тромбоцитов в п/зр (по назву при наличии макроцитозе в пробе)	в поле зрения (HPF)	-	> 5
СОЭ	мм/ч	17	1 - 6
Центрные эритроциты (нормобласты)	на 100 лейкоцитов	1	0
Показатель анизоцитоза эритроцитов (RDW)	%	17,4	11,9 - 18,0
Средняя конц. Hb в эритроците (MCHC)	%	33,0	33,0 - 38,0
Средний объем эритроцита (MCV)	мм ³ (фл)	62,4	62,0 - 72,5
Среднее содержание Hb в эритроците (MCH)	пг	20,6	21,0 - 26,0
Скорректированные (истинные) лейкоциты	$\times 10^9$ /л	18,7	6,0 - 16,0
Палочкоядерные нейтрофилы ABS	$\times 10^9$ /л	0,19	0,00 - 0,30
Сегментоядерные нейтрофилы ABS	$\times 10^9$ /л	15,28	3,00 - 11,50
Эозинофилы ABS	$\times 10^9$ /л	0,38	0,10 - 1,50
Базофилы ABS	$\times 10^9$ /л	0,00	0,00 - 0,10
Моноциты ABS	$\times 10^9$ /л	1,13	0,20 - 1,20
Лимфоциты ABS	$\times 10^9$ /л	1,89	1,00 - 4,80

5.2. Коагулограмма

Исследование	Норма	Результат
AЧТВ	24-34 сек	26,8
Протромбиновое время	13-18 сек	14,6
Протромбиновый индекс по Каву	79-130 %	104,0
MHO	0,85-1,15	1,05
Тромбиновое время	14-20 сек	15,3
Фибриноген	1,8-4,0 г/л	1,94
Фибринолитическая активность	5-12 ммоль/л	20
Антитромбин III	80-130 %	101,8

5.3. Определение группы крови и резус-принадлежности

Откл	Показатель	Результат	Ед.
	Группа крови	Группа крови	
	Rh (D)	III (Ba)	
	hr (C)	Резус-фактор	
		(+)	
		(-)	

Исполнители: Федосеев А. В.

5.4. Иммунологическое исследование

Название теста	Результат		Референсные значения	
	Абсолютный	Относительный, %	Абсолютные числа	Относительные числа, %
лимфоциты CD3	1,996 10^9 /л	72	1,0-2,4	68-80
келлеры CD4	1,201 10^9 /л	43	0,6-1,7	33-50
супрессоры CD8	0,977 10^9 /л	35	0,3-1,0	16-39
лимфоциты CD19	0,558 10^9 /л	20	0,04-0,4	5-22
tal NK CD16/CD56	0,251 10^9 /л	9	0,045-0,7	5-25
lto CD4/CD8	1,23		1,5 - 2	-
Иммунограмма				
Название теста	Результат		Референсные значения	
гоцитоз	54 %		40 - 80	
гоцитарное число	4		4 - 9	
муноглобулин A	324 мг/дл		70 - 400	
муноглобулин M	66 мг/дл		40 - 230	
муноглобулин G	13,15 г/л		7 - 16	
i компонент комплемента	1,23 г/л		0,9 - 1,8	
i компонент комплемента	0,33 г/л		0,1 - 0,4	
IK (циркулирующие иммунные комплексы)	<2 ммоль/л		0,0 - 20,0	
Биохимический анализ крови				
Название теста	Результат		Референсные значения	
Б (ультрачувствительный)	-2,91 мкг/л		- 0 - 6	

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом нижней челюсти в области тела слева и основания мышелкового отростка слева
2. двусторонний перелом нижней челюсти в области мышелковых отростков нижней челюсти
3. перелом ветви нижней челюсти слева и тела нижней челюсти
4. двусторонний перелом в области углов нижней челюсти

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациенту показано лечение :

1. двучелюстношинирование по Тигерштедту с наложением межчелюстных эластических тяг
2. остеосинтез нижней челюсти
3. изготовление гладкой шины-скобы
4. ношение теменно-подбородочной пращи

Вопрос №5 В первые дни после травмы для усиления остеокластической резорбции назначают:

1. паратиреоидный гормон
2. дексаметазон
3. эуфиллин
4. препараты железа

Вопрос №6 У пациента на третьи сутки после травмы, выявлено нарастание отека мягких тканей, необходимо назначить препараты:

1. антибактериальные
2. противовирусные
3. противогрибковые
4. гемостатические

Вопрос №7 На первом этапе репаративного процесса к паратиреоидному гормону рекомендуется назначить:

1. тималин
2. церукал
3. препараты фтора
4. препараты солей железа

Вопрос №8 Физиотерапевтическим методом назначаемым с третьих суток является:

1. ультравысокочастотная терапия
2. электростимуляция
3. ультрафонофорез
4. ионофорез

Вопрос №9 Через 3-4 недели после шинирования пациенту рекомендуется:

1. лечебная миогимнастика
2. массаж лица
3. гирудотерапия
4. ношение разгрузочных капп

Вопрос №10 Для увеличения остеоиндуктивной активности применяют :

1. витамин С
2. препараты железа
3. иммуноглобулина
4. детралекс

Вопрос №11 Пациенту необходимо назначить стол:

1. первый челюстной стол (консистенции сливок)
2. второй челюстной
3. третий
4. двенадцатый

Вопрос №12 Зубы с периапикальными хроническими очагами в зоне перелома необходимо:

1. удалить
2. сохранить
3. сохранить после резекции корня
4. сохранить после эндодонтического лечения

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 12

1.1. Ситуация

Пациентка 36 лет доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- боли в области нижней челюсти слева,
- нарушение прикуса,
- головную боль.

1.3. Анамнез заболевания

Несколько часов назад попала в автомобильную аварию, находясь в маршрутном такси. Ударилась лицом о металлическую опору, потеряла сознание на несколько минут. Машиной скорой помощи была доставлена в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии.

1.4. Анамнез жизни

- Хронические заболевания отрицает.
- Вредные привычки: отрицает.
- Домохозяйка.
- Поливалентная аллергия на местные анестетики в виде отека Квинке.

1.5. Объективный статус

Больная в сознании. Состояние средней тяжести. Вес 60 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6 °С. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 74 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Лицо асимметрично за счет наличия отека и гематомы в области угла нижней челюсти слева.

Кожные покровы лица физиологической окраски. Открывание рта 2,5 см, болезненное. Носовое дыхание не затруднено. Глотание свободное, безболезненное. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

При пальпации нижней челюсти определяется “ступенька” по краю нижней челюсти в области угла слева. Симптом прямой и не прямой нагрузки положительный в области угла справа и подбородочного отдела нижней челюсти.

В полости рта прикус перекрестный за счет смещения нижней челюсти влево. Преддверие рта глубокое. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, умеренно увлажнена, без патологических высыпных элементов. Имеется дефект слизистой оболочки в ретромолярной области слева, кровоизлияние в слизистую оболочку на уровне 3.1-4.1 зубов. Перкуссия зубов безболезненная.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации современным инструментальным методам исследования относится:

1. компьютерная томография челюстно-лицевой области
2. электроодонтодиагностика
3. ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области
4. ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Компьютерная томография челюстно-лицевой области



Визуализация зоны повреждения.

3.2. Электроодонтодиагностика

Показатели электроодонтометрии:

31зуб 15 мкА

41 зуб 10 мкА.

3.3. Ультразвуковое исследование челюстно-лицевой области

По данным УЗИ изменений не обнаружено. Большие слюнные железы нормальной эхогенности. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

3.4. Ультразвуковая диагностика сосудов головного мозга

Данные УЗДГ свидетельствуют об отсутствии гемодинамически значимых изменениях сосудов головного мозга.

Вопрос №2 Учитывая обстоятельства травмы и анамнез заболевания необходимо привлечь специалиста смежной специальности:

1. врача-невролога
2. врача-офтальмолога
3. врача-оториноларинголога
4. врача-терапевта

5. Результаты метода обследования

5.1. Врач-невролог

Заключение: сотрясение головного мозга легкой степени тяжести.

5.2. Врач-офтальмолог

Патологии не выявлено, VIS OD1,0; OS1,0

В компетенцию специалиста не входит оценка неврологического статуса.

5.3. Врач-оториноларинголог

Патологии со стороны органов рото и носоглотки не выявлено. В компетенцию специалиста не входит оценка неврологического статуса.

5.4. Врач-терапевт

Соматической патологии не выявлено. В компетенцию специалиста не входит оценка неврологического статуса.

Вопрос №3 Предполагаемым основным диагнозом является:

1. перелом нижней челюсти в области угла слева и перелом подбородочного отдела нижней челюсти на уровне 3.1-4.1 зубов
2. ушиб нижней челюсти слева
3. ушиб мягких тканей лица
4. двусторонний перелом нижней челюсти в области угла нижней челюсти слева и тела нижней челюсти справа

7. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №4 Пациентке показано лечение :

1. остеосинтез с использованием наkostных мини пластин
2. наложение назубных шин и працевидной повязки
3. изготовление шины Вебера с наклонной плоскостью
4. остеосинтез спицей Киршнера

Вопрос №5 Зубы с различными патологическими изменениями и состояниями необходимо :

1. обязательно удалять
2. удалять только подвижные
3. сохранять
4. сохранять, после эндодонтического лечения

Вопрос №6 При развитии воспалительных явлений необходимо назначить препараты:

1. антибактериальные
2. противовирусные
3. противогрибковые
4. гемостатические

Вопрос №7 На первом этапе репаративного процесса рекомендуется использовать препараты:

1. содержащие гормоны паращитовидной и вилочковой железы
2. калия
3. фтора
4. солей железа

Вопрос №8 Лечение пациентки с переломом нижней челюсти и сотрясением головного мозга нужно производить в условиях :

1. челюстно-лицевого стационара
2. «дневного стационара»
3. амбулаторных (на дому)
4. амбулаторных (в травмпункте)

Вопрос №9 Физиотерапевтическим лечением рекомендуемым пациентке, начиная с 3-х суток после травмы, является:

1. ультравысокочастотная терапия
2. электростимуляция

3. ультратонотерапия
4. галотерапия

Вопрос №10 На каком сроке после травмы можно проводить остеосинтез, учитывая наличие не тяжелой черепно-мозговой травмы?:

1. первые часы после травмы
2. вторые сутки
3. пятые сутки после травмы
4. седьмые сутки после травмы

Вопрос №11 Физиотерапевтическим лечением показанным при инфицированных открытых перелома челюстей является:

1. переменное магнитное поле
2. электрофорез с лидазой
3. ультравысокочастотная терапия
4. электростимуляция

Вопрос №12 После проведения остеосинтеза пациентке рекомендован _____ стол:

1. второй челюстной
2. первый челюстной
3. четвертый
4. седьмой

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 6

Ситуационная задача 1

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлость нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону, резкая боль при перкуссии, из-под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Проведите дополнительное обследование.
3. Окажите неотложную помощь.
4. Спланируйте реставрацию фронтальных зубов верхней челюсти.

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
2. Обследование: рентгенологическое и ЭОД.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволоочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. 12 - восстановление анатомической формы, цвета фотокомпозитом. 21 - восстановление культевой вкладкой с последующим покрытием керамической или пластмассовой коронкой. Или восстановление анатомической формы фотокомпозитом на стекловолоконном штифте.

5. Профилактику столбняка: 1. введение противостолбнячного анатоксина (БСА) под лопатку подкожно 1 мл без проведения пробы или 2. введение противостолбнячной сыворотки (БСС) в плечо подкожно 3000МЕ после проведения пробы.

Ситуационная задача 2

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
3. Назовите варианты пластики.
4. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?.
5. Методы послеоперационного ведения?

Ответ:

-Мукозогенная контрактура нижней челюсти.

-Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.

-Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.

-Непосредственно во время хирургического вмешательства – кровотечение, недостаток пластического материала. В ближайшем послеоперационном периоде возможно инфицирование, ишемия или некроз пересаженных тканей. Отдалённые осложнения – рубцовая деформация.

-В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) РЕНТГЕНОДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРИМЕНЯЕМЫМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. экстраоральная рентгенография
 2. артрография
 3. ангиография
 4. сиалография
- 2) УКЛАДКА ГОЛОВЫ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК
 1. носоподбородочная
 2. боковая нижней челюсти
 3. задняя полуаксиальная
 4. прямая нижней челюсти
- 3) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. невозможность сомкнуть зубы
 2. слезотечение
 3. снижение высоты прикуса
 4. заложенность в ухе
- 4) РАЗВИТИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СИМПТОМА «ПТИЧЬЕ ЛИЦО» ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
 1. анкилоза
 2. острого артрита
 3. хронического артрита
 4. рубцовой контрактуры
- 5) ВЫПАДЕНИЕ ЗУБА ИЗ ЕГО ЛУНКИ НАЗЫВАЮТ
 1. полным вывихом
 2. вколоченным вывихом
 3. неполным вывихом
 4. переломом корня
- 6) ТОЛЬКО ПРИ ПАЛЬПАТОРНОМ ИССЛЕДОВАНИИ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ
 1. консистенцию тканей

2. глубину пародонтальных карманов
3. цитологическую картину патологического процесса
4. характер внутрикостных изменений патологического очага
- 7) В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ ТЕРАПИЯ
 1. антибактериальная
 2. лучевая
 3. фотодинамическая
 4. мануальная
- 8) ПРИ АБСЦЕДИРОВАНИИ ФУРУНКУЛА ПАЦИЕНТУ ПРОВОДЯТ
 1. вскрытие абсцесса
 2. обработку кожи этиловым спиртом 70%
 3. блокаду раствором лидокаина 0,25%
 4. физиотерапию
- 9) ОСНОВНОЙ ЖАЛОБОЙ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. кровотечение из носового хода на стороне поражения
 2. нарушение смыкания зубных рядов
 3. возникновение периодических приступов головокружения и тошноты
 4. двоение в глазах при взгляде в сторону
- 10) ОТКРЫТЫЙ ПРИКУС И СМЕЩЕНИЕ ПОДБОРОДКА К ПЕРЕДИ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНОГО ПРИ
 1. двустороннем вывихе височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 2. двустороннем переломе мышцелкового отростка
 3. одностороннем переломе мышцелкового отростка
 4. двустороннем переломе нижней челюсти в области премоляров
- 11) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ДЛЯ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕФОР I ЯВЛЯЕТСЯ
 1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 2. носовое кровотечение
 3. ограничение открывания рта
 4. разрыв слизистой оболочки в области альвеолярного отростка
- 12) ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЮЩАЯСЯ ТРАВМАТИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ
 1. тело нижней челюсти
 2. мышцелковый отросток
 3. венечный отросток
 4. ветвь нижней челюсти
- 13) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ ДУГИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. западение в области скуловой дуги
 2. деформация носа
 3. ограничение боковых движений нижней челюсти
 4. нарушение кожной чувствительности в подглазничной области
- 14) ПРИЧИНОЙ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ НОСОВОГО ХОДА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. повреждение стенок верхнечелюстного синуса с разрывом слизистой
 2. травма слизистой носового хода
 3. повышение внутричерепного давления в результате травмы
 4. повреждение лицевой артерии
- 15) НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ, БОКОВОЙ ПОВЕРХНОСТИ НОСА, ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ

1. подглазничного нерва
 2. мягких тканей
 3. лицевого нерва
 4. третьей ветви тройничного нерва
- 16) НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
1. увеличена
 2. уплощена
 3. уменьшена
 4. смещена
- 17) НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЛИНИИ ПЕРЕЛОМА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. угол челюсти
 2. венечный отросток
 3. подбородочный отдел
 4. ветвь в продольном направлении
- 18) К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПОСЛЕ ОТКРЫТОГО ДВУСТОРОННЕГО ТРАВМАТИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ОТЛОМКОВ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ
1. кровотечение из щелей перелома челюсти
 2. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. ложный сустав
 4. нагноение костной раны
- 19) ДЛЯ ДВУХСТОРОННИХ ПЕРЕЛОМОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ ТЕЛА, УГЛОВ, ВЕТВИ И МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДНЕГО ОТЛОМКА В НАПРАВЛЕНИИ
1. вниз и кзади
 2. вниз и кпереди
 3. вверх и кзади
 4. вверх и кпереди
- 20) ПЕРЕЛОМ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ТИПУ ЛЕ ФОР I (НИЖНИЙ ТИП ПЕРЕЛОМА) ПРОХОДИТ
1. от основания грушевидной вырезки, через основание альвеолярной части и бугра верхней челюсти к вершине крыловидных отростков
 2. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и нижнеглазничный край, в области скуло-верхнечелюстного шва
 3. в месте сочленения носовых костей с носовой частью лобной кости, через дно орбиты и наружный край орбиты в области скуло-лобного шва
 4. от резцового возвышения кзади, через твёрдое и мягкое нёбо
- 21) НАЛИЧИЕ У ПОСТРАДАВШЕГО СИМПТОМА «ЛИЦА ПАНДЫ» (ОТЁКА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА В СОЧЕТАНИИ С КРОВОИЗЛИЯНИЯМИ В ПАРАОРБИТАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ С ОБЕИХ СТОРОН) ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. перелома верхней челюсти
 2. перелома скулоорбитального комплекса
 3. изолированного перелома костей дна орбиты «взрывного типа»
 4. двустороннего повреждения височно-нижнечелюстных суставов
- 22) СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
1. книзу и кзади
 2. кверху и вперёд
 3. медиально и вперёд
 4. латерально и кверху
- 23) СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
1. крючок крыловидного отростка снизу вверх

2. подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 3. подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 4. скуловые кости снизу вверх
- 24) СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
1. подбородок при полуоткрытом рте спереди назад
 2. подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 3. скуловые кости снизу вверх
 4. давлением на крючок крыловидного отростка спереди назад
- 25) ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ В
1. неравномерном поражении кожи лица
 2. значительной аутоинтоксикации
 3. течении раневого процесса
 4. быстром развитии гнойно-септических осложнений
- 26) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома
 2. кровотечение из носа
 3. разрыв слизистой альвеолярного отростка
 4. нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе
- 27) ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ
1. книзу
 2. вверх
 3. медиально
 4. латерально
- 28) К ПОЗДНЕМУ ОСЛОЖНЕНИЮ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ
1. вторичные деформации лицевого скелета
 2. гипосаливацию
 3. нарушение смыкания зубов
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 29) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
1. травматический остеомиелит
 2. асфиксия
 3. травматический шок
 4. потеря сознания
- 30) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПЕРЕЛОМОВ ЛАТЕРАЛЬНОГО ОТДЕЛА СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
1. диплопия
 2. нарушение смыкания зубов
 3. асфиксия
 4. потеря сознания
- 31) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВНУТРИСУСТАВНОГО ПЕРЕЛОМА МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
 2. дислокационная асфиксия
 3. регионарный лимфаденит
 4. потеря сознания
- 32) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ложный сустав
 2. дислокационная асфиксия

3. макрогнатия
4. микрогнатия
- 33) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. травматический верхнечелюстной синусит
 2. асфиксия
 3. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 4. тромбофлебит вен лица
- 34) ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В ТЕЧЕНИИ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. очаговое нарушение костеобразования
 2. острый пульпит
 3. перелом челюсти
 4. рецидив кисты
- 35) К ВИДАМ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
 1. передний
 2. средний
 3. наружный
 4. прямой
- 36) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
 2. головная боль
 3. носовое кровотечение
 4. патологическая подвижность нижней челюсти
- 37) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти
 2. носовое кровотечение
 3. головная боль
 4. патологическая подвижность верхнечелюстных костей
- 38) СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР I ЯВЛЯЕТСЯ
 1. отрыв альвеолярного отростка
 2. суборбитальный
 3. суббазальный
 4. отрыв альвеолярной части
- 39) СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР II ЯВЛЯЕТСЯ
 1. суборбитальный
 2. суббазальный
 3. отрыв альвеолярного отростка
 4. отрыв альвеолярной части
- 40) СИНОНИМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ЛЕ-ФОР III ЯВЛЯЕТСЯ
 1. суббазальный
 2. суборбитальный
 3. отрыв альвеолярного отростка
 4. отрыв альвеолярной части
- 41) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ
 1. суббазальном переломе верхней челюсти
 2. отрыве альвеолярного отростка
 3. суборбитальном переломе верхней челюсти
 4. отрыве альвеолярной части нижней челюсти
- 42) НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ НЕРВОВ, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ
 1. суббазальном переломе верхней челюсти
 2. отрыве альвеолярного отростка

3. суборбитальном переломе верхней челюсти
4. отрыве альвеолярной части нижней челюсти
- 43) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ликворея
 2. кровотечение из носа
 3. патологическая подвижность нижней челюсти
 4. патологическая подвижность верхней челюсти
- 44) К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
 1. уплощение скуловой области, диплопия
 2. гематому скуловой области
 3. кровоизлияние в нижнее веко
 4. кровотечение из носа, головокружение
- 45) ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. смещение отломков
 2. гематома
 3. воспалительная реакция
 4. травма жевательных мышц
- 46) ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. смещение глазного яблока
 2. воспалительная реакция
 3. травма глазного яблока
 4. травма зрительного нерва
- 47) ПРИ ОЖОГЕ I СТЕПЕНИ ПОРАЖАЕТСЯ
 1. поверхностный эпидермис
 2. кожа и подлежащие ткани
 3. все слои эпидермиса
 4. поверхностный эпидермис и капилляры
- 48) ПРИ ОЖОГЕ II СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
 1. эпидермис и сосочковый слой дермы
 2. кожа и подлежащие ткани
 3. кожа и мышцы
 4. все слои эпидермиса
- 49) ПРИ ОЖОГЕ III(A) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
 1. эпидермиса и дермы с сохранением дериватов кожи
 2. кожи и подлежащих тканей
 3. поверхностного эпидермиса
 4. поверхностного эпидермиса и капилляров
- 50) ПРИ ОЖОГЕ III(B) СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
 1. эпидермиса и дермы, частично гиподермы
 2. кожи и подлежащих тканей
 3. поверхностного эпидермиса
 4. поверхностного эпидермиса и капилляров
- 51) ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПРОИСХОДИТ ПОРАЖЕНИЕ
 1. кожи и подлежащих тканей
 2. поверхностного эпидермиса
 3. поверхностного эпидермиса и капилляров
 4. всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- 52) АСФИКСИЮ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НАЗЫВАЮТ
 1. обтурационной
 2. стенотической

3. клапанной
4. аспирационной
- 53) АСФИКСИЮ ОТ СДАВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ НАЗЫВАЮТ
 1. стенотической
 2. клапанной
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 54) АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЁННЫМИ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ОРГАНАМИ НАЗЫВАЮТ
 1. дислокационной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 55) АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СВЯЗИ С ВДЫХАНИЕМ ЖИДКОГО РАНЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТНЫХ МАСС НАЗЫВАЮТ
 1. аспирационной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. дислокационной
- 56) АСФИКСИЮ ОТ ЧАСТИЧНОГО И ПЕРИОДИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ТКАНЯМИ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА НАЗЫВАЮТ
 1. клапанной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 57) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ _____ НЕРВА
 1. II ветви тройничного
 2. I ветви тройничного
 3. III ветви тройничного
 4. лицевого
- 58) СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ
 1. вниз
 2. вверх
 3. кпереди
 4. кзади
- 59) КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
 1. деформации в области скуловой кости
 2. уплотнения кожи
 3. более спастического характера
 4. гиперемия кожи
- 60) ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
 1. синдроме Гольденхара
 2. тетраде Фалло
 3. синдроме Пьера-Робина
 4. врождённом черепно-ключичный дизостозе
- 61) К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЪЁМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
 1. саркома
 2. травматическое поражение

3. радикулярная киста
4. капиллярная гемангиома
- 62) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. смещение костей носа
 2. подкожная эмфизема
 3. затруднение носового дыхания
 4. гематома
- 63) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 2. артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. нижняя макрогнатия
 4. снижение высоты прикуса
- 64) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. снижение высоты суставного бугорка
 2. артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. нижняя макрогнатия
 4. снижение высоты прикуса
- 65) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. невозможность сомкнуть зубы
 2. слезотечение
 3. снижение высоты прикуса
 4. заложенность в ухе
- 66) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ограничение открывания рта
 2. верхняя макрогнатия
 3. снижение высоты прикуса
 4. укорочение ветвей нижней челюсти
- 67) О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
 1. положительный тест двойного пятна
 2. положительная реакция Вассермана
 3. симптом Малевича
 4. снижение количества альбуминов в крови
- 68) МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ультразвуковая доплерография
 2. контрастная ангиография
 3. ортопантограмма
 4. сцинтиграфия
- 69) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
 1. рентгенография
 2. биопсия
 3. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 4. радиоизотопное исследование
- 70) КОНТРОЛЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
 1. доплерографии
 2. компьютерной томографии
 3. ангиографии
 4. сиалографии

- 71) МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО
1. стериолитографической модели
 2. панорамной рентгенограмме
 3. ортопантомограмме
 4. обзорной рентгенограмме
- 72) ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО
1. компьютерной томограмме
 2. ортопантомограмме
 3. панорамной рентгенограмме
 4. боковой рентгенограмме нижней челюсти
- 73) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ
1. рентгенография
 2. биопсия
 3. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 4. радиоизотопное исследование
- 74) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
1. компьютерная томография
 2. цитологическое
 3. радиоизотопное
 4. биохимическое
- 75) К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ
1. нарушение прикуса, боль, припухлость
 2. боль, сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
 4. общее недомогание, головная боль
- 76) К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ
1. нарушение прикуса, боль, припухлость
 2. боль, сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
 4. общее недомогание, головная боль
- 77) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
1. уменьшена
 2. деформирована
 3. увеличена
 4. не изменена
- 78) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
1. увеличена
 2. уменьшена
 3. деформирована
 4. несимметрична
- 79) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
1. уплощена
 2. уменьшена
 3. увеличена
 4. несимметрична
- 80) РАСЧЁТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
1. телерентгенограмме
 2. ортопантомограмме
 3. панорамной рентгенограмме

4. компьютерной томограмме
- 81) РАСЧЁТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ
 1. ортодонт
 2. ортопед
 3. терапевт
 4. хирург
- 82) РАСЧЁТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
 1. диагностическим моделям и телерентгенограмме
 2. ортопантомограмме
 3. компьютерной томограмме
 4. панорамной рентгенограмме
- 83) ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ
 1. снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от неё общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
 2. снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от неё внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
 3. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
 4. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена
- 84) ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
 1. восстановления правильного анатомического положения органа
 2. трахеотомии
 3. удаления инородного тела
 4. коникотомии
- 85) ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ
 1. дыхания
 2. жевания
 3. глотания
 4. речи
- 86) ПРИ «ИНДИЙСКОМ» СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ
 1. со лба
 2. со щеки
 3. с шеи
 4. с плеча
- 87) КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У
 1. животного
 2. близкого родственника
 3. самого пациента
 4. трупа
- 88) СОГЛАСНО ОСНОВНОМУ ПРАВИЛУ ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ СЛЕДУЕТ
 1. исключить натяжение перемещённых тканей
 2. не ушивать рану наглухо
 3. не выполнять мобилизацию тканей
 4. минимизировать длину разреза
- 89) ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ
 1. кожи и подкожно-жировой клетчатки

2. расщепленной кожи
 3. кожи и мышцы
 4. кожи, мышцы и кости
- 90) СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
1. контурной пластике
 2. замещении дефектов кожи
 3. миопластике
 4. хейлопластике
- 91) ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. при полном отсутствии зубов
 2. при частичной адентии
 3. с дефектом кости
 4. с переломом корней зубов
- 92) ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
1. ветвей челюсти
 2. углов челюсти
 3. первых премоляров
 4. подбородка
- 93) НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. повреждение нижнеальвеолярной артерии
 2. слюнной свищ
 3. ишемия тканей операционной области
 4. парез маргинальной ветви лицевого нерва
- 94) ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
1. спицей
 2. минипластинами
 3. стальной проволокой
 4. бронзово-алюминиевой лигатурой
- 95) ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. внеочаговый остеосинтез
 2. трансочаговый остеосинтез
 3. остеосинтез на костными конструкциями
 4. внутрикостный шов
- 96) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА
1. Порта
 2. Тигерштедта
 3. Ванкевич
 4. гладкая шина-скоба
- 97) МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
1. титановыми винтами
 2. спицей
 3. шурупами
 4. проволочной лигатурой
- 98) РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
1. элеватором Волкова
 2. крючком Лимберга
 3. прямым элеватором

4. носовым зеркалом
- 99) ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ
 1. 48 часов
 2. 24 часа
 3. 8-12 часов
 4. 8 суток
- 100) ВТОРИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ
 1. медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
 2. отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
 3. эпителизации раны
 4. на 4-5 сутки
- 101) ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. репозиция скуловой кости
 2. остеотомия верхней челюсти
 3. верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
 4. радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
- 102) ОТСРОЧЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 1. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 2. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 3. первичной хирургической обработке раны
 4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- 103) ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ
 1. после отторжения струпа и развития грануляций
 2. как можно раньше
 3. на 5 сутки после ожога
 4. с момента эпителизации
- 104) МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
 1. встречных треугольных
 2. на питающей ножке
 3. на сосудистом анастомозе
 4. свободных кожных лоскутов
- 105) МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ НОСИТ НАЗВАНИЕ МЕТОДИКИ
 1. Лимберга
 2. Миларда
 3. Седилло
 4. Аббе
- 106) ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ
 1. смена диагоналей
 2. смена шовного материала
 3. смена катетов
 4. расхождение краёв раны
- 107) НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ ЯВЛЯЕТСЯ _____ С _____ УГЛОМ
 1. меньший; острым

2. меньший; тупым
 3. больший; тупым
 4. меньший; прямым
- 108) МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ
1. послойным ушиванием раны без мобилизации краёв
 2. мобилизацией краёв раны с фиксацией пластырем
 3. наложением только погружных швов
 4. наложением только разгружающих швов
- 109) ОСНОВНЫМ ПРАВИЛОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие натяжения в краях раны
 2. недопустимость мобилизации тканей
 3. минимальная длина разреза
 4. хороший гемостаз
- 110) ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР
1. происходит одинаково в обе стороны
 2. не происходит
 3. происходит равномерно в сторону больших углов
 4. происходит равномерно в сторону дополнительных разрезов
- 111) ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА
1. вершины большего
 2. основания большего
 3. вершины малого
 4. основания меньшего
- 112) УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА
1. основания меньшего
 2. основания большего
 3. вершины большего
 4. вершины малого
- 113) ВИДОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЁННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. пластика лоскутами на ножке
 2. мобилизация краёв раны
 3. пластика треугольными лоскутами
 4. пересадка свободной кожи
- 114) ПРИ «ИНДИЙСКОЙ» РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ С _____
1. лобной области
 2. шеи
 3. щёчной области
 4. губо-щёчной складки
- 115) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. обезболивание
 2. разрез
 3. определение показаний
 4. планирование вмешательства
- 116) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. планирование
 2. разрез
 3. обезболивание
 4. определение показаний
- 117) МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ

1. Лимберга
 2. Лексера
 3. Седилло
 4. Крайля
- 118) ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. узловым швом
 2. непрерывным швом
 3. гипсовой повязкой
 4. разгрузочными швами
- 119) МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ
1. подподбородочной
 2. теменной
 3. затылочной
 4. лобной
- 120) МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ
1. теменной области
 2. затылочной области
 3. подподбородочной области
 4. лобной области
- 121) МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН
1. Шимановским
 2. Рауэром
 3. Диффенбахом
 4. Лимбергом
- 122) МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ПРЕДЛОЖЕН
1. Рауэром
 2. Брунсом
 3. Диффенбахом
 4. Лимбергом
- 123) ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ НА
1. плече и груди
 2. плече и животе
 3. груди и животе
 4. груди и шее
- 124) ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ
1. на волосистой части головы
 2. в заушной области
 3. в лобной области
 4. в области губо-щёчной складки
- 125) СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ
1. пересадка кожного аутотрансплантата
 2. перенос кожи стебельчатого лоскута
 3. перемещение кожного лоскута на ножке
 4. перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
- 126) СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ НА РАНЕ
1. узловыми швами
 2. давящей повязкой
 3. узловыми швами и давящей повязкой
 4. парафиновой повязкой

- 127) МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЮТ НЕ БОЛЕЕ (В СМ)
1. 6
 2. 3
 3. 4
 4. 2
- 128) ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. мышцы
 2. кость
 3. хрящ
 4. титановые минипластины
- 129) СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
1. завершением образования костной мозоли
 2. завершением формирования рубцов
 3. завершением формирования сосудов
 4. восстановлением иннервации
- 130) АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
1. гребня подвздошной кости
 2. костей стопы
 3. бедренной кости
 4. ключицы
- 131) НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМ МЕСТОМ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ
1. внутренняя поверхность плеча
 2. передняя поверхность живота
 3. задняя поверхность шеи
 4. кожа предплечья
- 132) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. тампоном, пропитанным Йодоформом
 2. коллодийной повязкой
 3. пластмассовым вкладышем
 4. наружными швами
- 133) ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА ЧАСТИ НОСА
1. костно-хрящевой
 2. кожной
 3. хрящевой
 4. костной
- 134) УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА ПРОВОДИТСЯ ПУТЁМ
1. введения хрящевого трансплантата
 2. сшивания четырёхугольных хрящей
 3. введения костного трансплантата
 4. сшивания крыльчатых хрящей
- 135) ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ
1. 1.6 до 2.6
 - 1.3 до 2.3
 - 1.4 до 2.4
 2. бугра до 4.5
- 136) ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО ЛЕ ФОР
1. I

2. II и срединному шву
 3. III
 4. IV
- 137) ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО ЛЕ
ФОР
1. I и срединному шву
 2. II
 3. III
 4. I
- 138) ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
1. 1.5: 2.5
 2. 1.3: 2.3
 3. 1.2: 2.2
 4. 3.5: 4.5
- 139) ПРИ РЕТРО ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЁ ОСТЕОТОМИИ
СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ
1. вперёд
 2. вверх
 3. назад
 4. вправо
- 140) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ
ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. не удаляется
 2. удаляется частично в области дна
 3. удаляется полностью
 4. удаляется частично в области медиальной стенки носа
- 141) ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В
ОБЛАСТИ
1. скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия
 2. скулоальвеолярного гребня с двух сторон
 3. скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон
 4. бугров
- 142) ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРОТОВЫМ СПОСОБОМ
ПРОВОДИТСЯ ПО
1. Обвегезору
 2. Тигершедту
 3. Евдокимову
 4. Рудько
- 143) ОСНОВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ
КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
 2. иссечении рубцов
 3. рассечении рубцов
 4. вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- 144) К ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ
ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
1. метод Адамса
 2. остеосинтез
 3. дуга Энгля
 4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
- 145) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ
ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА
1. Порта

2. Ванкевич
 3. Тигершtedта
 4. Збаржа
- 146) МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия
 2. пращевидная повязка
 3. тампонада носовых ходов
 4. остеосинтез
- 147) ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. крючок Лимберга
 2. распатор
 3. зажим Кохера
 4. крючок Фарабефа
- 148) ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. тампоном, пропитанным йодоформом
 2. коллодийной повязкой
 3. пластмассовым вкладышем
 4. наружными швами
- 149) РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)
1. 24
 2. 8-12
 3. 48
 4. 72
- 150) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ
1. 24-48 часов
 2. 8-12 часов
 3. 3 суток
 4. 8 суток
- 151) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
1. противостолбнячной сыворотки
 2. антирабической сыворотки
 3. стафилококкового анатоксина
 4. гамма-глобулина
- 152) ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ
1. ранней и окончательной
 2. частичной и ранней
 3. своевременной и частичной
 4. частичной и поздней
- 153) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. заклиниванием между отломками
 2. наружными швами
 3. пластмассовым вкладышем
 4. тампоном, пропитанным Йодоформом
- 154) ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. тампоном, пропитанным йодоформом
 2. коллодийной повязкой

3. пластмассовым вкладышем
 4. наружными швами
- 155) РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)
1. 24
 2. 8-12
 3. 48
 4. 72
- 156) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ
1. 24-48 часов
 2. 8-12 часов
 3. 3 суток
 4. 8 суток
- 157) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
1. противостолбнячной сыворотки
 2. антирабической сыворотки
 3. стафилококкового анатоксина
 4. гамма-глобулина
- 158) ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ
1. ранней и окончательной
 2. частичной и ранней
 3. своевременной и частичной
 4. частичной и поздней
- 159) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. заклиниванием между отломками
 2. наружными швами
 3. пластмассовым вкладышем
 4. тампоном, пропитанным Йодоформом
- 160) СРОЧНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
 2. лечении осложнений воспалительного характера
 3. иммобилизации переломов костей лица
 4. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- 161) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТТЯГИВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ
1. книзу
 2. в сторону
 3. вверх
 4. в сторону вывиха
- 162) ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО
1. вправление головки в суставную впадину
 2. проведение иммобилизации
 3. проведение резекции суставного бугорка
 4. прошивание суставной капсулы
- 163) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
1. анатомической форме
 2. восприятию со стороны окружающих

3. общему состоянию больного
 4. адекватности восприятия лечения
- 164) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
1. функции
 2. восприятию со стороны окружающих
 3. общему состоянию больного
 4. адекватности восприятия лечения
- 165) ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ НА (СУТ.)
1. 7-10
 2. 2-3
 3. 3-5
 4. 12-15
- 166) ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. комплексным
 2. хирургическим
 3. консервативным
 4. физиотерапевтическим
- 167) ЭКСТРЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 2. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 3. первичной хирургической обработке раны
 4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- 168) К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
1. трахеотомия
 2. введение воздуховода
 3. удаление инородного тела
 4. восстановление анатомического положения органа
- 169) К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
1. восстановление анатомического положения органа
 2. введение воздуховода
 3. удаление инородного тела
 4. трахеотомия
- 170) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ
1. горизонтально
 2. под углом к средней линии
 3. вертикально по средней линии
 4. под углом к боковой поверхности языка
- 171) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ
1. на границе задней и средней трети
 2. в передней трети
 3. по средней линии
 4. у корня
- 172) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. общее обезболивание (наркоз)
 2. местное обезболивание
 3. нейрорептаналгезия
 4. комбинированное обезболивание

- 173) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕЯЕТСЯ
1. общее обезболивание (наркоз)
 2. комбинированное обезболивание
 3. местное обезболивание
 4. нейролептаналгезия
- 174) ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. обезболивание по Дубову
 2. общее обезболивание (наркоз)
 3. нейролептаналгезия
 4. сочетанное обезболивание
- 175) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. рефлекторная контрактура жевательных мышц
 2. привычный вывих
 3. выраженная гиперсаливация
 4. деформация ветви челюсти
- 176) ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЭПИТАЛИЗАЦИИ РАНЫ НАЗНАЧАЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ГРУППЫ
1. кератопластических
 2. гликозидов
 3. антибактериальных
 4. антигистаминных
- 177) ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. элеватор Карапетяна
 2. распатор
 3. зажим Кохера
 4. крючок Фарабефа
- 178) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
1. наложение трахеостомы
 2. введение воздуховода
 3. наложение бимаксиллярных шин
 4. прошивание и выведение языка
- 179) КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие рецидива
 2. объём опухоли
 3. вид первичной опухоли
 4. характер метастазирования
- 180) «ТРУБОЧНЫМ» СТОЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ
1. протёртое гомогенное питание
 2. диета при ксеростомии
 3. диета после резекции желудка
 4. диета при заболеваниях ЖКТ
- 181) ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. физиотерапию
 2. массаж
 3. СВЧ гипертермию
 4. криотерапию
- 182) ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. физиотерапия
 2. криотерапия

3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 183) ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. ГБО-терапия
 2. криотерапия
 3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 184) ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ
1. гиперпигментации
 2. грубых рубцовых изменениях
 3. рубцовых изменениях слизистой оболочки
 4. образовании келлоидного рубца
- 185) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. ГБО-терапия
 2. криотерапия
 3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 186) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. физиотерапия
 2. гидромассаж
 3. криотерапия
 4. химиотерапия
- 187) РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА (СУТ.)
1. 5
 2. 2
 3. 3
 4. 4
- 188) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ
1. ГБО-терапию
 2. криотерапию
 3. химиотерапию
 4. дезинтоксинационную терапию
- 189) ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
1. несколько часов после операции или на следующий день
 2. 4 дня
 3. 5 дней
 4. 7 дней
- 190) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ
1. ГБО-терапию
 2. криотерапию
 3. гормонотерапию
 4. химиотерапию
- 191) ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
1. 1 раз в неделю

2. 1 раз в месяц
 3. ежедневно
 4. 3 раза в месяц
- 192) ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЕ АНТИБИОТИКИ
1. Линкомицин
 2. Олететрин
 3. Пенициллин
 4. Тетрациклин
- 193) ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ
1. остеотомией костей носа
 2. мануальным вправлением
 3. тампонадой носа
 4. наложением повязки из коллодия
- 194) ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ
1. контурной пластикой
 2. мануальным вправлением
 3. тампонадой носа
 4. наложением повязки из коллодия
- 195) СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. контурная пластика
 2. остеотомия скуловой кости
 3. радикальная гайморотомия
 4. репозиция отломков
- 196) ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
1. дезэпидермизации
 2. гидромассажа
 3. физиотерапии
 4. криотерапии
- 197) К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
1. «симптом ступени», диплопию
 2. деформацию носа, гематому
 3. нарушение прикуса
 4. симптом Венсана
- 198) К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
1. «симптом ступени», затруднённое открывание рта
 2. деформацию носа, гематому
 3. парез ветвей лицевого нерва
 4. кровотечение из носа, головокружение
- 199) ПРИ ОЖОГЕ III(Б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
1. эпидермис и дерма
 2. кожа и подлежащие ткани
 3. поверхностные слои эпидермиса
 4. поверхностный эпидермис и капилляры
- 200) ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
1. кожа и подлежащие ткани
 2. поверхностный эпидермис и нервы
 3. поверхностный эпидермис и капилляры
 4. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

- 201) К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТНОСЯТ
1. боль, ограничение открывания рта
 2. тризм жевательных мышц
 3. околоушный гипергидроз
 4. боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую в ВНЧС
- 202) МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ
1. титана
 2. нержавеющей стали
 3. бронзы
 4. алюминия
- 203) О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
1. положительный тест двойного пятна
 2. повышение СОЭ в крови
 3. лейкоцитоз
 4. снижение гемоглобина в крови
- 204) НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО
1. ущемлением нижнего альвеолярного нерва
 2. отёком костного мозга
 3. сдавлением нерва гематомой
 4. развитием ишемии
- 205) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. открытый прикус
 2. кровотечение из носа
 3. разрыв слизистой альвеолярного отростка
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 206) К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ
1. вторичные деформации лицевого черепа
 2. гипосаливацию
 3. нарушение прикуса
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 207) НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. кровотечение
 2. гипосаливация
 3. тромбофлебит вен лица
 4. потеря сознания
- 208) К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ (В ТОМ ЧИСЛЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ) ОТНОСЯТ
1. слюнные свищи
 2. дисфонию
 3. ОРВИ
 4. потерю зрения
- 209) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. рубцовая контрактура
 2. асфиксия
 3. гиперсаливация

4. дисфункция ВНЧС
- 210) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ
 1. гистологическое исследование
 2. радиоизотопное исследование
 3. электроодонтодиагностика
 4. контрастная сиалография
- 211) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ
 1. компьютерная томография
 2. радиоизотопное исследование
 3. мастикациография
 4. биохимический анализ крови
- 212) ДИАГНОЗ "АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)" СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ
 1. клинико-рентгенологического исследования
 2. данных клинического анализа крови
 3. положительного теста двойного пятна
 4. кожных проб
- 213) ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. хирургическое
 2. консервативное
 3. терапевтическое
 4. ортопедическое
- 214) ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. вправление вывиха
 2. медикаментозное
 3. пращевидная повязка
 4. ортопедическое
- 215) РАСТВОРОМ АНТИСЕПТИКА, КОТОРЫЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. хлоргексидина биглюконата 0,05%
 2. натрия гидрокарбоната 10%
 3. спиртовой йода 2%
 4. линкомицина гидрохлорида 30%
- 216) МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ранняя и надёжная иммобилизация отломков
 2. временная иммобилизация отломков
 3. отсроченная иммобилизация отломков
 4. физиотерапия
- 217) НОРМАЛИЗАЦИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ
 1. дисфункциональных заболеваниях ВНЧС
 2. вторичном деформирующем остеоартрозе
 3. анкилозе
 4. неоартрозе
- 218) ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ
 1. механическим
 2. химическим
 3. трофическим
 4. физическим

- 219) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ИСПОЛЗУЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
1. гипотензивные
 2. антибиотики
 3. десенсебилизирующие
 4. анальгетики
- 220) ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ
1. полярографию
 2. миографию
 3. рентгенографию
 4. томографию
- 221) ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРОВОТОКА ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ
1. фотоплетизмографию
 2. термографию
 3. рентгенографию
 4. электромиографию
- 222) РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. лечебная физкультура
 2. металло-полимерный остеосинтез
 3. двучелюстное шинирование
 4. фиксирующая подбородочно-теменная повязка
- 223) ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
1. пальпации
 2. перкуссии
 3. постановки жевательных проб
 4. определения симптома «двойного пятна»
- 224) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ
1. суббазальном переломе верхней челюсти
 2. переломе скуловых костей
 3. суборбитальном переломе верхней челюсти
 4. комбинированных повреждениях верхней челюсти
- 225) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. открытый прикус
 2. разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
 3. гипосаливация
 4. смещение средней линии
- 226) УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ПЕРЕЛОМА
1. верхней челюсти
 2. нижней челюсти
 3. скуловых костей с обеих сторон
 4. альвеолярного отростка верхней челюсти
- 227) СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ СОСТОИТ В

1. контурной пластике
 2. остеотомии скуловой кости
 3. радикальной гайморотомии с репозицией отломков
 4. проведении спиц Киршнера по методу Макиенко
- 228) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ
1. 24-48 часов
 2. 8-12 часов
 3. 3 суток
 4. 8 суток
- 229) РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ
1. отторжения некротизированных тканей
 2. появления грануляций
 3. эпителизации раны
 4. первичной хирургической обработки
- 230) ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
1. антибактериальных
 2. антигистаминных
 3. НПВС
 4. антикоагулянтов
- 231) ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ
1. терял ли больной сознание и на какое время
 2. находился ли больной на улице
 3. находился ли больной на рабочем месте
 4. кем была оказана первая помощь
- 232) ПРИЁМ САФАРА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮЮ
1. обеспечения проходимости верхних дыхательных путей
 2. выдвижения нижней челюсти вперёд
 3. открывания рта
 4. изменения положения головы
- 233) ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ (ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТРАХЕОСТОМИЯ, УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ), НАЗЫВАЮТСЯ
1. экстренные
 2. бескровные
 3. паллиативные
 4. радикальные
- 234) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА ЛЕЗВИЕ СКАЛЬПЕЛЯ ДОЛЖНО РАССЕКАТЬ ПОКРОВНЫЕ ТКАНИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)
1. 90
 2. 45
 3. 30
 4. 60
- 235) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ ДЕРЖАТ
1. как пишущее перо или смычок
 2. вертикально
 3. горизонтально
 4. с углом наклона 45°

- 236) ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХОД ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ
1. параллельно нерву
 2. перпендикулярно нерву
 3. отступая 2 см от нерва
 4. отступая 0,5 см от нерва
- 237) БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ НА
1. моляры нижней челюсти справа и слева
 2. углы нижней челюсти
 3. фронтальную группу зубов
 4. моляры верхней челюсти слева и справа
- 238) ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДИННЫЙ ФРАГМЕНТ
1. смещается назад и вниз
 2. смещается назад и вверх
 3. смещается вперёд и вниз
 4. не смещается
- 239) ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОКОВЫЕ ФРАГМЕНТЫ
1. смещаются вверх и вовнутрь
 2. смещаются вниз и вовнутрь
 3. смещаются вверх и вперёд
 4. не смещаются
- 240) СМЫКАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПО ТИПУ ПРИКУСА
1. открытого
 2. дистального
 3. прогнатического
 4. прогенического
- 241) ПРИЧИНОЙ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ
1. сифилис
 2. пародонтит
 3. гингивит
 4. пародонтоз
- 242) ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. пародонтит
 2. остеохондроз позвоночника
 3. пульпит
 4. гингивит
- 243) ОСНОВНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
1. нарушение прикуса, боль
 2. сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, снижение слуха
 4. головокружение, тошнота
- 244) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. патологическая подвижность костных фрагментов
 2. повреждение слизистой оболочки рта
 3. обильное кровотечение из крупных сосудов
 4. боль при наклоне головы в сторону поражения

- 245) СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
1. подбородок
 2. резцы нижней челюсти
 3. ментальное отверстие
 4. венечные отростки
- 246) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. открытый прикус
 2. разрыв слизистой альвеолярного отростка
 3. невозможность открыть рот
 4. смещение центральной линии в сторону
- 247) ПРИЧИНОЙ ОГРАНИЧЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. смещение отломков
 2. гематома в мягких тканях
 3. воспалительная контрактура
 4. травма жевательных мышц
- 248) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. компьютерная томография
 2. прицельная рентгенография
 3. ортопантомография
 4. ультразвуковое исследование
- 249) УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О _____ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. суббазальном
 2. суборбитальном
 3. субназальном
 4. субантральном
- 250) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
1. ликворея
 2. кровотечение из носа
 3. подвижность верхней челюсти
 4. кровотечение из наружного слухового прохода
- 251) ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. изменение положения глазного яблока
 2. механическое повреждение глазного яблока
 3. травмирование зрительного нерва
 4. эмфизема в параорбитальной клетчатке
- 252) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ПРИМЕНЯЮТ
1. крючок Лимберга
 2. крючок Фарабефа
 3. зажим Кохера
 4. зажим Бильрота
- 253) ФИКСАЦИЯ ФРАГМЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА СО СМЕЩЕНИЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
1. гипсовой повязки
 2. титановых пластин
 3. пращевидной повязки
 4. индивидуальной шины

- 254) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ ШИНУ
1. Порта
 2. Ванкевич
 3. Тигерштедта
 4. Васильева
- 255) ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ограничение подвижности глазного яблока
 2. кровоизлияние в области верхнего и нижнего век
 3. снижение остроты зрения на стороне поражения
 4. смещение скуловой кости в области скуло-лобного шва
- 256) ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНОСИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЮТ
1. классическим
 2. острым
 3. шагающим
 4. ускоренным
- 257) ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. межчелюстное лигатурное связывание
 2. наложение шин Тигерштедта
 3. остеосинтез титановыми пластинами
 4. наложение шин Васильева

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3.Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

1 Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы зачета (ОПК-1, ПК-5; ПК-9;ПК-11)

- 1.Использование информационных, библиографических ресурсов для решения профессиональных задач челюстно-лицевой хирургии.
- 2.Методы использования медико-биологической терминологии в челюстно-лицевой хирургии.
- 3.Приобретенные и врожденные деформации скуло-орбитального комплекса, носа, нижней челюсти, верхней челюсти. Клиника, дифференциальная диагностика.
- 4.Показания и противопоказания к операциям. Осложнения. Меры профилактики.
- 5.Рентгенологические методы исследования аномалий развития зубо-челюстной системы (томография височно-нижнечелюстного сустава, компьютерная томография, телерентгенография, магнитно-резонансная томография)
- 6.Аномалии прикуса. Аномалии прикуса. Классификация. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Лечение
- 7.Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.
- 8.Врожденные дефекты, аномалии развития, деформации, связанные с нарушением роста различных участков лица.
- 9.Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.
10. Дефекты после удаления опухолей лица и органов полости рта.
- 11.Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений. Разработка плана лечения.
- 12.Основные методы пластических операций.
- 13.Пластика местными тканями, взятыми по соседству с дефектом, "лоскутами на ножке", взятыми из близлежащих тканей. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания.
- 14.Математическое обоснование планирования пластических операций местными тканями (А.А. Лимберг). Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур.
- 15.Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.
- 16.Переломы скуловой кости и дуги. Классификация. Этиология. Клиника, лечение.

17. Переломы костей носа. Клинические проявления. Лечение.
18. Сочетанная черепно-мозговая травма. Переломы основания черепа. Клиника, диагностика, лечение.
19. Комбинированные повреждения. Клиника, диагностика, лечение.
20. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области.
Показания и противопоказания к костной пластике. Преимущества и недостатки.
21. Материалы для костнопластических операций. Виды и способы консервации костной ткани.
22. Трансформация костнопластического материала в организм больного.
23. Переломы и вывихи зубов. Классификация, этиология, клиника, лечение.
24. Переломы альвеолярного отростка нижней челюсти. Классификация, этиология, клиника, лечение.
25. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина.
26. Переломы верхней челюсти: клиническая и рентгенологическая картина.
27. Транспортная иммобилизация: виды, методы и средства.
28. Консервативное лечение переломов нижней челюсти.
29. Хирургическое лечение переломов челюстей
30. Классификация повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области. Ссадины и ушибы мягких тканей челюстно-лицевой области.
31. Классификация гематом. Механизм возникновения.
32. Лечение гематом челюстно-лицевой области.
33. Раны челюстно-лицевой области. Классификация.
34. Первичная хирургическая обработка ран. Особенности ПХО в челюстно-лицевой области.
35. Раневая инфекция.
36. Реабилитация больных с патологией челюстно-лицевой области.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Ушибы. Этиология, клиника, лечение
 2. Раны. Этиология, клиника, лечение
 3. Раневой процесс и заживление ран
 4. Раневая инфекция. Столбняк.
 5. Иммобилизация. Классификация
 6. Средства транспортной иммобилизации
 7. Переломы нижней челюсти. Смещение отломков.
 8. Вывихи нижней челюсти
 9. Переломы верхней челюсти. Классификация
 10. Переломы верхней челюсти. Клиника. Консервативное лечение
 11. Переломы скуловой кости. Клиника. лечение
 12. Переломы костей носа. Клиника. лечение
 13. Сочетанная черепно-мозговая травма
 14. Клинические формы сочетанной черепно-мозговой травмы.
 15. Определение тяжести состояния у пострадавших с СЧМТ
 16. Ожоги челюстно-лицевой области
 17. Осложнения повреждений ЧЛЮ. Классификация.
 18. Осложнения повреждений челюстно-лицевой области. Классификация. Асфиксия
 19. Поздние осложнения повреждений челюстно-лицевой области. Кровотечения.
 20. Методы окончательной остановки кровотечения
 21. Поздние осложнения повреждений челюстно-лицевой области. Травматический остеомиелит
 22. Обследование больного перед пластической операцией
 23. Пластика местными тканями
 24. Свободная кожная пластика. Техника взятия лоскутов
 25. Костная пластика. Показания и противопоказания.
 26. Материалы для костной пластики
 27. Способы консервации костной ткани
 28. Пластика Филатовским стеблем
 29. Уход за Филатовским стеблем. Тренировка стебля
 30. Аномалии и деформации челюстей
- 4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.**

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	<p>Знать: различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине</p>
		<p>Уметь: оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать различные источники;</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах;</p>

		<p>модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования;</p> <p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>информационные процессы в различных системах;</p> <p>использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования;</p> <p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>	<p>использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования;</p> <p>осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей;</p> <p>иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий</p>
		<p>Владеть:</p> <p>компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его	<p>Знать:</p> <p>понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза,</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза,</p>

<p>анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания</p>	<p>стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>	<p>патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией</p>
	<p>Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>
	<p>Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»

етенция				
ПК-9	готовностью к ведению и лечению пациентов стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара
		Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	Обучающийся демонстрирует сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара
		Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.	Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ПК-11	готовностью к определению необходимости применения	Знать: организацию и проведение реабилитационных мероприятий, механизм лечебно-	Обучающийся демонстрирует фрагментарные знания организации и проведения реабилитационных	Обучающийся демонстрирует сформированные систематические знания организации и проведения реабилитационных мероприятий, механизма лечебно-

<p>природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологическими заболеваниями, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебные факторы санаторно-курортного лечения</p>	<p>мероприятий, механизма лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показаний и противопоказаний к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебных факторов санаторно-курортного лечения</p>	<p>реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других лекарственных и немедикаментозных методов, показаний и противопоказаний к их назначению у пациентов со стоматологической патологией; лечебных факторов санаторно-курортного лечения</p>
	<p>Уметь: Уметь разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные умения разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>	<p>Обучающийся демонстрирует сформированные умения разработать схему реабилитации для пациентов с различной стоматологической патологией</p>
	<p>Владеть: Навыками выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует фрагментарные навыки выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует успешное и систематическое применение навыков выбора и проведения схем реабилитации с использованием природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении в рамках изучаемой дисциплины</p>

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- 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, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- 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.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

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 доклада/устного реферативного сообщения

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

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение 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 реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

Критерии оценивания зачета (в соответствии с п.4.1.)

«Зачтено» выставляется при условии, если у студента сформированы заявленные компетенции, он 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 несформированности компетенций, 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.