федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«стоматология» для подготовки по специальности**

**31.05.02 – педиатрия**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.02 Педиатрия, одобренной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (протокол № 9 от «30» апреля 2021 года) и утвержденной ректором ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России «30» апреля 2021 года

Оренбург

1. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

ОПК-2 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Основы стоматологии**

1. Методы обследования стоматологических больных.
2. Классификация, клиническая картина и принципы лечение кариеса.
3. Клиническая картина, классификация и принципы лечения пульпита.
4. Этиология, патогенез, классификация периодонтитов.
5. Профилактика кариеса зубов.
6. Показания к операции удаления зуба.
7. Противопоказания к операции удаления зуба.
8. Особенности и техника операции удаления зуба.
9. Методы анестезии при проведении операции удаления зуба на верхней челюсти. Осложнения анестезии.
10. Методы анестезии при проведении операции удаления зуба на нижней челюсти. Осложнения при операции удаления зуба.
11. Осложнения при операции удаления зуба.
12. Особенности удаления зубов у детей.

**Модуль 2**. **Основы челюстно-лицевой хирургии**

1. Этиология, клиническая картина, диагностика и принципы лечения одонтогенного периостита верхней челюсти.
2. Одонтогенный и гематогенный остеомиелит у детей.
3. Одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.
4. Этиология, клиническая картина, диагностика и принципы лечения одонтогенного периостита нижней челюсти.
5. Особенности огнестрельных повреждений лица и челюстей. Оказание первой помощи.
6. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области.
7. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиническая картина.
8. Перелом нижней челюсти в ментальном отделе. Клиническая картина, транспортная и лечебная иммобилизация.
9. Одонтогенная аденофлегмона. Клиническая картина, диагностика и принципы лечения.
10. Перелом верхней челюсти по первом типу. Клиническая картина, диагностика, транспортная и лечебная иммобилизация.
11. Особенности травматических повреждений мягких тканей и костей лица в детском возрасте.
12. Клиническая картина, диагностика и принципы лечения радикулярных кист челюстей.
13. Переломы скуловой кости и скуловой дуги. Клиническая картина, принципы лечения.
14. Транспортировка больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
15. Осложнения при операции удаления зуба.
16. Этиология, патогенез острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Пути распространения инфекции острого остеомиелита.
17. Этиология, патогенез хронического остеомиелита челюстей. Принципы лечения.
18. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области.
19. Раны, ссадины и ушибы лица. Оказание первой помощи.
20. Принципы реконструктивно-восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.
21. Расщелины верхней губы, твердого и мягкого неба.
22. Уход и питание за больными с повреждениями челюстно-лицевой области.
23. Сроки оперативных вмешательств при лечении расщелин губы и неба. Диспансерное наблюдение.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Основы стоматологии**

**Практическое занятие №1**

Тема: Методы обследования стоматологических больных. Заболевания зубов: кариес, пульпит, периодонтит. Курация больного. Написание истории болезни.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
2. Методика осмотра челюстно-лицевой области (лица, полости рта).
3. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
4. Написание зубной формулы.
5. Определение понятия «диагноз», виды диагнозов.
6. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
7. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
8. Последовательность заполнения истории болезни стоматологического больного при обследовании, курации и постановке диагноза.
9. Определение понятия кариеса. Классификация кариеса по локализации и глубине поражения. Понятие об интенсивности и распространенности кариеса.
10. Основные симптомы и принципы лечения кариеса.
11. Определение понятия пульпита. Классификация пульпита.
12. Клиника, диагностика и принципы лечения пульпита.
13. Определение понятия периодонтита. Классификация периодонтита.
14. Клиника, диагностика и принципы лечения острого и хронического периодонтита.

**Тестовые задания:**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических 2) лабораторных

3) термометрических 4) основных

5) цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1) опрос, рентгенография 2) опрос, осмотр

3) осмотр, ЭОД 4) ЭОД, рентгенография

5) перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни 2) анамнеза заболевания

3) перенесенных заболеваний 4) жалоб

5) аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы 2) определения прикуса

3) внешнего осмотра 4) осмотра зубных рядов

5) перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии 2) зондирования 3) пальпации

4) рентгенографии 5) аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад 2) отклонена влево 3) отклонена вправо

4) наклонена вперед 5) отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала 2) углового зонда 3) пинцета 4) экскаватора 5) шпателя

9. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям 2) в пришеечной области

3) в области контактных поверхностей 4) в фиссурах

5) в области бугров

*Выберите один наиболее полный правильный ответ.*

10. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

11. Как правильно проводить пальпацию:

1) от "здорового" к "больному" участку тела

2) от "больному" к "здоровому" участку тела

3) только в области "больного" участка тела

4) только в области "здорового" участка тела

5) от периферии к центру

12. Бимануальная пальпация применяется:

1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

2) в челюстно-лицевой области не применяется

3) при патологии тканей дна полости рта

4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

5) только при локализации процесса в щечной области

13. При перкуссии зубов определяется:

1) болевая реакция 2) некроз пульпы 3) перелом коронки зуба

4) перелом, корня зуба 5) подвижность зубов

14. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области:

1) при наличии свищей 2) при переломах челюстей

3) при заболеваниях слюнных желез 4) при флегмонах челюстно-лицевой области

5) при периоститах

15. Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние

1) пульпы 2) периодонта 3) твердых тканей зуба

16. Электровозбудимость пульпы при воспалении

1) возрастает 2) снижается 3) не изменяется

17. При глубоком кариесе перкуссия:

1) болезненна 2) безболезненна 3) резко болезненна

18. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД:

1) 60 мкА 2) 100 мкА 3) 2-6 мкА

19. Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время с длительным безболевым периодом возникают:

1) при глубоком кариесе 2) остром периодонтите

3) обострении хронического периодонтита 4) остром пульпите

20. Распространенность кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

21. Интенсивность кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

22. Прирост кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

23. Осмотр зубов - это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности ор­ганов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

24. Пальпация – это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

25. Перкуссия зуба – это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

26. Подвижность зуба - это

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

27. Температурная проба – это:

1) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

2) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

3)определение отклонения зуба от оси

4) определение реакции зуба на тепловые раздражители

5) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

28. Перкуссией оценивается состояние:

1) пульпы 2) периодонта 3) эмали 4) дентина 5) слизистой рта

29. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1) среднем кариесе 2) остром пульпите 3) хроническом пульпите

4) остром периодонтите 5) глубоком кариесе

30. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:

1) с хроническим гранулирующим периодонтитом

2) с хронических гранулематозным периодонтитом

3) со средним кариесом

4) с кистогранулемой

5) с хроническим фиброзным пульпитом

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

1. Поставьте диагноз.

2. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Какой метод обезболивания потребуется?

**Задача 2**. В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 3**. Больной, 30 лет, обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.

5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 4**. Больной, 32 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад. Объективно: На жевательной поверхности зуба 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.

2. Назовите дополнительные методы обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 5.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Проверка практических навыков:**

1. Обследование зубов, языка, слизистой оболочки полости рта, челюстей, лица, шеи (осмотр, зондирование, пальпация).

2. Инструментальное обследование рта и зубов (осмотр, зондирование, пальпация).

3. Написание зубной формулы.

**Практическое занятие №2**

Тема: Операция удаления зуба. Показания, противопоказания и осложнения. Особенности удаления зубов у детей.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Цели операции удаления зуба.
2. Подготовка больного к операции удаления зуба, подготовка рук врача, подготовка операционного поля.
3. Инструменты для удаления зубов на верхней и нижней челюсти.
4. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти (признаки угла, изгиба ручек, формы щечек).
5. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов.
6. Показания к удалению зуба.
7. Противопоказания к удалению зуба.
8. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
9. Этапы удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
10. Заживление раны после удаления зуба.
11. Рекомендации пациенту после операции удаления зуба.
12. Особенности удаления зубов у детей.

**Тестовый контроль:**

1. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1) диатеза 2) интоксикации 3) хронического панкреатита

4) перенесенной ранее аллергической реакции 5) атеросклероза

2. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии интактности окружающих тканей:

1) тампонада лунки зуба

2) тампонада лунки зуба и ее ушивание

3) ушивание слизистой над лункой любым способом

4) оставление лунки без тампонады и без ушивания

5) срочная госпитализация больного

3. Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:

1) паротит 2) отлом бугра верхней челюсти 3) невралгия тройничного нерва

4) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

4. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) обморок 4) альвеолит 5) остеомиелит

5. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез 2) миозит 3) коллапс 4) невралгию 5) альвеолоневрит

6. Пульс во время коллапса:

1) частый, нитевидный 2) нитевидный, редкий 3) частый, хорошего наполнения

4) редкий, хорошего наполнения 5) нормальный

7. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) альвеолит

4)остеомиелит 5) анафилактический шок

8. Показанием к удалению зуба является:

1) острый пульпит 2) глубокий кариес 3) острый периодонтит

4) хронический гранулематозный периодонтит 5) паротит

9. Абсолютными показаниями к удалению зуба являются:

1) наличие очага хронической инфекции

2) расположение зуба в щели перелома

3) развитие острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти

4) большая степень разрушенности коронки зуба

5) наличие у больного сопутствующих соматических заболеваний

10. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:

1) носонебного нерва 2) большого небного нерва

3) среднего верхнего зубного сплетения 4) лицевые нервы

5) I ветви тройничного нерва

11. Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:

1) синусит 2) периостит 3) альвеолит

4) остеомиелит 5) перелом нижней челюсти

12. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:

1) анурез 2) миозит 3) коллапс

4) невралгия 5) оро-антральное сообщение

13. Обморок – это:

1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

2) аллергическая реакция на антиген

3) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

14. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) альвеолит 4) остеомиелит 5) гипертонический криз

15. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные 2) влажные, бледные 3) сухие, гиперемированные

4) влажные, гиперемированные 5) нормальные

16. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) коллапс 4) альвеолит 5) остеомиелит

17. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

1) паротит 2) невралгия тройничного нерва 3) перфорация дна верхнечелюстной пазухи

4) артрит височно-нижнечелюстного сустава 5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

18. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники являются:

1) сердечно-сосудистые заболевания 2) инфекционный гепатит

3) психические заболевания 4) аллергия к новокаину

5) наличие сопутствующего заболевания в стадии декомпенсации

19. Коллапс – это:

1) аллергическая реакция на антиген

2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

20. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез 2) миозит 3) коллапс 4) невралгию 5) остеомиелит

21. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

1) обморок 2) гематома 3) контрактура 4) кровотечение 5) пародонтит

22. Осложнения, возникающие непосредственно после удаления зуба:

1) паротит 2) кровотечение

3) невралгия тройничного нерва 4) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

23. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез 2) миозит 3) коллапс 4) невралгию 5) альвеолит

24. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

1) верхнечелюстной синусит 2) периостит 3) альвеолит

4) остеомилит 5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

*Дайте несколько вариантов ответа:*

25. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) вывих височно-челюстного сустава 2) кровотечение

3) травма зачатка зуба 4) альвеолит

26. К осложнениям после операции удаления зуба относятся:

1) вывих соседнего зуба 2) позднее кровотечение 3) альвеолит

4) вывих височно-челюстного сустава 5) перелом альвеолы зуба

27. Какие надо дать рекомендации больному по поводу его поведения после удаления зуба:

1) не пить и не есть холодного

2) не пить и не есть горячего в течение 2-х часов

3) не полоскать полость рта в течение суток

4) в первые сутки после удаления зуба интенсивно полоскать полость рта, чтобы не скапливались микроорганизмы

5) воздержаться от какой-либо еды в течение 2-х часов после удаления

28. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) травма зуба-антагониста 2) вывих соседнего зуба

3) альвеолит 4) удаление зачатка зуба

29. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) травма зачатка зуба 2) альвеолит

3) вывих височно-челюстного сустава 4) перфорация дна верхнечелюстной пазухи

30. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) перелом корня 2) альвеолит 3) позднее кровотечение

4) вывих соседнего зуба 5) травма зуба противоположной челюсти

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня пальпация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2**. Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16. Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при накусывании. Местно: зуб 16 розового цвета, под пломбой. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в небном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16 - разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и самопроизвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании определяется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в области которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4**. Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне верхушки корня зуба 22. Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области верхушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими границами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.

2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25 гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Знание инструментов для удаления зубов.
2. Техника операции удаления зуба.

**Модуль 2. Основы челюстно-лицевой хирургии**

**Практическое занятие №3**

Тема: Воспалительные заболевания челюстей, лица и шеи (периостит, остеомиелит, лимфаденит).

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого гнойного периостита.
2. Клиническая картина и лечение периостита челюсти.
3. Периостит челюстей у детей.
4. Классификация остеомиелитов челюстей (гематогенный, одонтогенный, травматический, огнестрельный).
5. Этиология, патогенез и патологическая анатомия одонтогенного остеомиелита челюстей.
6. Лечение одонтогенного острого и хронического остеомиелита.
7. Одонтогенный и гематогенный остеомиелит у детей.
8. Анатомия лимфатической системы лица и шеи.
9. Классификация лимфаденитов.
10. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и лечение острых и хронических лимфаденитов.

**Тестовые задания:**

1. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) ксеростомия 3) перикоронит

4) ложный сустав 5) парез лицевого нерва

2. Клиническим признаком периостита является:

1) гематома лица 2) подвижность всех зубов 3) затрудненное открывание рта

4) выбухание подъязычных валиков 5) гиперемия и отек переходной складки

3. Воспалительный инфильтрат - это:

1) негнойное воспаление мягких тканей

2) ограниченное гнойное воспаление мягких тканей

3) разлитое гнойное воспаление клетчатки

4. Причиной развития периостита является:

1) перикоронит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического верхнечелюстного синусита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

5. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) острым остеомиелитом 5) хроническим верхнечелюстным синуситом

6. Роль лимфатической системы при гнойных поражениях организма:

1) резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировка их в лимфатические узлы

2) резорбции бактерий из окружающих тканей, очищение крови посредством лимфатических узлов

7. При периостите следует:

1) удалить причинный зуб 2) запломбировать канал до вскрытия периоста

3) запломбировать кариозную полость 4) удалить пломбу

5) расширить зубо-десневой карман

8. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит 2) перелом челюсти 3) острый лимфаденит

4) обострение хронического периодонтита 5) острый пульпит

9. Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности:

1) не может увеличиваться 2) не более чем в 2 раза

3) в 2-3 раза 4) в 4-7 раз и более

10. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) хроническим верхнечелюстным синуситом 5) обострением хронического периодонтита

11. При лечении острого остеомиелита челюсти необходимо провести:

1) периостотомию с двух сторон альвеолярного отростка

2) периостотомию с одной стороны альвеолярного отростка

3) секвестрэктомию

4) резекцию верхушки корня причинного зуба

5) цистэктомию

12. Хирургическое лечение хронического одонтогенного остеомиелита заключается в

1) остеоперфорации 2) удалении причинного зуба

3) удалении причинного и соседних зубов 4) хирургической обработке гнойных очагов

5) секвестрэктомии

13. Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

14. Установите диагноз гнойного лимфаденита:

1) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа собирается в складку и в цвете не изменена, лимфоузел плотноэластической консистенции, малоболезненный, подвижный, с гладкой поверхностью

2) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа над припухлостью гиперемирована и напряжена, ткани вокруг лимфатического узла инфильтрированы, определяется болезненность, малоподвижный, имеется флюктуация

3) субфебрильная температура тела, припухлость пораженной области, болезненный при пальпации, округлой формы, плотноэластической консистенции, ровные контуры, кожа над ним подвижная, цвет не изменен

15. Причиной развития периостита является:

1) острый пародонтит 2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка 4) обострение хронического гайморита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

16. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже

3) озноб, повышение температуры до 40°С, симптом Венсана, подвижность зубов

4) острые пульсирующие боли в зубе, головная боль

5) ноющая боль в зубе, температура до 37°С

17. Периаденит - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла

2) гнойное воспаление лимфатического узла

3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

18. При периостите гнойный процесс локализуется под:

1) кожей 2) мышцей

3) надкостницей 4) наружной кортикальной пластинкой челюсти

5) слизистой оболочкой альвеолярного отростка

19. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) перикоронит 3) ксеростомия

4) деформация челюсти 5) парез лицевого нерва

20. При остром гнойном периостите челюсти на рентгенограмме выявляется

1) хронический периодонтит причинного зуба 2) тень секвестра

3) очаги деструкции костной ткани 4) луковичные напластования

5) очаг остеосклероза

21. После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:

1) дренировать гнойную рану

2) удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану

3) наложить первичные швы

4) наложить первично-отсроченный шов

22. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс в:

1) лимфоузлах 2) слюнных железах 3) периапикальных тканях

4) верхнечелюстной пазухе 5) месте перелома челюсти

23. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:

1) удалить 2) раскрыть 3) запломбировать 4) депульпировать 5) реплантировать

24. Причиной развития периостита является:

1) альвеолит 2) ушиб мягких тканей лица 3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического гайморита 5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

25. Аденофлегмона - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла

2) гнойное воспаление лимфатического узла

3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

026. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит 2) перелом челюсти 3) острый лимфаденит

4) снижение реактивности организма 5) травма плохо изготовленным протезом

27. Показанием к секвестрэктомии служит:

1) подвижность секвестра 2) разрежение костной ткани в очаге поражения

3) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава 4) хронический периостит

28. Средние сроки формирования секвестров на нижней челюсти

1) 1-2 неделя 2) 6-8 неделя 3) 3-4 неделя 4) 4-5 неделя 5) 16-20 неделя

29. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки

3) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов

4) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

5) слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны

30. Причиной развития периостита является:

1) ушиб мягких тканей лица

2) фиброма альвеолярного отростка

3) обострение хронического верхнечелюстного синусита

4) обострение хронического периодонтита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1**. Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

**Задача 2**. Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в области зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном отростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3**. Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16 выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Составьте план лечения.

4. Какие данные являются несущественными?

5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Задача 5**. Больной, 35 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: температура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с небной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 24, 25, 26, 27 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Диагностика периостита челюстей, абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
2. Техника выполнения периостотомии.
3. Выполнение перевязок ран после периостотомии, вскрытия абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.

**Практическое занятие №4**

Тема: Воспалительные заболевания мягких тканей (абсцессы, флегмоны).

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Терминология, классификация одонтогенных абсцессов лица и шеи.
2. Этиология, патогенез, типы воспалительных реакций при острых гнойных воспалительных заболеваний различных областей головы и шеи.
3. Патологическая анатомия при абсцессах и флегмонах. Стадии воспалительной реакции.
4. Анатомо-топографическая классификация одонтогенных абсцессов и флегмон.
5. Данные лабораторных обследований (кровь, моча и др.) при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
6. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон у детей.
7. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон в зависимости от анатомо-топографической локализации гнойного процесса.
8. Общие принципы обследования и лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.
9. Осложнения одонтогенных флегмон лица (тромбофлебит, тромбоз кавернозного синуса).
10. Осложнения одонтогенных флегмон лица (медиастинит сепсис).

**Тестовые задания:**

1. Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:

1) интоксикация 2) судорожная готовность 3) респираторный синдром

4) гипертонический синдром 5) почечная недостаточность

2. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) ангиной Людвига 3) карбункулом нижней губы

4) флегмоной щечной области 5) флегмоной височной области

3. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:

1) тризм

2) гиперемия кожи в области нижней губы

3) отек крылочелюстной складки

4) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

5) отек и гиперемия щечных областей

4. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы 3) флегмоной щечной области

4) флегмоной дна полости рта 5) флегмоной височной области

5. Клиническим признаком флегмоны дна полости рта является:

1) тризм

2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечных областей

4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

6. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу

7. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) жевательной мышце

4) околоушной слюнной железе 5) крыловидно-челюстном пространстве

8. В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг 2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать паранефральную блокаду 4) провести физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

9. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) гиперемия и инфильтрат щеки

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

10. Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов нижней челюсти 3) зубов верхней челюсти

4) лимфоузлов щечной области 5) лимфоузлов околоушной области

11. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) отек и инфильтрат языка

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) отек и гиперемия щечных областей

12. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

13. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг 2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать новокаиновую блокаду 4) назначить физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

14. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной височной области 4) флегмоной щечной области

5) острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

15. Для ускорения очищения гнойной раны назначают:

1) УВЧ 2) массаж 3) электрофорез 4) гальванизацию 5) флюктуоризацию

16. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

17. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) боли при глотании 3) затрудненное открывание рта

4) отек крылочелюстной складки 5) отек и гиперемия щечных областей

18. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

19. Для флегмоны височной области характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствует выраженной контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

20. Соотношение встречаемости абсцессов и флегмон:

1) чаще встречаются флегмоны, чем абсцессы 2) чаще встречаются абсцессы, чем флегмоны

3) одинаково часто встречаются

21. Отдаленным местным осложнением флегмоны дна полости рта является:

1) слюнной свищ 2) менингоэнцефалит 3) абсцесс головного мозга

4) рубцовый выворот верхней губы 5) тромбоз венозных синусов головного мозга

22. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:

1) язык 2) нижнюю губу 3) скуловую кость

4) околоушную слюнную железу 5) поднижнечелюстную слюнную железу

23. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

24. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы 3) флегмоной дна полости рта

4) флегмоной височной области 5) подмассетериальным абсцессом

25. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

1) осложнениями

2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов

3) скоростью нарастания симптомов интоксикации

4) выраженностью местных клинических проявлений

5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

26. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) затрудненное открывание рта 3) отек нижнего века

4) отек крылочелюстной складки 5) выбухание подъязычных валиков

27. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство 3) околоушную слюнную железу

4) крылонебное венозное сплетение 5) венозные синусы головного мозга

28. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) флебит угловой вены

4) парез лицевого нерва 5) гематома мягких тканей

29. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

30. Аденофлегмоны развиваются по причине:

1) абсцедирующего фурункула

2) периапикального воспаления

3) паренхиматозного сиалоаденита

4) распространения воспалительного процесса из других областей

5) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1**. Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянные ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывания рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°С. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18, 17 зубов по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространились на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°С. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях справа (симптом «песочных часов»), а также отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движения нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне зуба 16 и отсутствующих 18, 17 зубов гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Также наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

1. Поставьте диагноз, укажите основные клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.

4. Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

**Задача 2**. Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Также беспокоят боли при глотании, отмечается ограничение открывания рта. Повышение температуры тела до 37,5°С. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел зуб 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в позадичелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре - коронковая часть зуба 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне зубов 26, 27, 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании зуба 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2. Опишите методику оперативного вмешательства.

3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

**Задача 3**. Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие, тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении нижней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную области слева тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом: рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первичная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. Повреждение костей черепа не было выявлено. После проведенного лечения был выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначительное ограничение открывания рта. В течение всего последующего времени температура тела держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако, больной к врачу не обращался. Неделю назад боли в височной области стали усиливаться, припухлость увеличивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обратился в районную поликлинику к невропатологу. Там же был проконсультирован: хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой стационар. Объективно: определяется умеренно-болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат с нечеткими границами в левой височной области. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения нижней челюсти ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани от 0,5 до 1,0 см. Четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных секвестров.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.

2. Составьте план лечения.

3. Укажите анатомические границы височной области.

**Задача 4.** Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие, постоянные ноющие боли в правой половине головы, боли при глотании, невозможность открывания рта, нарушения зрения: диплопию, снижение остроты зрения правого глаза. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°С головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из анамнеза выявлено, что три дня назад заболел зуб 18. Беспокоили постоянные, ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращалась, принимала аналгетики. Два дня назад боли распространились на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировали в ухо, в висок. Появились боли при глотании, ограничение и болезненность при открывании рта. Симптомы быстро нарастали, около полусуток назад присоединились симптомы нарушения зрения. Объективно: определяется отек в околоушно¬жевательной и височной областях справа (симптом «песочных часов»). Пальпация в этих областях безболезненна. Резко выражен отек верхнего и нижнего век правого глаза, веки полностью сомкнуты. Кожа и конъюнктива обоих век гиперемированы. Определяется также отек обоих век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в зубе 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, подвижность II степени. Слизистая оболочка переходной складки и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, определяется отек в области крыловидно-челюстной складки справа. При пальпации в области бугра верхней челюсти справа и за бугром ткани инфильтрированы, резко болезненны. При рентгенологическом исследовании в области зуба 18 определяется разрежение костной ткани в области верхушек корней с четкими контурами, размером 0,4-0,5 см.

1. Укажите полный диагноз, составьте план лечения.

2. Укажите оперативные подходы для вскрытия воспалительных очагов.

3. С чем связано наличие отека обоих век левого глаза?

4. Участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

**Задача 5.** Больной, 27 лет, поступил с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Травму получил в автомобильной катастрофе. В анамнезе: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно беспокоит тошнота, потеря аппетита, жажда, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная, дополнительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больного выражен посттравматический отек левой половины лица, множественные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На втором этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5°С, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъюнктивального мешка. Появился отек обоих век правого глаза, экзофтальм слева. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижаться. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отмечается резкая боль. Движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.

2. Укажите какие, наиболее серьезные осложнения могут развиться в данном случае.

3. Опишите методику оперативного вмешательства.

4. Какие признаки несущественны для данного заболевания?

**Проверка практических навыков:**

1. Обследование больного с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

**Практическое занятие №5**

Тема: Травматические повреждения мягких тканей и костей лица. Диагностика, первая помощь пострадавшим, транспортная иммобилизация при переломах. Переломы скуловой кости и дуги. Особенности травматических повреждений мягких тканей и костей лица в детском возрасте.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Методы обследования больных с травмой мягких тканей и костей лица.
3. Классификация повреждений мягких тканей и костей лица.
4. Клиника и диагностика повреждений мягких тканей лица.
5. Клиника и диагностика переломов скуловой кости и скуловой дуги.
6. Клиника и диагностика переломов верхней челюсти.
7. Клиника и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти).
8. Основные принципы первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области. Последовательность обработки ран слизистой оболочки, кости, мышц и кожи лица. Функциональные и косметические требования.
9. Временная транспортная иммобилизация при переломах нижней челюсти.
10. Особенности травматических повреждений мягких тканей и костей лица в детском возрасте.

**Тестовые задания:**

1. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта 3) наружная крыловидная

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

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. 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

4. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД 2) биопсия 3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование 5) цитологическое исследование

5. Иссечение краев раны обязательно в следующих случаях:

1) укушенная рана 2) резаная и колотая раны 3) ушибленно-рваная рана

4) укушенная и рваная раны 5) рваная и колотая раны

6. Осложнением воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит 2) фурункулез 3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны 5) актиномикоз

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта 3) внутренняя крыловидная

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

8.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

9. 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

10. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) собственно жевательная 5) грудино-ключично-сосцевидная

11. 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

12. Граница между жизнеспособными и подлежащими удалению тканями при ранениях определяется по появлению:

1) артериального кровотечения 2) венозного кровотечения

3) капиллярного кровотечения 4) отсутствием видимых некротизированных тканей

5) ответы 1+4

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

1) отрыве альвеолярного отростка 2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти 4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

14. При обработке ушибленно-рваных ран лица края раны иссекают:

1) во всех случаях 2) для обнаружения всех инородных тел

3) только явно нежизнеспособные 4) только в первые 24 часа

5) только через 48 часов

15. 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

16. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта 3) челюстно-подъязычная

4) собственно жевательная 5) грудино-ключично-сосцевидная

17. Кожно-слизистые швы при ранениях носа, век, губ, щек, глотки накладывают:

1) во всех случаях

2) при больших истинных изъянах тканей, когда не возможно провести одномоментную пластику

3) при укушенных ранах

4) при огнестрельных ранах

5) ответы 3+4

18. 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

19. Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома 2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

20. Больной доставлен с переломом костей лицевого черепа: нижней челюсти, скуловой дуги и носа; с рваной раной в области нижней губы и подбородка. Определите вид повреждения:

1) множественная 2) сочетанная 3) комбинированная

4) комплексная 5) политравма

21. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта 3) собственно жевательная

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

22. 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

23. 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

24. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

25. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается в:

1) антисептической обработке, наложении швов и повязки

2) остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

3) иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

4) антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

5) экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

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

1) отрыве альвеолярного отростка 2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти 4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

27. Отсроченная первичная хирургическая обработка проводится:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения 3) после 48 часов

4) после проявления в ране грануляций 5) после начала эпителизации краев раны

28. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области 2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

29. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

30. 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

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1**. Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 22 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 22. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 22 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов 11, 22 снижена.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3**. Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усиливающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II степени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболочка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 13, 12 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, периодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

**Задача 4**. Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Задача 5.** В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фронтальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловливающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неизвестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьянения. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в дальнейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной компактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отстоит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Обследование больных с повреждениями челюстно-лицевой области.
2. Способы временной остановки кровотечения.
3. Борьба с асфиксией: вытягивание и фиксация языка, очищение полости рта.

**Практическое занятие №6**

Тема: Оперативное и консервативное лечение переломов верхней и нижней челюсти, скуловой кости и скуловой дуги. Осложнения. Уход, питание больных.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Консервативные методы иммобилизации. Иммобилизация с помощью назубных, зубонадесневых и надесневых шин.
2. Виды назубных проволочных шин, показания к наложению, техника изготовления и закрепления.
3. Показания к хирургическим методам иммобилизации костей лица.
4. Виды, преимущества и недостатки хирургических методов иммобилизации переломов костей лица.
5. Принципы оперативных вмешательств при переломах скуловой кости и дуги.
6. Принципы оперативных вмешательств при переломах верхней челюсти.
7. Принципы оперативных вмешательств при переломах нижней челюсти.

**Тестовые задания:**

1. Хирургический (оперативный) метод лечения больных с переломами в н\ч показан при:

1) у больных с психическими заболеваниями

2) у больных с полной адентией независимо от характера смещенных отломков

3) у всех больных со смещением отломков

4) при невозможности фиксации отломков ортопедическими способами

5) ответы 1+4

2. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) пародонтит 3) потеря сознания 4) сахарный диабет 5) вторичное кровотечение

3. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера 4) крючок Фарабефа 5) крючок Лимберга

4. При переломах в области мыщелка со смещением «по оси» показано:

1) подбородочная пращевидная повязка 2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка 4) ответы 1+2 5) шина Ванкевич

5. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера 4) крючок Фарабефа 5) элеватор Карапетяна

6. Какая травма относится к сочетанной:

1) перелом костей носа, резанная рана мягких тканей щеки и шеи, перелом плечевой кости

2) перелом верхней и нижней челюсти

3) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа

4) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа, рваная рана верхней губы и щеки

5) перелом нижней челюсти в области тела мыщелкового отростка слева и справа, вывих 12, 11, 21, 22

7. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) течением раневого процесса

2) быстрым развитием осложнений

3) сроками эпителизации раны

4) несоответствием внешнего вида раненого и его жизнеспособности

5) наличием гематом

8. Консервативный метод лечения переломов н\ч показан:

1) при частичной или полной адентии независимо от характера смещения отломков

2) при частичной или полной адентии при переломах без смещения

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими методами независимо от характера смещения отломков, если возможна их репонация

4) у больных с психическими сопутствующими заболеваниями (шизофрения, слобоумие, эпилепсия)

5) во всех перечисленных случаях

9. Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) слюнные свищи 4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

10. Среди хирургических методов лечения переломов наиболее надежное закрепление отломков возможно при:

1) остеосинтезе внутрикостной спицей 2) остеосинтезе мини пластинами и мини шурупами

3) костным проволочным швом 4) всех перечисленных способах

11. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1) птоз 2) гипосаливация 3) телеангиэктазии

4) парез ветвей лицевого нерва 5) вторичные деформации лицевого скелета

12. При переломах в области мыщелка с вывихом из суставной впадины показано:

1) подбородочная пращевидная повязка 2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка 4) ответы 1+2 5) шина Вебера

13. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) сроками эпитализации раны 2) течением раневого процесса

3) быстрым развитием осложнений 4) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

5) наличием гематом

14. Эластичная подбородочно-затылочная повязка показана при лечении:

1) всех больных с переломами в\ч

2) всех больных с переломами верхней и нижней челюстей

3) больных с переломами н\ч без смещения

4) больных с переломами зубов

5) больных с переломами скуловой кости

15. Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) диплопия 3) асфиксия 4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

16. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1) радикальная верхнечелюстная синусотомия

2) остеотомия верхней челюсти

3) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

17. Вправление отломков скуловой кости показано при:

1) переломах со смещением и сдавлением подглазничного нерва

2) переломах со смещением но без сдавления подглазничного нерва

3) перелом без смещения

4) ответы 1+2

5) ответы 2+3

18. При переломе в области венечного отростка показано:

1) остеосинтез 2) межчелюстное вытяжение

3) подбородочная пращевидная повязка 4) шина Ванкевич 5) шина Вебера

19. Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) травматический остеомиелит

4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

20. Какая травма относится к множественной:

1) повреждены кости носа и мягкие ткани щеки

2) перелом нижней челюсти, костей носа, сотрясение головного мозга

3) перелом костей носа, скуловой кости, резаная рана щеки и шеи

4) перелом верхней челюсти, ушиб головного мозга

5) перелом верхней и нижней челюсти, скуловой кости, костей носа, рваная рана нижней губы, щеки и шеи

21. Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1) разрывные пули 2) осколки снарядов

3) стреловидные элементы 4) зоны некротических изменений костной ткани

5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

22. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) коллапс 3) пародонтит 4) холецистит 5) парез лицевого нерва

23. Перелом венечного отростка обычно встречается вместе с переломом:

1) венечного отростка с другой стороны 2) н\ч в области ментального отдела

3) скуловой дуги с одноименной стороны 4) скуловой дуги с противоположной стороны

5) костей носа

24. Оперативный метод лечения при переломах в\ч показан:

1) при переломах со смещением

2) при невозможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

3) при профузном или продолжающих повторно возникать кровотечениях из области перелома

4) у больных с психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие, эпилепсия)

5) ответы 2+3+4

25. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) шок 2) ОРВЗ 3) пародонтит 4) холецистит 5) парез лицевого нерва

26. Шина Порта применяется для лечения больных с переломами:

1) в\ч 2) н\ч 3) обеих челюстей 4) костей носа 5) скуловой кости

27. При переломах в области мыщелкового отростка без смещения показано лечение:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение

3) остеосинтез

4) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

5) ранняя лечебная физкультура и миогимнастика

28. Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) пародонтит 3) кровотечение

4) пиелонефрит 5) множественный кариес

29. Консервативный (ортопедический) способ лечения при переломах в\ч показан:

1) при всех видах переломов в\ч

2) только при переломах со смещением и нарушением прикуса

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

4) при частичном или полном отсутствии зубов

5) у больных с сопутствующими психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие)

30. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) пародонтит 4) амилоидоз 5) парез лицевого нерва

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаянного.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. К врачу не обращался, боли снимал анальгином. Твердую пищу принимать не мог. Неделю назад появилась припухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°С, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6.0x7,0 см. Пальпация болезненна. В полости рта: наличие множественных кариозных полостей зубов, определяется подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, из десневого кармана в области третьего моляра слева гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании определяется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подподбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснено, что пять недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен «скорой помощью» в стационар ЦРБ по месту жительства, где общим хирургом была проведена первичная хирургическая обработка раны (ПХО) и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар областной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка, наложен наружный аппарат для остеосинтеза. Проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфицирования раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгенологическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмечаются тени свободнолежащих мелких секвестров.

1. Поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

**Задача 4**. Больной, 31 года, обратился в клинику с жалобами на невозможность смыкания зубов, асимметрию лица, боли в области височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон, затруднение при пережевывании пищи. Из анамнеза выявлено, что полгода назад получил производственную травму лица при работе на строительстве в отдаленном районе, врачебной помощи получить не мог, лечился самостоятельно: компрессы, антибиотики. Отмечал невозможность приема твердой пищи из-за боли в области тела нижней челюсти справа, околочелюстные мягкие ткани при этом были отечны, болезненны, имелась обширная гематома. К врачу обратился впервые через полгода после травмы. Из перенесенных заболеваний указывает детские инфекции, ОРЗ. При местном осмотре отмечается асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела нижней челюсти справа. При пальпации нижней челюсти справа определяется «ступенька» по нижнему краю в проекции второго премоляра. Между зубами-антагонистами на стороне деформации контакта нет, начиная со второго премоляра. При рентгенологическом обследовании отмечается консолидированный перелом тела нижней челюсти справа, причем дистальный фрагмент смещен вниз на 2,0 см.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слеза. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит «В». При осмотре конфигурация лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.

2. Какая операция показана больному?

**Проверка практических навыков:**

1. Выполнение межзубного и межчелюстного лигатурного связывания при переломах челюстей.
2. Наложение гладкой шины-скобы.
3. Наложение назубной проволочной шины с зацепными петлями.

**Практическое занятие №7**

Тема: Опухоли мягких тканей лица и полости рта. Опухоли челюстей. Опухоли слюнных желез.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Понятия о неодонтогенных доброкачественных опухолях челюстно-лицевой области.
2. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявле­ния, диагностика доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области.
3. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявле­ния, диагностика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
4. Опухоли мягких тканей — клинические проявления, диагнос­тика, лечение.
5. Опухоли челюстей — клинические проявления, диагностика, лечение.
6. Опухоли слюнных желез — клинические проявления, диагнос­тика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи 2) появление болей 3) уменьшение подвижности

4) плотная консистенция (пальпаторно) 5) ответы 2+3+4

2. Рентгенологические признаки одонтогенной фолликулярной кисты:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления в области корня с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) ответы 3+4

3. К врожденным кистам относятся:

1) дермоидные 2) фолликулярные 3) радикулярные 4) резидуальные 5) ответы 1+4

4. Признаки озлокачествления полиморфной аденомы (так называемой «смешанной» опухоли околоушных слюнных желез):

1) парез лицевого нерва 2) уменьшение подвижности 3) гипосаливация

4) гиперсаливация 5) ответы 1+2

5. Фоликулярные кисты в отличие от радикулярных:

1) быстрее растут 2) медленнее растут 3) чаще нагнаиваются

4) ответы 1+3 5) ответы 2+3

6. У больной 47 лет, в области околоушной слюнной железы определяется плотное бугристое новообразование размером 2\*3см, подвижное, давности свыше 7 лет. Ваши рекомендации:

1) отказ от оперативного вмешательства ввиду невозможного повреждения лицевого нерва и пареза мимической мускулатуры лица

2) наблюдение и в случае прогрессирующего роста-операция

3) рентгенотерапия

4) оперативное лечение

5) склерозирующая терапия

7. Рентгенологические признаки амелобластомы:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) зона деструкции кости многоячеистой формы с четкими границами

8. Признаки озлокачествления полиморфной аденомы (так называемой «смешанной» опухоли околоушных слюнных желез):

1) парез лицевого нерва 2) уменьшение подвижности 3) гипосаливация

4) гиперсаливация 5) ответы 1+2

9. Рентгенологические признаки одонтогенной радикулярной кисты:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления в области корня с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) ответы 3+4

10. Амелобластома чаще всего возникает в области:

1) резцового отверстия 2) бурга в/ч 3) угла и тела н/ч

4) венечного и мыщелкового отростков 5) дна верхнечелюстной пазухи

11. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

1) районному онкологу 2) специалисту-радиологу 3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля 5) хирургу-стоматологу

12. Раковые опухоли нижней губы дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные 3) околоушно-жевательной области

4) подчелюстные 5) сонного треугольника

13. К неодонтогенным опухолям, встречающимся в ЧЛО, относятся:

1) цементома 2) мукоэпидермоидная опухоль 3) адамантинома

4) твердая одонтома 5) мягкая одонтома

14. Рентгенологические признаки саркомы кости челюсти:

1) очаг просветления без четких гранц 2) очаг затемнения без четких границ

3) очаг просветления с замыкающей пластинкой 4) нет специфических признаков

5) мраморный рисунок кости

15. Раковые опухоли передних отделов дна полости рта дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные 3) околоушно-жевательной области

4) подчелюстные 5) сонного треугольника

16. Твердая одонтома развивается из:

1) остатков эмалевого органа 2) аномально развивающегося зачатка зуба

3) жаберных дуг 4) отростков Малассе

5) ответы 3+4

17. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен к:

1) районному онкологу 2) специалисту-радиологу 3) участковому терапевту

4) хирургу общего профиля 5) хирургу-стоматологу

18. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи 2) появление болей 3) уменьшение подвижности

4) плотная консистенция (пальпаторно) 5) ответы 2+3+4

19. Операция Ванаха показана при метастазах рака в лимфоузлы:

1) подбородочной области 2) подчелюстной области 3) сонного треугольника

4) ответы 1+2+3 5) ответы 1+2

20. Какие поражения слизистой оболочки губы относятся к облигатным формам предрака:

1) болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

2) болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, капиллярная гемантиома

3) бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия, хейлит Манганотти

4) бородавчатый предрак, болезнь Боуэна, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия

5) бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия, капиллярная гемангиома

21. Раковые опухоли щеки (кожи или слизистой оболочки) дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные 3) околоушно-жевательной области

4) подчелюстные 5) сонного треугольника

22. Какие одонтогенные опухоли наиболее часто озлокачествляются:

1) амелобластома 2) твердая одонтома 3) мягкая одонтома

4) цементома 5) ответы 2+4

23. Рентгенологические признаки метастазов в кости челюсти:

1) очаг просветления без четких анатомических границ пораженных костных структур

2) очаг затемнения без четких границ

3) очаг затемнения с замыкающей пластинкой

4) нет специфических признаков

5) мраморный рисунок кости

24. Операция Крайля включает удаление регионарных метастазов в составе:

1) клетчатки боковой поверхности шеи 2) кивательной мышцы

3) внутренней яремной вены 4) ответы 2+3 5) ответы 1+2+3

25. Рак слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражает:

1) твердое небо 2) спинку и кончик языка 3) дно полости рта

4) боковые отделы средней и задней третей языка 5) ответы 2+3

26. Раковые опухоли корня языка дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные 3) околоушно-жевательной области

4) подчелюстные 5) сонного треугольника

27. К кистам одонтогенной природы относятся:

1) дермоидные 2) фолликулярные 3) радикулярные

4) ответы 1+2 5) ответы 2+3

28. Температура жидкого азота при проведении криодеструкции составляет:

1) 60С 2) 90С 3) 150С 4) 196С 5) 240С

29. Эпулис-собирательный термин, включающий:

1) ангиому 2) фиброму 3) периферическую форму остеобластокластомы

4) нейрофиброму 5) ответы 1+2+3

30. Наиболее частые локализации рака слизистой оболочки полости рта:

1) твердое небо 2) мягкое небо 3) дно полости рта 4) язык 5) щека

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1. Больная, 70 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие новообразования в области переходной складки верхней челюсти слева. Обнаружила образование полгода назад. Болезненность появляется в этой области при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть, которым пользуется 10 лет. По переходной складке слева на уровне отсутствующих 17,16,15,14 имеется образование с широким основанием, напоминающее складку, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненна.**

**1. Поставьте диагноз.**

**2. Составьте план лечения.**

**Задача 2. Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на боли, возникающие во время приема пищи в области верхней челюсти справа, при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть. Протез изготовлен 8 лет назад. Отмечает сухость во рту. В области отсутствующих фронтальных зубов на уровне 14,13,12,21 имеется новообразование в виде нескольких складок, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненность.**

**1. Поставьте диагноз.**

**2. Составьте план лечения.**

**Задача 3. Больная, 64 лет, обратилась с жалобами на обильное слюноотделение, невозможность приема пищи, боль при открывании рта. Определяется новообразование на переходной складке в области 16,15,14. Болезненность в этой области появляется при пользовании полным съемным протезом. У больной полная вторичная адентия. Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена. На уровне отсутствующих 16,15,14 имеется дольчатое образование на широком основании. Полные съемные протезы на нижнюю и верхнюю челюсти изготовлены 5 лет назад.**

**1. Поставьте диагноз.**

**2. Составьте план лечения.**

**Задача 4. Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на невозможность носить полный съемный протез нижней челюсти из-за новообразования на нижней челюсти слева. В области альвеолярного отростка нижней челюсти слева определяется новообразование, напоминающее складки слизистой оболочки полости рта, на широком основании, слизистая оболочка этой области гиперемирована, отечна. Полный съемный протез на нижнюю челюсть изготовлен 10 лет назад.**

**1. Поставьте диагноз.**

**2. Составьте план лечения.**

**Задача 5. Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на новообразование в области слизистой оболочки щечной области справа, округлой формы. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа определяется новообразование с четкими границами, бледно-розового цвета, размером 0,5 см, на широком основании. У больной вторичная частичная адентия.**

**1. О какой опухоли можно думать?**

**2. Составьте план лечения.**

**Проверка практических навыков:**

1. Обследование больных с опухолями челюстно-лицевой области.
2. Обследование лица, шеи, слизистой оболочки полости рта, языка, зубов, челюстей (осмотр, пальпация, зондирование, обследование лимфатических узлов.

**Практическое занятие №8**

Тема: Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей. Принципы восстановительной и пластической хирургии. Защита истории болезни. Итоговое занятие.

Формы текущего контроля успеваемости (устный опрос, письменный опрос, решение ситуационных задач, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация дефектов и деформаций лица.
2. Планирование, показания и противопоказания к проведению восстановительных операций.
3. Клиническое обследование больных перед проведением восстановительной операции.
4. Пластика местными тканями. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
5. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем. Выбор места для формирования стебля Филатова.
6. Техника операции. Этапы пластики филатовским стеблем.
7. Виды свободных кожных трансплантатов. Показания к свободной пересадке кожи. Техника операции.
8. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей. Способы фиксации пересаженных трансплантатов.
9. Пластика лоскутами на питающей ножке.
10. Этиология и патогенез врожденных расщелин верхней губы и неба.
11. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
12. Структура центра диспансеризации.
13. Основные специалисты центра диспансеризации. Их задачи и объем работы.

**Тестовые задания:**

1. Занятия с логопедом детей с врожденными расщелинами неба начинаются:

1) в 1 год

2) после 2-х лет

3) после уранопластики независимо от твозраста ребенка

4) перед школой в 6-7 лет

5) после завершения, в основном, комплексного хирургического и ортопедического лечения

2. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

3. Определите оптимальный срок проведения хейропластики при односторонней расщелине губы:

1) до 6 месяцев 2) до 12 месяцев 3) от 12 до 18 месяцев

4) до 2-х лет 5) от 2-х до 3-х лет

4. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:

1) периостита 2) секвестрэктомии 3) постлучевой некрэктомии

4) склерозирующей терапии 5) удаления доброкачественных опухолей

5. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

1) чрезмерное употребление сладких продуктов у беременной женщины

2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности

3) острая пища

4) чрезмерно соленая пища

5) верно 3+4

6. Оптимальные материалы, используемые для восполнения костной ткани при врожденных и приобретенных деформациях костей лица:

1) аллогенная кость 2) аутогенная кость 3) металлические

4) биокерамические 5) полимерные материалы

7. Оптимальные сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах верхней губы:

1) в период новорожденности 2) в возрасте 2-3 месяцев

3) в возрасте 1-го года 4) в возрасте 6-8 месяцев

5) в зависимости от вида расщелины, степени деформации в\ч но не позже 12 месяцев после рождения

8. Методом пластики по А.А. Лимбергу называется перемещение

1) лоскутов на питающей ножке 2) встречных треугольных лоскутов

3) круглого стебельчатого лоскута 4) лоскута на сосудистом анастомозе

5) свободного кожного лоскута

9. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ключицы 2) костей стопы 3) бедренной кости

4) гребешка подвздошной кости 5) плечевой кости

10. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

11. Функциональные нарушения при врожденной расщелине неба:

1) дыхания 2) пищеварения 3) слуха и речи

4) пищеварения и речи 5) все вышеперечисленные функции

12. Что обозначает термин эксплантация:

1) трансплантация небиологического субстрата

2) трансплантация ткани и небиологического субстрата

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация в пределах одного организма

5) трансплантация между организмами одного вида

13. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ребра 2) ключицы 3) костей стопы 4) бедренной кости 5) плечевой кости

14. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начать:

1) до операции 2) по окончанию хирургического лечения 3) в возрасте не ранее 6 лет

4) не ранее 10 лет 5) старше 10 лет

15. Определите оптимальный пластический материал для возмещения изъяна на лбу:

1) дермато-жировой лоскут со стопы с использованием микрохирургической техники

2) свободная пересадка расщепленной кожи

3) свободная пересадка кожи в полную толщу

4) использование консервированного кожного аллотрансплантата

5) свободная пересадка дермо-жирового лоскута

16. Общая частота врожденных расщелин верхней губы и неба (по России):

1) 1:1500 2) 1:1000 3) 1:750 4) 1:500 5) 1:250

17. Свободной пересадкой кожи называется:

1) перенос кожи стебельчатого лоскута

2) пересадка кожного аутотрансплантата

3) перемещение кожного лоскута на ножке

4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

5) деэпидермизация

18. Аутотрасплантат – это материал, взятый у:

1) пациента 2) животного 3) другого индивида

4) однояйцевого близнеца 5) близких родственников

19. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

1) первые 6 недель 2) 6-12 недель 3) 24-28 недель

4) 29-30 недель 5) 30-31 неделя

20. Что обозначает термин аутотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами одного вида

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация между организмами разных видов

5) трансплантация небиологического субстрата

21. Причины (этиологические факторы) развития врожденных пороков лица - это:

1) психические 2) физические 3) генетические

4) бактериологические 5) все перечисленные факторы

22. Вторичная костная пластика после основной операции проводится через

1) 10 дней 2) 1-2 месяца 3) 3-4 месяца 4) 6-8 месяцев 5) 1-1,5 года

23. Оптимальные сроки (возраст) для проведения операций при расщелинах неба (уранопластики):

1) в первый год жизни

2) до начала речеобразования (до 2,5-3-х лет)

3) дифференцированный подход в зависимости от формы расщелины неба и подготовленности больного к операции (в том числе ортодонтической)

4) в строго определенные сроки в зависимости от формы расщелины

5) первый этап (велопластика) – до года, второй этап (пластика твердого неба) – до 3-х лет

24. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1) на питающей ножке 2) встречных треугольных 3) круглого стебельчатого

4) на сосудистом анастомозе 5) свободная пересадка

25. При формировании лоскута Филатова отношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть:

1) 1:1 2) 1:2 3) 1:3 4) 1:4 5) 1:5

26. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

1) у хирурга-стоматолога

2) у хирурга-стоматолога и ортодонта

3) у хирурга-стоматолога детского и логопеда

4) у педиатра и хирурга-стоматолога детского

5) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

27. После костной пластики челюстей назначают остеотропный антибиотик:

1) пенициллин 2) олететрин 3) линкомицин

4) тетрациклин 5) эритромицин

28. Что обозначает термин аллотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

3) трансплантация между организмами разных видов

4) трансплантация небиологического субстрата

5) трансплантация между организмами одного вида

29. В комплекс реабилитационных мероприятий после операции уранопластики входят:

1) возможно более раннее занятие с логопедом

2) общеукрепляющее лечение, полноценное питание, витаминотерапия

3) лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение

4) массаж неба, ношение фиксирующей небной пластинки и формирующего пилота

5) все вышеперечисленное

30. При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть:

1) 1:3 2) 1:4 3) 1:5 4) 1:8 5) 2:3

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 19 лет, поступил в клинику с жалобами на деформацию лица вследствие резкого выступания нижней челюсти вперед, отсутствие смыкания передних зубов, невозможность откусывания пищи. Увеличение челюсти отмечается с 11-летнего возраста и с возрастом прогрессировало. К врачам не обращался. При обследовании выявляется выраженное удли­нение нижней трети лица. Нижнечелюстные углы развернуты и составля­ют около 140°. Саггитальная щель между зубами 10 мм. Контакт зубов в области моляров. Верхняя губа кажется укороченной и недоразвитой от зияния ротовой щели. Губы вялые, смыкаются с напряжением. Рот посто­янно полуоткрыт.

1. Для какого диагноза характерна данная клиническая картина?
2. Варианты хирургического лечения?

**Задача 2.** 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.

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Какие варианты оперативного лечения?

**Задача 3.** У больной, 18 лет, после перенесенного остеомиелита правой ветви нижней челюсти слева в раннем детском возрасте отмечается правосто­роннее недоразвитие нижней челюсти.

1. О каком виде деформации идет речь? Опишите клиническую картину.
2. Опишите рентгенологическую картину.

**Задача 4.** Больному, 21 года, по поводу левостороннего недоразвития нижней челюсти планируется оперативное вмешательство на ветви нижней челюс­ти слева.

1. Составьте план предоперационных мероприятий.
2. Укажите возможные методы операции.

**Задача 5.** Больному, 24 лет, с симметричным недоразвитием нижней челюсти и адаптированным прикусом планируется контурная пластика подбородоч­ного отдела нижней челюсти.

* 1. Определите показания и методику операции.

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операций.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытие  м темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в виде тестирования в ИС ОрГМУ.

**Вопросы для подготовки к промежуточной аттестации**

1. Этиология, клиническая картина, диагностика и принципы лечения одонтогенного периостита верхней челюсти.

2. Одонтогенная флегмона поднижнечелюстной области. Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения.

3. Этиология, клиническая картина, диагностика и принципы лечения одонтогенного периостита нижней челюсти.

4. Особенности огнестрельных повреждений лица и челюстей. Оказание первой помощи.

5. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области.

6. Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиническая картина.

7. Методы обследования стоматологических больных.

8. Одонтогенная флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика, принципы лечения.

9. Классификация, клиническая картина и принципы лечение кариеса.

10. Перелом нижней челюсти в ментальном отделе. Клиническая картина, транспортная и лечебная иммобилизация.

11. Клиническая картина, классификация и принципы лечения пульпита.

12. Одонтогенная аденофлегмона. Клиническая картина, диагностика и принципы лечения.

13. Этиология, патогенез, классификация периодонтитов.

14. Перелом верхней челюсти по первом типу. Клиническая картина, диагностика, транспортная и лечебная иммобилизация.

15. Клиническая картина, диагностика и принципы лечения радикулярных кист челюстей.

16. Переломы скуловой кости и скуловой дуги. Клиническая картина, принципы лечения.

17. Транспортировка больных с повреждениями челюстно-лицевой области.

18. Осложнения при операции удаления зуба.

19. Противопоказания к операции удаления зуба.

20. Этиология, патогенез острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Пути распространения инфекции острого остеомиелита.

21. Показания к операции удаления зуба.

22. Этиология, патогенез хронического остеомиелита челюстей. Принципы лечения.

23. Особенности и техника операции удаления зуба.

24. Первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области.

25. Методы анестезии при проведении операции удаления зуба на верхней челюсти. Осложнения анестезии.

26. Раны, ссадины и ушибы лица. Оказание первой помощи.

27. Методы анестезии при проведении операции удаления зуба на нижней челюсти. Осложнения при операции удаления зуба.

28. Клиническая картина, диагностика и лечение остеобластокластомы.

29. Инъекционные методы обезболивания верхней челюсти.

30. Клиническая картина, диагностика и лечение амелобластомы.

31. Злокачественные новообразования органов полости рта (рак языка, слизистой оболочки дна полости рта, щеки, альвеолярного отростка челюсти).

32. Профилактика кариеса зубов.

33. Виды обезболивания при проведении операции удаления зуба на верхней челюсти.

34. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области при радиоактивном поражении.

35. Виды обезболивания при проведении операции удаления зуба на нижней челюсти.

36. Принципы реконструктивно-восстановительной хирургии челюстно-лицевой области.

37. Расщелины верхней губы, твердого и мягкого неба.

38. Уход и питание за больными с повреждениями челюстно-лицевой области.

39. Сроки оперативных вмешательств при лечении расщелин губы и неба. Диспансерное наблюдение.

40. Асфиксия при ранениях челюстно-лицевой области. Оказание помощи.

**Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических

2) лабораторных

3) термометрических

4) основных

5) цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1) опрос, рентгенография

2) опрос, осмотр

3) осмотр, ЭОД

4) ЭОД, рентгенография

5) перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни

2) анамнеза заболевания

3) перенесенных заболеваний

4) жалоб

5) аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы

2) определения прикуса

3) внешнего осмотра

4) осмотра зубных рядов

5) перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии

2) зондирования

3) пальпации

4) рентгенографии

5) аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад

2) отклонена влево

3) отклонена вправо

4) наклонена вперед

5) отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала

2) углового зонда

3) пинцета

4) экскаватора

5) шпателя

9. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям

2) в пришеечной области

3) в области контактных поверхностей

4) в фиссурах

5) в области бугров

*Выберите один наиболее полный правильный ответ.*

10.Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

11. Как правильно проводить пальпацию:

1) от "здорового" к "больному" участку тела

2) от "больному" к "здоровому" участку тела

3) только в области "больного" участка тела

4) только в области "здорового" участка тела

5) от периферии к центру

12. Бимануальная пальпация применяется:

1) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области

2) в челюстно-лицевой области не применяется

3) при патологии тканей дна полости рта

4) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез

5) только при локализации процесса в щечной области

13. При перкуссии зубов определяется:

1) болевая реакция

2) некроз пульпы

3) перелом коронки зуба

4) перелом, корня зуба

5) подвижность зубов

14. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области:

1) при наличии свищей

2) при переломах челюстей

3) при заболеваниях слюнных желез

4) при флегмонах челюстно-лицевой области

5) при периоститах

15. Электроодонтодиагностика наиболее точно оценивает состояние

1) пульпы

2) периодонта

3) твердых тканей зуба

16. Электровозбудимость пульпы при воспалении

1) возрастает

2) снижается

3) не изменяется

17. При глубоком кариесе перкуссия:

1) болезненна

2) безболезненна

3) резко болезненна

18. При хронических формах периодонтита результаты ЭОД:

1) 60 мкА

2) 100 мкА

3) 2-6 мкА

19. Самопроизвольные приступообразные боли в ночное время с длительным безболевым периодом возникают:

1) при глубоком кариесе

2) остром периодонтите

3) обострении хронического периодонтита

4) остром пульпите

20. Распространенность кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

21. Интенсивность кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

22. Прирост кариеса – это:

1) среднее число зубов, пораженных кариесом и его осложнениями

2) процент лиц, имеющих кариозные, пломбированные и удаленные зубы

3) количество новых кариозных поражений за год

4) наличие зубного налета на апроксимальных поверхностях зубов

5) среднее число запломбированных зубов

23. Осмотр зубов - это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения и подвижности ор­ганов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

24. Пальпация – это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

25. Перкуссия зуба – это:

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

26. Подвижность зуба - это

1) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

2) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

3) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

4) определение отклонения зуба от оси

5) определение реакции зуба на тепловые раздражители

27. Температурная проба – это:

1) ощупывание для определения припухлости, уплотнения, подвижности орга­нов или тканей

2) оценка внешнего вида, цвета, целостности эмали с использованием зонда и зеркала

3)определение отклонения зуба от оси

4) определение реакции зуба на тепловые раздражители

5) постукивание по зубу для определения состояния пародонта

28. Перкуссией оценивается состояние:

1) пульпы

2) периодонта

3) эмали

4) дентина

5) слизистой рта

29. Приступы самопроизвольной боли возникают при:

1) среднем кариесе

2) остром пульпите

3) хроническом пульпите

4) остром периодонтите

5) глубоком кариесе

30. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:

1) с хроническим гранулирующим периодонтитом

2) с хронических гранулематозным периодонтитом

3) со средним кариесом

4) с кистогранулемой

5) с хроническим фиброзным пульпитом

31. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:

1) носонебного нерва

2) большого небного нерва

3) среднего верхнего зубного сплетения

4) лицевые нервы

5) I ветви тройничного нерва

32. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

1) обморок

2) гематома

3) контрактура

4) кровотечение

5) пародонтит

33. Обморок – это:

1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

2) аллергическая реакция на антиген

3) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

34. Коллапс – это:

1) аллергическая реакция на антиген

2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

35. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные

2) влажные, бледные

3) сухие, гиперемированные

4) влажные, гиперемированные

5) нормальные

36. Пульс во время коллапса:

1) частый, нитевидный

2) нитевидный, редкий

3) частый, хорошего наполнения

4) редкий, хорошего наполнения

5) нормальный

37. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1) диатеза

2) интоксикации

3) хронического панкреатита

4) перенесенной ранее аллергической реакции

5) атеросклероза

38. Показанием к удалению зуба является:

1) острый пульпит

2) глубокий кариес

3) острый периодонтит

4) хронический гранулематозный периодонтит

5) паротит

39. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

1) верхнечелюстной синусит

2) периостит

3) альвеолит

4) остеомилит

5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

40. Осложнения, возникающие непосредственно после удаления зуба:

1) паротит

2) кровотечение

3) невралгия тройничного нерва

4) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

41. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

1) паротит

2) невралгия тройничного нерва

3) перфорация дна верхнечелюстной пазухи

4) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

42. Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:

1) паротит

2) отлом бугра верхней челюсти

3) невралгия тройничного нерва

4) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

43. Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:

1) синусит

2) периостит

3) альвеолит

4) остеомиелит

5) перелом нижней челюсти

44. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) синусит

3) альвеолит

4) остеомиелит

5)гипертонический криз

45. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) синусит

3) альвеолит

4)остеомиелит

5) анафилактический шок

46. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) синусит

3) обморок

4) альвеолит

5) остеомиелит

47. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез

2) синусит

3) коллапс

4) альвеолит

5) остеомиелит

48. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) альвеолит

49. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) остеомиелит

50. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгию

5) альвеолоневрит

51. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:

1) анурез

2) миозит

3) коллапс

4) невралгия

5) оро-антральное сообщение

52. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии интактности окружающих тканей:

1) тампонада лунки зуба

2) тампонада лунки зуба и ее ушивание

3) ушивание слизистой над лункой любым способом

4) оставление лунки без тампонады и без ушивания

5) срочная госпитализация больного

53. Абсолютными показаниями к удалению зуба являются:

1) наличие очага хронической инфекции

2) расположение зуба в щели перелома

3) развитие острой стадии одонтогенного остеомиелита челюсти

4) большая степень разрушенности коронки зуба

5) наличие у больного сопутствующих соматических заболеваний

54. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлиники являются:

1) сердечно-сосудистые заболевания

2) инфекционный гепатит

3) психические заболевания

4) аллергия к новокаину

5) наличие сопутствующего заболевания в стадии декомпенсации

55. К осложнениям после операции удаления зуба относятся:

1) вывих соседнего зуба

2) позднее кровотечение

3) альвеолит

4) вывих височно-челюстного сустава

5) перелом альвеолы зуба

56. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) перелом корня

2) альвеолит

3) позднее кровотечение

4) вывих соседнего зуба

5) травма зуба противоположной челюсти

57. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) вывих височно-челюстного сустава

2) кровотечение

3) травма зачатка зуба

4) альвеолит

58. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) травма зачатка зуба

2) альвеолит

3) вывих височно-челюстного сустава

4) перфорация дна верхнечелюстной пазухи

59. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся:

1) травма зуба-антагониста

2) вывих соседнего зуба

3) альвеолит

4) удаление зачатка зуба

60. Какие надо дать рекомендации больному по поводу его поведения после удаления зуба:

1) не пить и не есть холодного

2) не пить и не есть горячего в течение 2-х часов

3) не полоскать полость рта в течение суток

4) в первые сутки после удаления зуба интенсивно полоскать полость рта, чтобы не скапливались микроорганизмы

5) воздержаться от какой-либо еды в течение 2-х часов после удаления

61. Хирургическое лечение хронического одонтогенного остеомиелита заключается в

1) остеоперфорации

2) удалении причинного зуба

3) удалении причинного и соседних зубов

4) хирургической обработке гнойных очагов

5) секвестрэктомии

62. При остром гнойном периостите челюсти на рентгенограмме выявляется

1) хронический периодонтит причинного зуба

2) тень секвестра

3) очаги деструкции костной ткани

4) луковичные напластования

5) очаг остеосклероза

63. Средние сроки формирования секвестров на нижней челюсти

1) 1-2 неделя

2) 6-8 неделя

3) 3-4 неделя

4) 4-5 неделя

5) 16-20 неделя

64. Причиной развития периостита является:

1) ушиб мягких тканей лица

2) фиброма альвеолярного отростка

3) обострение хронического верхнечелюстного синусита

4) обострение хронического периодонтита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

65. Причиной развития периостита является:

1) перикоронит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического верхнечелюстного синусита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

66. Причиной развития периостита является:

1) острый пародонтит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического гайморита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

67. Причиной развития периостита является:

1) альвеолит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического гайморита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

68. При периостите гнойный процесс локализуется под:

1) кожей

2) мышцей

3) надкостницей

4) наружной кортикальной пластинкой челюсти

5) слизистой оболочкой альвеолярного отростка

69. При периостите следует:

1) удалить причинный зуб

2) запломбировать канал до вскрытия периоста

3) запломбировать кариозную полость

4) удалить пломбу

5) расширить зубо-десневой карман

70. Клиническим признаком периостита является:

1) гематома лица

2) подвижность всех зубов

3) затрудненное открывание рта

4) выбухание подъязычных валиков

5) гиперемия и отек переходной складки

71. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом

2) переломом зуба

3) острым сиалодохитом

4) хроническим верхнечелюстным синуситом

5) обострением хронического периодонтита

72. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом

2) переломом зуба

3) острым сиалодохитом

4) острым остеомиелитом

5) хроническим верхнечелюстным синуситом

73. Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

74. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит

2) перелом челюсти

3) острый лимфаденит

4) снижение реактивности организма

5) травма плохо изготовленным протезом

75. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс в:

1) лимфоузлах

2) слюнных железах

3) периапикальных тканях

4) верхнечелюстной пазухе

5) месте перелома челюсти

76. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит

2) перелом челюсти

3) острый лимфаденит

4) обострение хронического периодонтита

5) острый пульпит

77. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже

3) озноб, повышение температуры до 400С, симптом Венсана, подвижность зубов

4) острые пульсирующие боли в зубе, головная боль

5) ноющая боль в зубе, температура до 370С

78. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки

3) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов

4) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

5) слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны

79. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:

1) удалить

2) раскрыть

3) запломбировать

4) депульпировать

5) реплантировать

80. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) перикоронит 3) ксеростомия

4) деформация челюсти 5) парез лицевого нерва

81. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) ксеростомия 3) перикоронит

4) ложный сустав 5) парез лицевого нерва

82. При лечении острого остеомиелита челюсти необходимо провести:

1) периостотомию с двух сторон альвеолярного отростка

2) периостотомию с одной стороны альвеолярного отростка

3) секвестрэктомию

4) резекцию верхушки корня причинного зуба

5) цистэктомию

83. Показанием к секвестрэктомии служит:

1) подвижность секвестра

2) разрежение костной ткани в очаге поражения

3) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

4) хронический периостит

84. Роль лимфатической системы при гнойных поражениях организма:

1) резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировка их в лимфатические узлы

2) резорбции бактерий из окружающих тканей, очищение крови посредством лимфатических узлов

85. Периаденит - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла

2) гнойное воспаление лимфатического узла

3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

86. Аденофлегмона - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла

2) гнойное воспаление лимфатического узла

3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно-измененный лимфатический узел

87. Во сколько раз лимфатический узел может увеличиваться при его воспалении по сравнению со своей первоначальной величиной, не теряя при этом функциональной способности:

1) не может увеличиваться 2) не более, чем в 2 раза

3) в 2-3 раза 4) в 4-7 раз и более

88. Установите диагноз гнойного лимфаденита:

1) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа собирается в складку и в цвете не изменена, лимфоузел плотноэластической консистенции, малоболезненный, подвижный, с гладкой поверхностью;

2) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа над припухлостью гиперемирована и напряжена, ткани вокруг лимфатического узла инфильтрированы, определяется болезненность, малоподвижный, имеется флюктуация;

3) субфебрильная температура тела, припухлость пораженной области, болезненный при пальпации, округлой формы, плотноэластической консистенции, ровные контуры, кожа над ним подвижная, цвет не изменен.

89. После вскрытия аденоабсцесса необходимо сделать:

1) дренировать гнойную рану;

2) удаление тканей распавшегося лимфоузла, дренировать рану;

3) наложить первичные швы;

4) наложить первично-отсроченный шов.

90. Воспалительный инфильтрат - это:

1) негнойное воспаление мягких тканей;

2) ограниченное гнойное воспаление мягких тканей;

3) разлитое гнойное воспаление клетчатки.

91. Соотношение встречаемости абсцессов и флегмон:

1) чаще встречаются флегмоны, чем абсцессы;

2) чаще встречаются абсцессы, чем флегмоны;

3) одинаково часто встречаются

92. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

1) осложнениями

2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов

3) скоростью нарастания симптомов интоксикации

4) выраженностью местных клинических проявлений

5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

93. Аденофлегмоны развиваются по причине:

1) абсцедирующего фурункула

2) периапикального воспаления

3) паренхиматозного сиалоаденита

4) распространения воспалительного процесса из других областей

5) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

94. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) флебит угловой вены

4) парез лицевого нерва 5) гематома мягких тканей

95. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

96. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит

3) парез лицевого нерва 4) гематома мягких тканей

5) тромбоз синусов головного мозга

97. Для ускорения очищения гнойной раны назначают:

1) УВЧ 2) массаж 3) электрофарез

4) гальванизацию 5) флюктуоризацию

98. Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов нижней челюсти

3) зубов верхней челюсти 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

99. Клиническим признаком флегмоны дна полости рта является:

1) тризм

2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечных областей

4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

100. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) ангиной Людвига

3) карбункулом нижней губы 4) флегмоной щечной области

5) флегмоной височной области

101. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке

3) жевательной мышце 4) околоушной слюнной железе

5) крыловидно-челюстном пространстве

102. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг

2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать новокаиновую блокаду

4) назначить физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

103. Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

104. При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

105. Отдаленным местным осложнением флегмоны дна полости рта является:

1) слюнной свищ 2) менингоэнцефалит

3) абсцесс головного мозга 4) рубцовый выворот верхней губы

5) тромбоз венозных синусов головного мозга

106. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:

1) тризм

2) гиперемия кожи в области нижней губы

3) отек крылочелюстной складки

4) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

5) отек и гиперемия щечных областей

107. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом

2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной височной области

4) флегмоной щечной области

5) острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

108. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу

109. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

110. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:

1) язык 2) нижнюю губу 3) скуловую кость

4) околоушную слюнную железу 5) поднижнечелюстную слюнную железу

111. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) отек и инфильтрат языка

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) отек и гиперемия щечных областей

112. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) боли при глотании

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) отек и гиперемия щечных областей

113. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной щечной области 4) флегмоной дна полости рта

5) флегмоной височной области

114. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) гиперемия и инфильтрат щеки

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

115. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) затрудненное открывание рта

3) отек нижнего века 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

116. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной дна полости рта 4) флегмоной височной области

5) подмассетериальным абсцессом

117. Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:

1) интоксикация 2) судорожная готовность

3) респираторный синдром 4) гипертонический синдром

5) почечная недостаточность

118. В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг

2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать паранефральную блокаду

4) провести физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

119. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

120. Для флегмоны височной области характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствует выраженной контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

121.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

122. 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

123. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД 2) биопсия

3) рентгенография 4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

124. 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

125. 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

126. 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

127. 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

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

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

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

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

130. 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

131. Осложнением воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит 2) фурункулез 3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны 5) актиномикоз

132. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная 2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

133. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

134. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

135. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

136. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная 2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

137. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

138. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

139. Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома 2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

140. 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

141. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области 2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

142. 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

143. 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

144. Больной доставлен с переломом костей лицевого черепа: нижней челюсти, скуловой дуги и носа; с рваной раной в области нижней губы и подбородка. Определите вид повреждения:

1) множественная 2) сочетанная 3) комбинированная

4) комплексная 5) политравма

145. Отсроченная первичная хирургическая обработка проводится:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения

3) после 48 часов 4) после проявления в ране грануляций

5) после начала эпителизации краев раны

146. Иссечение краев раны обязательно в следующих случаях:

1) укушенная рана 2) резаная и колотая раны

3) ушибленно-рваная рана 4) укушенная и рваная раны

5) рваная и колотая раны

147. Граница между жизнеспособными и подлежащими удалению тканями при ранениях определяется по появлению:

1) артериального кровотечения 2) венозного кровотечения

3) капиллярного кровотечения 4) отсутствием видимых некротизированных тканей

5) ответы 1+4

148. При обработке ушибленно-рваных ран лица края раны иссекают:

1) во всех случаях 2) для обнаружения всех инородных тел

3) только явно нежизнеспособные 4) только в первые 24 часа

5) только через 48 часов

149. Кожно-слизистые швы при ранениях носа, век, губ, щек, глотки накладывают:

1) во всех случаях

2) при больших истинных изъянах тканей, когда не возможно провести одномоментную пластику

3) при укушенных ранах

4) при огнестрельных ранах

5) ответы 3+4

150. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается в:

1) антисептической обработке, наложении швов и повязки

2) остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

3) иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

4) антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

5) экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

151. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа 5) крючок Лимберга

152. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа

5) элеватор Карапетяна

153. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1) птоз 2) гипосаливация 3) телеангиэктазии

4) парез ветвей лицевого нерва 5) вторичные деформации лицевого скелета

154. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1) радикальная верхнечелюстная синусотомия

2) остеотомия верхней челюсти

3) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

155. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) пародонтит

4) амилоидоз 5) парез лицевого нерва

156. Непосредственным местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) пародонтит 3) кровотечение

4) пиелонефрит 5) множественный кариес

157. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) шок 2) ОРВЗ 3) пародонтит

4) холецистит 5) парез лицевого нерва

158. Непосредственным общим осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) коллапс 3) пародонтит

4) холецистит 5) парез лицевого нерва

159. Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) травматический остеомиелит

4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

160. Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) диплопия 3) асфиксия

4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

161. Поздним местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) асфиксия 3) слюнные свищи

4) пародонтит 5) нижняя макрогнатия

162. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1) ОРВЗ 2) пародонтит 3) потеря сознания

4) сахарный диабет 5) вторичное кровотечение

163. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) течением раневого процесса

2) быстрым развитием осложнений

3) сроками эпителизации раны

4) несоответствием внешнего вида раненого и его жизнеспособности

5) наличием гематом

164. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) сроками эпитализации раны

2) течением раневого процесса

3) быстрым развитием осложнений

4) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

5) наличием гематом

165. Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1) разрывные пули

2) осколки снарядов

3) стреловидные элементы

4) зоны некротических изменений костной ткани

5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

166. Консервативный (ортопедический) способ лечения при переломах в\ч показан:

1) при всех видах переломов в\ч

2) только при переломах со смещением и нарушением прикуса

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

4) при частичном или полном отсутствии зубов

5) у больных с сопутствующими психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие)

167. Оперативный метод лечения при переломах в\ч показан:

1) при переломах со смещением

2) при невозможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

3) при профузном или продолжающих повторно возникать кровотечениях из области перелома

4) у больных с психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие, эпилепсия)

5) ответы 2+3+4

168. Вправление отломков скуловой кости показано при:

1) переломах со смещением и сдавлением подглазничного нерва

2) переломах со смещением но без сдавления подглазничного нерва

3) перелом без смещения

4) ответы 1+2

5) ответы 2+3

169. Консервативный метод лечения переломов н\ч показан:

1) при частичной или полной адентии независимо от характера смещения отломков

2) при частичной или полной адентии при переломах без смещения

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими методами независимо от характера смещения отломков, если возможна их репонация

4) у больных с психическими сопутствующими заболеваниями (шизофрения, слобоумие, эпилепсия)

5) во всех перечисленных случаях

170. Хирургический (оперативный) метод лечения больных с переломами в н\ч показан при:

1) у больных с психическими заболеваниями

2) у больных с полной адентией независимо от характера смещенных отломков

3) у всех больных со смещением отломков

4) при невозможности фиксации отломков ортопедическими способами

5) ответы 1+4

171. Среди хирургических методов лечения переломов наиболее надежное закрепление отломков возможно при:

1) остеосинтезе внутрикостной спицей

2) остеосинтезе мини пластинами и мини шурупами

3) костным проволочным швом

4) всех перечисленных способах

172. Шина Порта применяется для лечения больных с переломами:

1) в\ч 2) н\ч 3) обеих челюстей

4) костей носа 5) скуловой кости

173. Какая травма относится к сочетанной:

1) перелом костей носа, резанная рана мягких тканей щеки и шеи, перелом плечевой кости

2) перелом верхней и нижней челюсти

3) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа

4) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа, рваная рана верхней губы и щеки

5) перелом нижней челюсти в области тела мыщелкового отростка слева и справа, вывих 12, 11, 21, 22

174. Какая травма относится к множественной:

1) повреждены кости носа и мягкие ткани щеки

2) перелом нижней челюсти, костей носа, сотрясение головного мозга

3) перелом костей носа, скуловой кости, резаная рана щеки и шеи

4) перелом верхней челюсти, ушиб головного мозга

5) перелом верхней и нижней челюсти, скуловой кости, костей носа, рваная рана нижней губы, щеки и шеи

175. Эластичная подбородочно-затылочная повязка показана при лечении:

1) всех больных с переломами в\ч

2) всех больных с переломами верхней и нижней челюстей

3) больных с переломами н\ч без смещения

4) больных с переломами зубов

5) больных с переломами скуловой кости

176. При переломах в области мыщелкового отростка без смещения показано лечение:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение

3) остеосинтез

4) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

5) ранняя лечебная физкультура и миогимнастика

177. При переломах в области мыщелка со смещением «по оси» показано:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка

4) ответы 1+2

5) шина Ванкевич

178. При переломах в области мыщелка с вывихом из суставной впадины показано:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка

4) ответы 1+2

5) шина Вебера

179. При переломе в области венечного отростка показано:

1) остеосинтез

2) межчелюстное вытяжение

3) подбородочная пращевидная повязка

4) шина Ванкевич

5) шина Вебера

180. Перелом венечного отростка обычно встречается вместе с переломом:

1) венечного отростка с другой стороны

2) н\ч в области ментального отдела

3) скуловой дуги с одноименной стороны

4) скуловой дуги с противоположной стороны

5) костей носа

181. К кистам одонтогенной природы относятся:

1) дермоидные 2) фолликулярные 3) радикулярные

4) ответы 1+2 5) ответы 2+3

182. К врожденным кистам относятся:

1) дермоидные 2) фолликулярные 3) радикулярные

4) резидуальные 5) ответы 1+4

183. Фоликулярные кисты в отличии от радикулярных:

1) быстрее растут 2) медленнее растут

3) чаще нагнаиваются 4) ответы 1+3

5) ответы 2+3

184. Амелобластома чаще всего возникает в области:

1) резцового отверстия 2) бурга в/ч

3) угла и тела н/ч 4) венечного и мыщелкового отростков

5) дна верхнечелюстной пазухи

185. К неодонтогенным опухолям, встречающимся в ЧЛО, относятся:

1) цементома 2) мукоэпидермоидная опухоль

3) адамантинома 4) твердая одонтома

5) мягкая одонтома

186. Твердая одонтома развивается из:

1) остатков эмалевого органа 2) аномально развивающегося зачатка зуба

3) жаберных дуг 4) отростков Малассе

5) ответы 3+4

187. Какие поражения слизистой оболочки губы относятся к облигатным формам предрака:

1) болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

2) болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, капиллярная гемантиома

3) бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия, хейлит Манганотти

4) бородавчатый предрак, болезнь Боуэна, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия

5) бородавчатый предрак, предраковый гиперкератоз, лейкоплакия, капиллярная гемангиома

188. Рак слизистой оболочки полости рта наиболее часто поражает:

1) твердое небо

2) спинку и кончик языка

3) дно полости рта

4) боковые отделы средней и задней третей языка

5) ответы 2+3

189. Наиболее частые локализации рака слизистой оболочки полости рта:

1) твердое небо 2) мягкое небо 3) дно полости рта

4) язык 5) щека

190. Какие одонтогенные опухоли наиболее часто озлокачествляются:

1) амелобластома 2) твердая одонтома 3) мягкая одонтома

4) цементома 5) ответы 2+4

191. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи 2) появление болей

3) уменьшение подвижности 4) плотная консистенция (пальпаторно)

5) ответы 2+3+4

192. Признаки озлокачествления полиморфной аденомы (так называемой «смешанной» опухоли околоушных слюнных желез):

1) парез лицевого нерва 2) уменьшение подвижности

3) гипосаливация 4) гиперсаливация

5) ответы 1+2

193. Признаки озлокачествления опухоли

1) гиперемия кожи 2) появление болей

3) уменьшение подвижности 4) плотная консистенция (пальпаторно)

5) ответы 2+3+4

194. Признаки озлокачествления полиморфной аденомы (так называемой «смешанной» опухоли околоушных слюнных желез):

1) парез лицевого нерва 2) уменьшение подвижности

3) гипосаливация 4) гиперсаливация

5) ответы 1+2

195. Раковые опухоли нижней губы дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные

3) околоушно-жевательной области 4) подчелюстные

5) сонного треугольника

196. Раковые опухоли передних отделов дна полости рта дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные

3) околоушно-жевательной области 4) подчелюстные

5) сонного треугольника

197. Раковые опухоли щеки (кожи или слизистой оболочки) дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные

3) околоушно-жевательной области 4) подчелюстные

5) сонного треугольника

198. Раковые опухоли корня языка дают метастазы 1-го порядка в лимфоузлы:

1) надключичные 2) подподбородочные

3) околоушно-жевательной области 4) подчелюстные

5) сонного треугольника

199. Температура жидкого азота при проведении криодеструкции составляет:

1) 60С 2) 90С 3) 150С 4) 196С 5) 240С

200. Операция Крайля включает удаление регионарных метастазов в составе:

1) клетчатки боковой поверхности шеи 2) кивательной мышцы

3) внутренней яремной вены 4) ответы 2+3

5) ответы 1+2+3

201. Операция Ванаха показана при метастазах рака в лимфоузлы:

1) подбородочной области 2) подчелюстной области

3) сонного треугольника 4) ответы 1+2+3

5) ответы 1+2

202. Рентгенологические признаки одонтогенной радикулярной кисты:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления в области корня с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) ответы 3+4

203. Рентгенологические признаки одонтогенной фолликулярной кисты:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления в области корня с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) ответы 3+4

204. Рентгенологические признаки амелобластомы:

1) округлая тень в области верхушки корня

2) очаг просветления округлой формы без четких границ

3) очаг просветления с четкими границами

4) непрорезавшийся зуб вокруг коронки которого очаг просветления с четкими границами

5) зона деструкции кости многоячеистой формы с четкими границами

205. Рентгенологические признаки саркомы кости челюсти:

1) очаг просветления без четких гранц

2) очаг затемнения без четких границ

3) очаг просветления с замыкающей пластинкой

4) нет специфических признаков

5) мраморный рисунок кости

206. Рентгенологические признаки метастазов в кости челюсти:

1) очаг просветления без четких анатомических границ пораженных костных структур

2) очаг затемнения без четких границ

3) очаг затемнения с замыкающей пластинкой

4) нет специфических признаков

5) мраморный рисунок кости

207. Эпулис-собирательный термин, включающий:

1) ангиому 2) фиброму

3) периферическую форму остеобластокластомы 4) нейрофиброму

5) ответы 1+2+3

208. У больной 47 лет, в области околоушной слюнной железы определяется плотное бугристое новообразование размером 2\*3см, подвижное, давности свыше 7 лет. Ваши рекомендации:

1) отказ от оперативного вмешательства ввиду невозможного повреждения лицевого нерва и пареза мимической мускулатуры лица

2) наблюдение и в случае прогрессирующего роста-операция

3) рентгенотерапия

4) оперативное лечение

5) склерозирующая терапия

209. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

1) районному онкологу 2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту 4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

210. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен к:

1) районному онкологу 2) специалисту-радиологу

3) участковому терапевту 4) хирургу общего профиля

5) хирургу-стоматологу

211 Методом пластики по А.А. Лимбергу называется перемещение

1) лоскутов на питающей ножке

2) встречных треугольных лоскутов

3) круглого стебельчатого лоскута

4) лоскута на сосудистом анастомозе

5) свободного кожного лоскута

212. Вторичная костная пластика после основной операции проводится через

1) 10 дней 2) 1-2 месяца 3) 3-4 месяца

4) 6-8 месяцев 5) 1-1,5 года

213. Определите оптимальный пластический материал для возмещения изъяна на лбу:

1) дермато- жировой лоскут со стопы с использованием микрохирургической техники

2) свободная пересадка расщепленной кожи

3) свободная пересадка кожи в полную толщу

4) использование консервированного кожного аллотрансплантата

5) свободная пересадка дермо-жирового лоскута

214. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

215. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

216. Что обозначает термин аутотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами одного вида

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация между организмами разных видов

5) трансплантация небиологического субстрата

217. Что обозначает термин аллотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

3) трансплантация между организмами разных видов

4) трансплантация небиологического субстрата

5) трансплантация между организмами одного вида

218. Что обозначает термин эксплантация:

1) трансплантация небиологического субстрата

2) трансплантация ткани и небиологического субстрата

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация в пределах одного организма

5) трансплантация между организмами одного вида

219. Оптимальные материалы, используемые для восполнения костной ткани при врожденных и приобретенных деформациях костей лица:

1) аллогенная кость 2) аутогенная кость

3) металлические 4) биокерамические

5) полимерные материалы

220. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1) на питающей ножке 2) встречных треугольных

3) круглого стебельчатого 4) на сосудистом анастомозе

5) свободная пересадка

221. При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть:

1) 1:3 2) 1:4 3) 1:5 4) 1:8 5) 2:3

222. При формировании лоскута Филатова отношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть:

1) 1:1 2) 1:2 3) 1:3 4) 1:4 5) 1:5

223. Свободной пересадкой кожи называется:

1) перенос кожи стебельчатого лоскута

2) пересадка кожного аутотрансплантата

3) перемещение кожного лоскута на ножке

4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

5) деэпидермизация

224. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:

1) периостита 2) секвестрэктомии

3) постлучевой некрэктомии 4) склерозирующей терапии

5) удаления доброкачественных опухолей

225. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ключицы 2) костей стопы

3) бедренной кости 4) гребешка подвздошной кости

5) плечевой кости

226. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ребра 2) ключицы 3) костей стопы

4) бедренной кости 5) плечевой кости

227. Аутотрасплантат – это материал, взятый у:

1) пациента 2) животного 3) другого индивида

4) однояйцевого близнеца 5) близких родственников

228. После костной пластики челюстей назначают остеотропный антибиотик:

1) пенициллин 2) олететрин 3) линкомицин

4) тетрациклин 5) эритромицин

229. Причины (этиологические факторы) развития врожденных пороков лица - это:

1) психические 2) физические 3) генетические

4) бактериологические 5) все перечисленные факторы

230. Общая частота врожденных расщелин верхней губы и неба (по России):

1) 1:1500 2) 1:1000 3) 1:750 4) 1:500 5) 1:250

231. Функциональные нарушения при врожденной расщелине неба:

1) дыхания 2) пищеварения 3) слуха и речи

4) пищеварения и речи 5) все вышеперечисленные функции

232. Определите оптимальный срок проведения хейропластики при односторонней расщелине губы:

1) до 6 месяцев 2) до 12 месяцев 3) от 12 до 18 месяцев

4) до 2-х лет 5) от 2-х до 3-х лет

233. Занятия с логопедом детей с врожденными расщелинами неба начинаются:

1) в 1 год

2) после 2-х лет

3) после уранопластики независимо от твозраста ребенка

4) перед школой в 6-7 лет

5) после завершения, в основном, комплексного хирургического и ортопедического лечения

234. Оптимальные сроки оперативного вмешательства при врожденных расщелинах верхней губы:

1) в период новорожденности 2) в возрасте 2-3 месяцев

3) в возрасте 1-го года 4) в возрасте 6-8 месяцев

5) в зависимости от вида расщелины, степени деформации в\ч но не позже 12 месяцев после рождения

235. Оптимальные сроки (возраст) для проведения операций при расщелинах неба (уранопластики):

1) в первый год жизни

2) до начала речеобразования (до 2,5-3-х лет)

3) дифференцированный подход в зависимости от формы расщелины неба и подготовленности больного к операции (в том числе ортодонтической)

4) в строго определенные сроки в зависимости от формы расщелины

5) первый этап (велопластика) – до года, второй этап (пластика твердого неба) – до 3-х лет

236. В комплекс реабилитационных мероприятий после операции уранопластики входят:

1) возможно более раннее занятие с логопедом

2) общеукрепляющее лечение, полноценное питание, витаминотерапия

3) лечебная физкультура, физиотерапевтическое лечение

4) массаж неба, ношение фиксирующей небной пластинки и формирующего пилота

5) все вышеперечисленное

237. Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

1) у хирурга-стоматолога

2) у хирурга-стоматолога и ортодонта

3) у хирурга-стоматолога детского и логопеда

4) у педиатра и хирурга-стоматолога детского

5) у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

238. Формирование врожденной расщелины верхней губы тератогенные факторы могут вызвать в период формирования плода:

1) первые 6 недель 2) 6-12 недель 3) 24-28 недель

4) 29-30 недель 5) 30-31 неделя

239. Ортодонтическое лечение детям с врожденной расщелиной мягкого и твердого неба рекомендуется начать:

1) до операции 2) по окончанию хирургического лечения

3) в возрасте не ранее 6 лет 4) не ранее 10 лет

5) старше 10 лет

240. Тератогенным действием, приводящим к формированию у плода врожденной расщелины неба, обладают:

1) чрезмерное употребление сладких продуктов у беременной женщины

2) лекарственные препараты, принимаемые во время беременности

3) острая пища

4) чрезмерно соленая пища

5) верно 3+4

241. Показанием к удалению зуба является:

1. острый пульпит
2. глубокий кариес
3. острый периодонтит
4. хронический гранулематозный периодонтит
5. паротит

242. Прямыми щипцами удаляют:

1. моляры
2. премоляры
3. зубы мудрости
4. резцы верхней челюсти
5. резцы нижней челюсти

243. S-o6paзными щипцами без шипов удаляют:

1. корни зубов
2. моляры нижней челюсти
3. моляры верхней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. 3-й моляры нижней челюсти

244. S-образными щипцами с шипом удаляют:

1. резцы
2. 3-й моляры
3. моляры верхней челюсти
4. премоляры верхней челюсти
5. 3-й моляры нижней челюсти

245. Штыковидны ми щипцами удаляют:

1)резцы нижней челюсти

2)моляры верхней челюсти

3)премоляры нижней челюсти

4)3-й моляры нижней челюсти

5)корни и премоляры верхней челюсти

246. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:

1. резцы нижней челюсти
2. моляры нижней челюсти
3. премоляры верхней челюсти
4. 3-й моляры верхней челюсти
5. корни зубов нижней челюсти

247. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы ниж­ней челюсти:

1. резцы верхней челюсти
2. моляры верхней челюсти
3. премоляры нижней челюсти
4. корни зубов нижней челюсти
5. премоляры верхней челюсти

248. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:

1. клыки
2. резцы
3. премоляры
4. корни зубов
5. моляры

249. Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:

1. резец
2. премоляр
3. первый моляр
4. второй моляр
5. третий моляр

250. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:

1. верхнечелюстной синусит
2. периостит
3. альвеолит
4. остеомиелит

5) перелом коронки или корня удаляемого зуба

251. Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:

1. паротит
2. кровотечение
3. невралгия тройничного нерва
4. артрит височно-нижнечелюстного сустава
5. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

252. Возможное осложнение во время операции удаления зубов верхней челюсти:

1. паротит
2. невралгия тройничного нерва
3. перфорация дна верхнечелюстной пазухи
4. артрит височно-нижнечелюстного сустава
5. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

253. Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:

1. паротит
2. отлом бугра верхней челюсти
3. невралгия тройничного нерва
4. анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
5. артрит височно-нижнечелюстного сустава

254. Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:

1)синусит

2) периостит

3)альвеолит

1. остеомиелит
2. перелом нижней челюсти

255. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба от­носят:

1. анурез
2. синусит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. гипертонический криз

256. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез
2. синусит
3. альвеолит
4. остеомиелит
5. анафилактический шок

257. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1. анурез
2. синусит
3. обморок
4. альвеолит
5. остеомиелит

258. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба от­носят:

1. анурез
2. синусит
3. коллапс
4. альвеолит
5. остеомиелит

259. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции уда­ления зуба, относят:

1. анурез
2. миозит
3. коллапс
4. невралгию
5. альвеолит

260. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции уда­ления зуба, относят:

1. анурез
2. миозит
3. коллапс
4. невралгию
5. остеомиелит

261. К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции уда­ления зуба, относят:

1. анурез
2. миозит
3. коллапс
4. невралгию
5. альвеолоневрит

262. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:

1. анурез
2. миозит
3. коллапс
4. невралгия
5. ороантральное сообщение

263. Щипцы для удаления резцов верхней челюсти:

1. прямые корневые
2. прямые корешковые
3. клювовидные корневые
4. изогнутые по плоскости
5. S-образные с несходящимися щечками

264. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти:

1. штыковидные
2. клювовидные корневые
3. изогнутые по плоскости
4. S-образные с несходящимися щечками
5. прямые корневые

265. Для удаления клыков верхней челюсти используют щипцы:

1. прямые коронковые
2. прямые корневые
3. S-образные с шипом
4. клювовидные корневые
5. изогнутые по плоскости

266. Щипцы для удаления корней клыков верхней челюсти:

1. прямые корневые
2. S-образные с шипом
3. клювовидные корневые
4. изогнутые по плоскости
5. S-образные со сходящимися щечками

267. Щипцы для удаления премоляров верхней челюсти:

1. прямые корневые
2. S-образные без шипа
3. клювовидные корневые
4. изогнутые по плоскости
5. S-образные со сходящимися щечками

268. Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти:

1. S-образные сходящиеся
2. прямые корневые
3. S-образныс с шипом
4. клювовидные корневые
5. изогнутые по плоскости

269. Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными:

1. сходящимися
2. с шипом слева
3. несходящимися
4. с шипом справа
5. клювовидными сходящимися

270. Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными:

1. сходящимися
2. с шипом слева
3. несходящимися
4. с шипом справа
5. с круглыми щечкам

271. Щипцы для удаления третьих моляров верхней челюсти:

1. прямые
2. S-образные с шипом
3. S-образные сходящиеся
4. штыковидные со сходящимися щечками
5. штыковидные с несходящимися закругленными щечками

272. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти:

1. прямые щипцы
2. прямой элеватор
3. S-образные щипцы с шипом
4. штыковидные щипцы
5. штыковидный элеватор

273. Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти:

1. клювовидные
2. штыковидные
3. S-образные сходящиеся
4. S-образные с шипом справа
5. S-образные несходящиеся

274. Для удаления корней резцов верхней челюсти используют:

1. прямой элеватор
2. клювовидные щипцы
3. клювовидные щипцы с шипиками
4. S-образные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

275. Щипцы для удаления резцов нижней челюсти:

1. клювовидные сходящиеся
2. клювовидные несходящиеся
3. S-образные щипцы с шипом
4. горизонтальные коронковые
5. штыковидные щипцы со сходящимися щечками

276. Щипцы для удаления клыков нижней челюсти:

1. клювовидные сходящиеся
2. S-образные щипцы с шипом
3. клювовидные несходящиеся
4. горизонтальные коронковые
5. штыковидные щипцы со сходящимися щечками

277. Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти:

1. клювовидные сходящиеся
2. S-образные щипцы с шипом
3. клювовидные несходящиеся
4. горизонтальные коронковые
5. штыковидные щипцы со сходящимися щечками

278. Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти:

1. клювовидные сходящиеся
2. S-образные с шипом
3. горизонтальные коронковые
4. клювовидные несходящиеся с шипиками
5. штыковидные со сходящимися щечками

279. Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. клювовидные сходящиеся
2. S-образные с шипом
3. горизонтальные коронковые
4. клювовидные несходящиеся с шипом
5. штыковидные со сходящимися щечками

280. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. прямой элеватор
2. S-образные щипцы
3. клювовидные щипцы
4. щипцы клювовидные с шипом
5. S-образные сходящиеся щипцы

281. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. прямые щипцы
2. угловой элеватор
3. клювовидные щипцы с шипом
4. S-образные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

282. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:

1. прямые щипцы
2. элеватор Леклюза
3. клювовидные щипцы с шипом
4. S-образные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

283. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

1. прямые щипцы
2. иглодержатель
3. клювовидные щипцы с шипом
4. клювовидные сходящиеся щипцы
5. S-образные несходящиеся щипцы

284. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:

1. гладилка
2. прямые щипцы
3. угловой элеватор
4. клювовидные щипцы с шипом
5. S-образные несходящиеся щипцы

285. Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верх­ней челюстей:

1. бормашина
2. прямые щипцы
3. иглодержатель
4. крючок Лимберга
5. элеватор Карапетяна

286. Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верх­ней челюстей:

1. экскаватор
2. прямые щипцы
3. иглодержатель

4) крючок Лимберга

5) элеватор Карапетяна

287. Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верх­ней челюстей:

1. гладилка
2. прямые щипцы
3. иглодержатель
4. крючок Лимберга
5. элеватор Карапетяна

288. Для удаления временного второго моляра нижней челюсти рекомендуют­ся щипцы:

1. клювовидные сходящиеся
2. клювовидные несходящиеся
3. байонетные
4. прямые
5. штыковидные

289. Кюретаж лунки при удалении временного зуба:

1. не проводится
2. проводится всегда
3. проводится по просьбе родителей
4. проводится по настоянию родителей
5. проводится при эффективном обезболивании

290. При удалении по ортодонтическим показаниям зубов 14 и 24 со сформиро­ванными корнями кюретаж лунки:

1. не проводится
2. проводится
3. проводится по просьбе родителей
4. проводится по настоянию родителей  
   5) верно 2), 3) и 4)

291. Травма зачатка зуба наиболее вероятна при удалении зубов:

1. 12,22
2. 14,24
3. 74, 84
4. 35,45
5. 36,46

292. Абсолютным показанием к удалению временного зуба при осложненном кариесе является:

1. сформированный корень
2. несформированный корень
3. начавшаяся резорбция корня
4. свищ на десне
5. болезнь Дауна

293. Абсолютным противопоказанием к удалению зуба в условиях поликлини­ки является:

1. аллергия к местному анестетику
2. хронический пиелонефрит
3. ОРВИ
4. болезнь Дауна
5. врожденный порок сердца в стадии декомпенсации

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикаторы достижения компетенции | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-2 Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний у детей, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения | Инд.ОПК2.2. Применяет эффективные методы и средства информирования пациентов и их родственников о здоровом образе жизни, повышение его грамотности в вопросах профилактики заболеваний | Знать информировать пациентов и их родственников о профилактике стоматологических заболеваний | Вопросы 32, 38  Тестовые задания 1-29, 64-87 |
| Уметь составлять и обосновывать план профилактики стоматологических заболеваний у пациентов и их родственников | Тестовые задания 1-29, 64-87 |
| Владеть правилами профилактики стоматологических заболеваний | Тестовые задания 1-29, 64-87 |
| 2 | ОПК-5 Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | Инд.ОПК5.2. Оценивает физиологические состояния организма человека в рамках профессиональной деятельности | Знать анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области | Вопросы 5, 7, 29, 33, 35  Тестовые задания 1-19, 106-143 |
| Уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Тестовые задания 1-19, 106-143 |
| Владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Тестовые задания 1-19, 106-143 |
| 3 | ОПК-7 Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности | Инд.ОПК7.1. Составляет план лечения с учетом стандартов оказания медицинской помощи | Знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-4, 6, 8-28, 30-31, 34, 36-37, 39-40  Тестовые задания 30-63, 88-293 |
| Уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Тестовые задания 30-63, 88-293 |
| Владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Тестовые задания 30-63, 88-293 |

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Персональный компьютер, информационная система Университета.

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы**

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг по дисциплине «Стоматология» (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга по дисциплине «Стоматология»**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям по дисциплине «Стоматология» текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга по дисциплине «Стоматология»**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:  1-е место  2-е место  3-е место  участие | 3  2  2  1 |

**4.4. Порядок расчета зачетного рейтинга по дисциплине «Стоматология»**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация по дисциплине «Стоматология» проводится в форме зачета;
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ;
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более;
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования;
* Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

4.4.2. Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

4.4.3. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.4. В случае неявки на зачет, а также получения обучающимся зачетного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |