

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность 31.08.69 ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ
код, наименование

Кафедра: хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Форма обучения: очная

Нижний Новгород
2023

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Ситуационная задача	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач
3	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющее оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов в экзаменационных билетах

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12; ПК-13.	Текущий,	Раздел 1. Общие вопросы и понятия челюстно-лицевой хирургии	Тестовые задания
		Раздел 2. Амбулаторная хирургическая стоматология	
		Раздел 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	
		Раздел 4. Болезни слюнных желез	
		Раздел 5. Болезни пародонта	
		Раздел 6. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	
		Раздел 7. Заболевания и поражения нервов лица	
		Раздел 8. Остеонекрозы челюстей	
		Раздел 9. Неогнестрельные	

		травматические повреждения челюстно-лицевой области	
		Раздел 10. Огнестрельные травмы челюстно-лицевой области	
		Раздел 11. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области	
		Раздел 12. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты челюстно-лицевой области	
		Раздел 13. Реконструктивно-пластические операции в челюстно-лицевой области	
	Промежуточный	Все темы разделов	Перечень вопросов в экзаменационных билетах Ситуационные задачи

4. Содержание оценочных средств промежуточного, текущего контроля, экзамена

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: ситуационных задач и тестовых заданий.

4.1. Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12; ПК-13.

Раздел 1. Общие вопросы и понятия челюстно-лицевой хирургии.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. Перечислите структуры, входящие в состав основного сосудисто-нервного пучка шеи:</p> <p>а) общая сонная артерия, внутренняя яремная вена, блуждающий нерв б) восходящая артерия шеи, наружная яремная вена, блуждающий нерв в) позвоночная артерия, глубокая шейная вена, поперечный нерв шеи г) верхняя щитовидная артерия, общая лицевая вена, малый затылочный нерв</p>
<p>2. Какой из перечисленных методов обследования больных не относится к клиническим:</p> <p>а) опрос б) осмотр в) пальпация г) рентгенография</p>
<p>3. Какая структура образует футляр для грудино-ключично-сосцевидных мышц:</p> <p>а) поверхностная фасция б) поверхностная пластинка фасции шеи в) внутришейная фасция г) предтрахеальная пластинка фасции шеи</p>
<p>4. Какой рентгенологический метод исследования позволяет визуализировать мягкотканые структуры:</p>

<p>а) КЛКТ б) МСКТ в) МРТ г) ПЭТ</p>
<p>5. Осмотр пациента начинается с:</p> <p>а) оценки конфигурации лица б) пальпации височно-нижнечелюстного сустава в) определения прикуса г) записи зубной формулы</p>
<p>6. Назовите основной юридический документ, который в ходе своей работы заполняет врач челюстно-лицевой хирург:</p> <p>а) медицинская карта стационарного пациента = история болезни (форма №003/у-80) б) медицинская карта стоматологического больного (форма №043/у) в) выписка из медицинской карты амбулаторного, стационарного больного (форма №027/у) г) лечебная карта призывника (форма №053/у)</p>
<p>7. Верхнечелюстная (Гайморова) пазуха посредством полулунной расщелины имеет сообщение с:</p> <p>а) верхним носовым ходом б) средним носовым ходом в) нижней носовой раковиной г) средней носовой раковиной</p>
<p>8. Какая жевательная мышца при сокращении тянет нижнюю челюсть назад:</p> <p>а) собственно жевательная б) височная в) латеральная крыловидная г) медиальная крыловидная</p>
<p>9. В образовании какой стенки глазницы участвует малое крыло клиновидной кости:</p> <p>а) верхней б) нижней в) медиальной г) латеральной</p>
<p>10. Какая область головы и шеи необходима для доступа к язычной артерии:</p> <p>а) поднижнечелюстной треугольник б) сонный треугольник в) позадичелюстная ямка г) лопаточно-трахеальный треугольник</p>
<p>11. Через какое отверстие на поверхность черепа выходит лицевой нерв:</p> <p>а) шило-сосцевидное б) круглое в) овальное г) большое затылочное</p>
<p>12. Какая структура является общей границей для височной и подвисочной ямок:</p> <p>а) подвисочный гребень крыловидного отростка клиновидной кости б) латеральная крыловидная мышца в) медиальная крыловидная мышца г) латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости</p>
<p>13. Диск височно-нижнечелюстного сустава позволяет визуализировать:</p> <p>а) МРТ б) КЛКТ в) МСКТ</p>

г) ОПТГ
<p>14. К какому образованию крепятся оба брюшка двубрюшной мышцы:</p> <p>а) подъязычная кость б) двубрюшная ямка нижней челюсти в) сосцевидный отросток височной кости г) шиловидный отросток височной кости</p>
<p>15. Турецкое седло располагается:</p> <p>а) в передней черепной ямке б) в средней черепной ямке в) в задней черепной ямке г) за пределами внутреннего основания черепа</p>
<p>16. Дно полости рта подразделяется на два этажа посредством:</p> <p>а) челюстно-подъязычной мышцы б) подъязычно-язычной мышцы в) шило-подъязычной мышцы г) шило-язычной мышцы</p>
<p>17. Биламнарная пластинка височно-нижнечелюстного сустава является зоной диска:</p> <p>а) передней б) задней в) латеральной г) медиальной</p>
<p>18. Жевательная мышца, имеющая прикрепление к жевательной бугристости нижней челюсти:</p> <p>а) собственно жевательная б) височная в) латеральная крыловидная г) медиальная крыловидная</p>
<p>19. Через круглое отверстие из полости черепа выходит нерв:</p> <p>а) верхнечелюстной б) нижнечелюстной в) глазной г) лицевой</p>
<p>20. Через овальное отверстие из полости черепа выходит нерв:</p> <p>а) верхнечелюстной б) нижнечелюстной в) глазной г) лицевой</p>

Раздел 2. Амбулаторная хирургическая стоматология.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. В какие сроки можно проводить амбулаторные манипуляции беременным женщинам:</p> <p>а) в 1 триместре б) во 2 триместре в) в 3 триместре г) нельзя во время беременности</p>
<p>2. Какое противопоказание является абсолютным при проведении эндотрахеального наркоза:</p> <p>а) отказ пациента б) компенсированная патология сердца в) компенсированная патология печени</p>

г) компенсированная патология почек
3. Какое неотложное состояние не требует вызова бригады скорой помощи: а) обморок б) коллапс в) приступ стенокардии г) инфаркт миокарда
4. Анестетик выбора при лечении пациента с неблагоприятным аллергическим анамнезом: а) мепивакаин б) артикаин в) лидокаин г) бупивакаин
5. Какое неотложное состояние требует внутривенного введения адреналина: а) анафилактический шок б) артериальная гипертензия в) инфаркт миокарда г) обморок
6. Препарат для седативного внутривенного наркоза: а) соджурн б) севоран в) закись азота г) пропофол
7. Какое из перечисленных условий практически не влияет на действие анестезирующей соли: а) присутствие вазоконстриктора б) воспалительное явление в зоне анестезии в) концентрация анестезирующей соли г) возраст пациента
8. Для удаления зуба 1.6 с сохраненной коронкой целесообразнее всего использовать: а) S-образные щипцы с шипиком слева б) S-образные щипцы с шипиком справа в) клювовидные щипцы с шипиками г) угловой элеватор
9. В ходе операции удаления зуба после обезболивания следует этап: а) сепарация круговой связки б) наложение щипцов в) люксация зуба г) тракция зуба
10. Первое вывихивающее движение, как правило, производится в сторону: а) вестибулярную б) оральную в) мезиальную г) дистальную
11. При атравматичном удалении каких зубов не требуется сегментирование: а) однокорневых б) двукорневых в) трехкорневых г) любых зубов мудрости
12. Инструменты, позволяющие атравматично удалить зуб: а) люксаторы б) элеваторы

<p>в) роторы г) сепаратор</p>
<p>13. Для удаления прорезавшегося зуба 4.8 при затрудненном открывании рта следует использовать щипцы:</p> <p>а) горизонтальные б) штыковидные в) изогнутые по ребру г) прямые</p>
<p>14. Элеваторы, предназначенные для работы на верхней челюсти:</p> <p>а) прямые б) угловые от себя в) угловые к себе г) Карапетяна</p>
<p>15. Какой нерв является целью при создании депо анестетика в зоне резцового отверстия:</p> <p>а) большой небный б) малый небный в) носо-небный г) резцовый</p>
<p>16. Какая структура находится в области обезболивания при проведении инфраорбитальной анестезии:</p> <p>а) малая гусиная лапка б) большая гусиная лапка в) крыло-небный узел г) узел коленца</p>
<p>17. Какой врач предложил методику блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва:</p> <p>а) Берше б) Вейсбрем в) Лагарди г) Вайсблат</p>
<p>18. Какое осложнение удаления зуба требует лечения в стационарных условиях:</p> <p>а) проталкивание корня зуба в верхнечелюстную пазуху б) перелом коронки соседнего зуба в) вывих нижней челюсти г) рана мягких тканей</p>
<p>19. При коллапсе пациенту следует придать положение:</p> <p>а) с приподнятым головным концом б) Тренделенбурга в) вынужденное сидячее г) стабильное боковое</p>
<p>20. Липидное спасение целесообразно при:</p> <p>а) токсическом шоке б) анафилактическом шоке в) гипогликемической коме г) отеке Квинке</p>

Раздел 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

Тестовые задания с вариантами ответов

- 1.** Муфтообразный отек характерен для:
- а) остеомиелита

<p>б) периостита в) периодонтита г) флегмоны</p>
<p>2. В настоящее время наиболее предпочтительна гайморотомия: а) радикальная б) эндоскопическая в) классическая г) по Колдуэлл-Люку</p>
<p>3. Какая проба наиболее предпочтительна при подозрении на перфорацию верхнечелюстной пазухи: а) рото-носовая б) носо-ротовая в) вакуумная г) аспирационная</p>
<p>4. Проявление первичного сифилиса: а) твердый шанкр б) гумма в) папула г) розеола</p>
<p>5. Скрофулодерма характерна для: а) туберкулеза б) сифилиса в) актиномикоза г) СПИД</p>
<p>6. Спаянные в пакет лимфоузлы являются симптомом: а) туберкулеза б) сифилиса в) актиномикоза г) флегмоны</p>
<p>7. Деревянистый подкожный инфильтрат возникает при: а) актиномикозе б) туберкулезе в) сифилисе г) флегмоне</p>
<p>8. Какая из перечисленных флегмон не является поверхностной: а) подбородочного пространства б) поднижнечелюстного пространства в) подъязычного пространства г) подглазничного пространства</p>
<p>9. Рентгенологическая картина хронического фиброзного периодонтита: а) расширение периодонтальной щели б) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром до 1 см в) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром от 1 см г) очаг разрежения костной ткани без четких границ в виде языков пламени</p>
<p>10. Рентгенологическая картина хронического гранулирующего периодонтита: а) расширение периодонтальной щели б) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром до 1 см в) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром от</p>

1 см г) очаг разрежения костной ткани без четких границ в виде языков пламени
11. Рентгенологическая картина хронического гранулематозного периодонтита: а) расширение периодонтальной щели б) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром до 1 см в) очаг разрежения костной ткани округлой формы с четкими границами диаметром от 1 см г) очаг разрежения костной ткани без четких границ в виде языков пламени
12. Симптом клавиш характерен для: а) остеомиелита б) периостита в) периодонтита г) пародонтита
13. Симптом Венсана характерен для: а) остеомиелита б) периостита в) периодонтита г) пародонтита
14. Секвестрэктомия проводится на стадии остеомиелита: а) острой б) подострой в) хронической г) хронической в стадии обострения
15. Крестообразный разрез используют в хирургическом лечении: а) фурункула б) абсцесса в) флегмоны г) остеомиелита в острой стадии
16. Симптом флюктуации не характерен для: а) флегмоны щечной области б) острого остеомиелита нижней челюсти в) острого периостита нижней челюсти г) острого периодонтита зуба 2.6
17. Положительный симптом Иванова характерен для: а) переднего медиастинита б) заднего медиастинита в) менингита г) сепсиса
18. Положительные симптомы Брудзинского наблюдаются при: а) переднем медиастините б) заднем медиастините в) менингите г) тромбозе кавернозного синуса
19. Какой лоскут невозможно использовать при ушивании перфорации верхнечелюстного синуса: а) трапецевидный с щеки б) языкообразный с неба в) расщепленный с неба г) апикально смещенный
20. Воротникообразный горизонтальный разрез целесообразен при флегмоне:

- а) дна полости рта
- б) окологлоточного пространства
- в) подбородочной области
- г) позадичелюстного пространства

Раздел 4. Болезни слюнных желез.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. Выделяют следующие формы хронического сиаладенита:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ацинарная, протоковая, интерстициальная б) паренхиматозная, лимфоцитарная, интерстициальная в) паренхиматозная, протоковая, лимфоидная г) ранняя, поздняя, перемежающаяся д) паренхиматозная, протоковая, интерстициальная
<p>2. По течению сиалоадениты бывают:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) острые б) подострые в) рецидивирующие г) хронические
<p>3. Для какого заболевания характерна триада: ксеростомия, ксерофтальмия и ревматоидный полиартрит:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) болезнь Микулича б) синдром Микулича в) синдром Шегрена г) синдром Хеерфордта
<p>4. Назовите сиаладенит, который относится к бактериальным поражениям слюнных желез:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) эпидемический паротит б) гриппозный сиаладенит в) лимфогенный паротит г) сиаладенит, который появился на почве герпеса
<p>5. Источником заражения и распространения эпидемического паротита является:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) больной б) грызуны в) насекомые
<p>6. Из-за чего возникают симптомы «слюнной колики»:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) сокращение слюнной железы б) нагноение слюнной железы в) задержки слюны в железе г) кровоизлияния в паренхиму железы
<p>7. Какая слюна не выделяется из протока железы в клинически выраженной стадии паренхиматозного паротита:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) нормальная (неизменная) слюна б) слюна с хлопьями фибрина в) слюна с прожилками слизи г) гнойная слюна
<p>8. Какой клинический признак не является общим для всех форм хронических сиаладенитов:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) незаметное начало заболевания б) острое начало заболевания в) рецидивирующее течение г) прогрессирующее течение

<p>9. При нагноении каких лимфоузлов развивается лимфогенный паротит:</p> <p>а) интракапсулярных узлов околоушно-жевательной области б) экстракапсулярных узлов околоушно-жевательной области в) щечных узлов г) супрамандибулярных узлов</p>
<p>10. При нагноении каких лимфоузлов развивается лимфогенный паротит:</p> <p>а) интракапсулярных узлов околоушно-жевательной области б) экстракапсулярных узлов околоушно-жевательной области в) щечных узлов г) супрамандибулярных узлов</p>
<p>11. Каким путем происходит заражение больного эпидемическим паротитом:</p> <p>а) контактными б) воздушно-капельным в) лимфогенным г) одонтогенным</p>
<p>12. Как изменяется слюноотделение из пораженной железы в начальной стадии хронического паренхиматозного паротита:</p> <p>а) в норме б) резко снижается в) отсутствует выделение слюны г) повышается</p>
<p>13. Что не является синонимом паренхиматозного паротита:</p> <p>а) хронический рецидивирующий паротит; б) кистозный паротит в) сиалолитиаз г) хронический сиалэктатический паротит</p>
<p>14. При каком заболевании его клиническое течение очень напоминает опухоль:</p> <p>а) болезнь Микулича б) синдром Микулича в) синдром Шегрена г) доброкачественное лимфоэпителиальное поражение</p>
<p>15. При каком заболевании у больного увеличиваются все слюнные и слезные железы:</p> <p>а) болезнь Микулича б) синдром Микулича в) синдром Шегрена г) синдром Хеерфордта</p>
<p>16. Возможная форма сиалодохита:</p> <p>а) паренхиматозный б) интерстициальный в) контактный г) лимфогенный</p>
<p>17. Сиалометрию используют для диагностики:</p> <p>а) конкремента б) стеноза протока в) эктазии протока г) функциональной активности железы</p>
<p>18. Паротит Герценберга – это:</p> <p>а) вирусное заболевание б) паротит туберкулезной этиологии в) врожденная атрезия протоков г) лимфаденит околоушной железы</p>

19. Увеличение СЖ возникает при приеме пищи у больных с:

- а) паренхиматозным сиаладенитом
- б) интерстициальным сиаладенитом
- в) болезнью Шегрена
- г) слюннокаменной болезнью

20. Наиболее часто камни образуются в протоках слюнных желёз:

- а) малых
- б) околоушных
- в) подъязычных
- г) поднижнечелюстных

Раздел 5. Болезни пародонта.

Тестовые задания с вариантами ответов

1. К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:

- а) гингивотомия
- б) гингивэктомия
- в) пластика короткой уздечки губ и языка
- г) френулотомия

2. К общим противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:

- а) несоблюдение правил индивидуальной гигиены
- б) онкологическая патология в терминальной стадии
- в) острые инфекционные заболевания (грипп, ангина)
- г) патология прикуса

3. Для выполнения закрытого кюретажа используются:

- а) серповидная гладилка
- б) кюретажная ложка
- в) кюреты Грейси
- г) экскаватор стоматологический

4. По классификации оперативных методик по Cohen в группу операций направленных на коррекцию зубо-десневых карманов входит:

- а) апикально смещенный (перемещенный) лоскут
- б) кюретаж
- в) модифицированный лоскут Видмана
- г) френэктомия или френотомия

5. Основным показанием для открытого кюретажа является:

- а) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 6 мм
- б) патологические зубодесневые карманы глубиной не более 8 мм
- в) острых воспалительных процессах
- г) подвижности зубов III-IV степени

6. Лоскутная операция (по Видманну-Нейманну, 1974) проводится при:

- а) подвижности зубов III-IV степени
- б) острых воспалительных процессах
- в) зубодесневых карманах глубиной не более 6 мм
- г) зубодесневых карманах глубиной более 6 мм

7. Главной методикой устранения явлений гипертрофических разрастаний десневого края является:

- а) модифицированный лоскут Видмана
- б) кюретаж
- в) френэктомия или френотомия
- г) гингивэктомия

<p>8. Показания к простой гингивэктомии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) одиночные костные карманы, гипертрофический гингивит, отечная форма б) неравномерная резорбция костной ткани альвеолярного отростка в) кровоточивость десен, глубокие зубодесневые и костные карманы г) гипертрофический гингивит, фиброзная форма
<p>9. Показаниями к лоскутной операции являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) обострение воспалительного процесса в тканях пародонта б) гипертрофия десневых сосочков, резорбция костной ткани горизонтального типа в) множественные зубодесневые и костные карманы, глубиной более 3 мм, при резорбции костной ткани до 1/2 длины корня зуба г) одиночные зубодесневые карманы до 4 мм
<p>10. При мелком преддверии полости рта следует провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лоскутную операцию б) вестибулопластику в) гингивэктомию г) гингивотомию
<p>11. При ишемическом действии уздечки губы следует провести:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) лоскутную операцию б) вестибулопластику в) гингивэктомию г) гингивотомию д) френулопластику
<p>12. Гингивотомия по Н.Ф. Данилевскому и Г.Н. Вишняк (1977) подразумевает выполнение:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) формирование трапецевидного лоскута б) горизонтального разреза параллельно десневому краю отступив 1,5-2 мм от него в) разреза по сосочковой линии г) полулунного разреза длиной 6-8 мм, отступив от десневого края 3-4 мм
<p>13. К относительным противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) активная форма туберкулеза б) заболевания крови (гемофилия) в) онкологическая патология в терминальной стадии г) наличие не устранённой травматической окклюзии
<p>14. К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) закрытие изолированных рецессии десны б) гингивэктомия в) гингивотомия г) кюретаж
<p>15. Направленная тканевая регенерация – это:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) создание оптимальных условий для роста и созревания органотипичной костной ткани в области костных дефектов с применением мембранной техники б) комбинирование остеоиндуктивных и остеоиндуктивных материалов с целью оптимизации репаративных процессов в области костных дефектов в) использование титановой сетки для избирательного прорастания костной ткани в полость дефекта г) изоляция дефекта от окружающих его структур бедной тромбоцитарной плазмой

<p>16. К общим противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:</p> <p>а) патология прикуса б) активная форма туберкулеза в) острые инфекционные заболевания (грипп, ангина) г) несоблюдение правил индивидуальной гигиены</p>
<p>17. К общим противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:</p> <p>а) патология прикуса б) острые инфекционные заболевания (грипп, ангина) в) несоблюдение правил индивидуальной гигиены г) заболевания крови (гемофилия)</p>
<p>18. К относительным противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится:</p> <p>а) заболевания крови (гемофилия) б) онкологическая патология в терминальной стадии в) активная форма туберкулеза г) патология прикуса</p>
<p>19. При локализованных поражениях в пародонте, обусловленных анатомо-морфологическими особенностями зубочелюстной системы, показано оперативное вмешательство:</p> <p>а) иссечение коротких уздечек, тяжей, углубление преддверия полости рта б) лоскутные операции в) гингивэктомия г) кюретаж пародонтологических карманов</p>
<p>20. К группе мукогингивальных пародонтологических операций относится:</p> <p>а) гингивотомия б) вестибулопластика в) гингивэктомия г) кюретаж</p>

Раздел 6. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. В норме суставная головка нижней челюсти имеет форму:</p> <p>а) шаровидную б) эллипсоидную в) круглую г) плоскую</p>
<p>2. В норме амплитуда открывания рта должна составлять:</p> <p>а) 2 поперечных пальца б) 3 поперечных пальца в) 4 поперечных пальца г) 5 поперечных пальцев</p>
<p>3. Для визуализации и оценки состояния суставного диска оптимально проведение:</p> <p>а) магнитно-резонансной томографии б) компьютерной томографии в) радиоизотопного исследования г) рентгенографии по Шюллеру</p>
<p>4. Для визуализации и оценки костных структур височно-нижнечелюстного сустава целесообразно проведение:</p> <p>а) магнитно-резонансной томографии</p>

<p>б) компьютерной томографии в) радиоизотопного исследования г) мастикациографии</p>
<p>5. Для последней стадии деформирующего артроза характерна следующая рентгенологическая картина: а) нормальная рентгенологическая картина б) нормальная рентгенологическая картина или расширение суставной щели в) сужение суставной щели г) полная потеря конгруэнтности височно-нижнечелюстного сустава</p>
<p>6. Симптом крепитации характерен для: а) острого артрита б) хронического артрита в) артроза г) синдрома мышечно-суставной дисфункции</p>
<p>7. Анкилоз представляет собой: а) отсутствие движений в суставе б) стойкое ограничение движений в суставе в) периодически появляющаяся боль и ограничение движений в суставе г) постоянная боль и ограничение движений в суставе</p>
<p>8. Длительность течения хронического артрита составляет: а) 3-4 недели б) от 2 месяцев в) более 10 лет г) от нескольких месяцев до нескольких лет</p>
<p>9. Отек мягких тканей кпереди от козелка уха характерен для следующего заболевания: а) острый артрит б) хронический артрит в) артроз г) анкилоз</p>
<p>10. Компрессы с ферментами при артритах височно-нижнечелюстного сустава целесообразно назначать в следующей стадии: а) подострой б) острой в) обострившейся г) хронической</p>
<p>11. Резкие боли в суставе характерны для следующего заболевания: а) острого артрита б) хронического артрита в) артроза г) синдрома мышечно-суставной дисфункции</p>
<p>12. «Тугоподвижность» нижней челюсти усиливается к вечеру при следующем заболевании: а) острый артрит б) хронический артрит в) артроз г) анкилоз</p>
<p>13. Различают анкилоз: а) только внутрисуставной б) только внесуставной в) внутри- и внесуставной г) комбинированный</p>

<p>14. Резиновую прокладку при создании покоя в височно-нижнечелюстном суставе у больных страдающих артритами накладывают со следующей целью:</p> <p>а) профилактика вывиха б) профилактика контрактуры в) профилактика анкилоза г) улучшение эстетического вида нижней трети лица у пациента</p>
<p>15. Неоартроз представляет собой:</p> <p>а) патологическое сочленение, выполняющее роль сустава б) внесуставной анкилоз в) внутрисуставной анкилоз г) отсутствие движений в суставе</p>
<p>16. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:</p> <p>а) нижней макрогнатией б) верхней микрогнатией в) верхней ретрогнатией г) «птичьим» профилем</p>
<p>17. Основным методом лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:</p> <p>а) хирургический б) консервативный в) ортопедический г) ортодонтический</p>
<p>18. Основным методом лечения анкилозов височно-нижнечелюстных суставов является:</p> <p>а) артропластика височно-нижнечелюстного сустава б) артроскопия височно-нижнечелюстного сустава в) сплинт-терапия г) тотальное эндопротезирование височно-нижнечелюстного сустава</p>
<p>19. Малоинвазивное хирургическое вмешательство, при котором проводится пункция суставного пространства носит название:</p> <p>а) эндоскопическая артроскопия б) открытая артроскопия в) артроцентез г) артролаваж</p>
<p>20. К относительным противопоказаниям к проведению эндоскопического вмешательства на ВНЧС относится:</p> <p>а) анкилоз ВНЧС б) лейкозы в) старческий возраст г) коагулопатии</p>

Раздел 7. Заболевания и поражения нервов лица.

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. Боли при невралгии II ветви тройничного нерва распространяются:</p> <p>а) в нижней трети лица б) в средней трети лица в) по всему лицу г) в верхней трети лица д) в затылочной области</p>
<p>2. Основным методом лечения неврита тройничного нерва является:</p> <p>а) физиотерапия</p>

<ul style="list-style-type: none"> б) химиотерапия в) хирургический г) алкоголизация д) лучевая терапия е) комбинированный
<p>3. Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующими в ухо, висок б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва в) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно нижнечелюстном суставе д) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности
<p>4. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) с невротомии б) с трактотомии в) с блокад анестетиком г) с противосудорожных средств
<p>5. Из полости черепа I ветвь тройничного нерва выходит из отверстия:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) остистого б) овального в) затылочного г) подбородочного д) верхней глазничной щели
<p>6. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви тройничного нерва определяется в области:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) резцового канала б) мышцелкового отростка в) надглазничной вырезки г) подбородочного отверстия д) подглазничного отверстия
<p>7. Выделяют причины возникновения нейропатии лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) врожденная б) иммунологическая/аутоиммунная в) инфекционная г) популяционная д) травматическая
<p>8. Выделяют степени дисфункции при нейропатии лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) легкая б) тотальный паралич в) тяжелая г) умеренная д) умеренно тяжелая
<p>9. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) ксеростомия б) выворот век в) потеря зрения г) парез лицевого нерва д) ишемия кожи век

<p>10. После реконструктивных операций на челюстях возможны такие осложнения, как:</p> <ul style="list-style-type: none">а) нагноениеб) рецидив деформациив) паралич лицевого нерваг) верно а),б),д),е)д) артрозы и артриты ВНЧСе) ложный сустав
<p>11. Признаки, характерные для поражения лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Дисфагияб) Сглаженность лобных и носогубных складокв) Лагофтальмг) Симптом Беллад) Затруднение высовывания языкае) Симптом "паруса"ж) Невозможность свистаз) Гиперакузияи) Снижение надбровного рефлекса
<p>12. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва:</p> <ul style="list-style-type: none">а) невротомияб) остеотомияв) редрессацияг) гайморотомияд) экзартикуляция
<p>13. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия:</p> <ul style="list-style-type: none">а) круглогоб) овальногов) затылочногог) подбородочногод) верхней глазничной щели
<p>14. Пациентам с парезом мимических мускулатуры при I стадии дисфункции назначается:</p> <ul style="list-style-type: none">а) ботулинотерапияб) витаминотерапияв) курс миостимуляции по 10 процедур с интервалом 20 дней в течение годаг) курс психотерапиид) нейропластика
<p>15. Выберите признак, не характерный для поражения лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none">а) дисфагияб) сглаженность лобных складокв) сглаженность носогубных складокг) симптом Беллад) гиперакузия
<p>16. Отметьте признак поражения лицевого нерва:</p> <ul style="list-style-type: none">а) снижение поверхностной чувствительности на половине лицаб) парез мимической мускулатурыв) расходящееся косоглазиег) снижение глоточного рефлексад) отклонение нижней челюсти в сторону при открывании рта
<p>17. При классической невралгии тройничного нерва наблюдается:</p> <ul style="list-style-type: none">а) перманентный болевой синдромб) гипалгезия на лице в области иннервации II и III ветвей V нервав) курковые зоны на лице

<p>г) психомоторное возбуждение во время приступа д) отек лица</p>
<p>18. К симптомам поражения лицевого нерва относятся: а) симптом Белла б) гипогевзия на передних 2/3 языка в) паралич мимических мышц г) гиперакузия д) гипогевзия на корне языка</p>
<p>19. Каковы симптомы нейропатии лицевого нерва: а) боль в заушной области б) парез мимической мускулатуры половины лица в) парез мимической мускулатуры нижней половины лица г) анакузия д) слезотечение</p>
<p>20. У больного в 25 лет, приступообразные боли в левой половине лица. Боль внезапная, жгучая, продолжительность приступа от нескольких секунд до минуты. Боли начинаются в области верхней губы слева, провоцируются жеванием, умыванием, бритьем. Боли сопровождаются гиперемией, слезотечением слева. Поставьте клинический диагноз. а) опухоль варолиева моста б) невралгия II ветви тройничного нерва слева в) невралгия крылонебного узла г) нейропатия лицевого нерва д) невралгия I ветви тройничного нерва слева</p>

Раздел 8. Остеонекрозы челюстей

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. Бисфосфонатные остеонекрозы челюстей относятся к а) «дезоморфиновым» остеонекрозам б) лекарственным остеонекрозам в) остеорадионекрозам г) фосфорным остеонекрозам</p>
<p>2. Бисфосфонаты влияют на а) макрофаги б) остеобласты в) остеокласты г) остециты</p>
<p>3. В развитии остеонекроза у пациентов с наркотической зависимостью от «дезоморфина» ключевую роль играет токсическое действие а) йода б) кодеина в) спирта г) фосфора</p>
<p>4. Действия фосфора на костную ткань: а) влияют на остеокласты, остеобласты и макрофаги, тормозя их активность б) вызывают образование микротромбов в сосудах кости в) оказывают действие на эндотелий сосудов, приводя к снижению кровотока в костной ткани, вызывают анемию и иммуносупрессию г) оказывают целенаправленное воздействие на костную ткань в зонах, имеющих высокую скорость резорбции и регенерации</p>
<p>5. Для «дезоморфиновых» остеонекрозов характерно:</p>

<p>а) быстрое развитие осложнений: гнилостно-некротических флегмон лица, сепсиса и медиастинита</p> <p>б) длительное бессимптомное течение</p> <p>в) наличие диффузных инфильтратов мягких тканей, прилежащих очагу воспаления</p> <p>г) формирование секвестров при продолжении приёма наркотической смеси</p>
<p>6. Для выявления остеонекрозов челюстей наиболее информативна</p> <p>а) компьютерная рентгеновизуография</p> <p>б) магнитно-резонансная компьютерная томография</p> <p>в) мультиспиральная компьютерная томография</p> <p>г) рентгенография костей лица в прямой и боковой проекциях</p>
<p>7. Для тотальных остеонекрозов челюстей:</p> <p>а) типична полная потеря упорядоченной костной структуры челюсти</p> <p>б) типично образование мелких пластинчатых секвестров</p> <p>в) характерна патологическая подвижность 2-3 зубов</p> <p>г) характерны спонтанные патологические переломы</p>
<p>8. Зияние (обнажение) некротизированной кости в полости рта:</p> <p>а) всегда сопровождается выраженным болевым синдромом</p> <p>б) лечится кератопластическими средствами</p> <p>в) успешно лечится путём внутрикостного введения линкомицина</p> <p>г) является основным симптомом остеонекротического процесса</p>
<p>9. Иммуностимуляторы:</p> <p>а) восстанавливают активность остеокластов</p> <p>б) назначаются всем пациентам с остеонекрозами</p> <p>в) назначаются по согласованию с врачом-иммунологом после анализа иммунограммы</p> <p>г) являются основным компонентом комплексной терапии остеонекрозов</p>
<p>10. К лучевым повреждениям челюстей относят:</p> <p>а) лейкоплакию</p> <p>б) остеонекроз</p> <p>в) пародонтоз</p> <p>г) эритроплакию</p>
<p>11. К остеотропным антибиотикам, применяемым при лечении остеонекроза, относят:</p> <p>а) азитромицин</p> <p>б) метронидазол</p> <p>в) рокситромицин</p> <p>г) ципрофлоксацин</p>
<p>12. К хирургическому лечению бисфосфонатных остеонекрозов относится:</p> <p>а) кюретаж лунок удалённых зубов, секвестрэктомия, резекция челюсти, в том числе паллиативное лечение – вскрытие и дренирование гнойных очагов, выполнение иммобилизации при патологических переломах челюстей</p> <p>б) назначение пациентам курсовой антибактериальной, симптоматической терапии, препаратов для улучшения микроциркуляции, ежедневной обработки очагов поражения костной ткани растворами антисептиков</p> <p>в) тотальная и субтотальная резекция челюстей на 1-2 стадиях заболевания; 4) хирургическая санация полости рта на фоне приёма бисфосфонатов</p>
<p>13. Клиника и симптомы одонтогенного «дезоморфинового» остеонекроза:</p> <p>а) абсолютно уникальны, не встречаются при заболеваниях другой этиологии</p> <p>б) близки к фосфорным и бисфосфонатным некрозам челюстей</p> <p>в) не отличаются от других одонтогенных воспалительных заболеваний</p> <p>г) соответствуют типичному хроническому одонтогенному остеомиелиту</p>
<p>14. Консервативный подход к лечению бисфосфонатных остеонекрозов челюстей предусматривает:</p>

<p>а) гипербарическая оксигенация, внутрикостное введение антибиотиков, дезинтоксикационная терапия</p> <p>б) кюретаж лунок удалённых зубов, секвестрэктомия, резекция челюсти, в том числе паллиативное лечение – вскрытие и дренирование гнойных очагов, выполнение иммобилизации при патологических переломах челюстей</p> <p>в) назначение антидотов – препаратов, блокирующих действие бисфосфонатов</p> <p>г) назначение пациентам курсовой антибактериальной, симптоматической терапии, препаратов для улучшения микроциркуляции, ежедневной обработки очагов поражения костной ткани растворами антисептиков, поверхностный кюретаж зон некроза, удаление только подвижных секвестров, а также тщательное соблюдение гигиены полости рта</p>
<p>15. Лучевой остеонекроз челюстей возникает:</p> <p>а) в результате дистанционной лучевой терапии злокачественных опухолей языка и слизистой оболочки полости рта</p> <p>б) после многократных рентгенологических исследований и проведения компьютерной томографии у онкологических пациентов</p> <p>в) после проведения компьютерной томографии пациентам, принимающим бисфосфонаты</p> <p>г) при удалении грануляций в области лунки зуба диодным лазером</p>
<p>16. Наркозависимые пациенты с одонтогенными остеомиелитами (остеонекрозами):</p> <p>а) болеют атипичными формами воспалительных процессов костей лица и мягких тканей</p> <p>б) использовали бисфосфонаты для лечения зависимости от наркотиков</p> <p>в) использовали бисфосфонаты для получения наркотического эффекта</p> <p>г) страдают типичными воспалительными процессами, характерными для пациентов с наличием одонтогенных очагов и инфекции</p>
<p>17. Одонтогенные остеонекрозы челюстей могут развиваться в связи с:</p> <p>а) наркозависимостью от героина</p> <p>б) наркозависимостью от кустарного «дезоморфина»</p> <p>в) терапией бисфосфонатами</p> <p>г) терапией человеческими моноклональными антителами</p>
<p>18. Особенности клинического течения одонтогенного остеомиелита (остеонекроза) у пациентов с зависимостью от кустарного «дезоморфина»:</p> <p>а) молниеносное распространение некротического поражения на интактные участки челюсти</p> <p>б) образование незаживающего дефекта после простого удаления зуба</p> <p>в) отсутствие тенденции к образованию и отторжению секвестров; отсутствие зоны демаркации</p> <p>г) усугубление состояния после остеонекрэктомии и распространение поражения на здоровые участки костной ткани</p>
<p>19. При «дезоморфиновом» остеонекрозе верхней челюсти:</p> <p>а) некротический процесс может распространяться на нёбный отросток, скуловую кость, клиновидную кость</p> <p>б) образуются типичные муфтообразные периостальные наслоения</p> <p>в) происходит секвестрация только пределах альвеолярного отростка</p> <p>г) характерно быстрое появление свищей на коже лица</p>
<p>20. Согласно МКБ-10, остеонекроз медикаментозный и радиационный относится к:</p> <p>а) K10.2 Воспалительные заболевания челюстей</p> <p>б) K10.3 Альвеолит челюстей</p> <p>в) M87.8 Другой остеонекроз</p> <p>г) M87.9 Остеонекроз неуточнённый</p>

Раздел 9. Неогнестрельные травматические повреждения челюстно-лицевой области

Тестовые задания с вариантами ответов	
1.	Характерным диагностическим признаком перелома нижней челюсти является: а) симптом «пергаментного хруста» б) симптом Герена в) симптом Малевича г) симптом подвижности отломков
2.	Основные механизмы перелома нижней челюсти: а) загиб б) отрыв в) сдвиг г) сжатие
3.	При воздействии значительной силы, направленной спереди назад на подбородочный отдел нижней челюсти вероятное расположение линии перелома: а) в области клыка б) в области мышцелкового отростка с одной или двух сторон в) в области угла с одной или двух сторон г) в подбородочном отделе
4.	Какой перелом можно назвать патологическим: а) произошедший на фоне опухоли б) неправильно срастающийся в) осложненный развитием остеонекроза г) осложненный развитием остеомиелита
5.	При бимаксиллярном шинировании противопоказанием к наложению межчелюстной резиновой тяги является: а) черепно-мозговая травма б) тошнота в) рвота г) нарушение носового дыхания
6.	Перелом верхней челюсти, носящий название «черепно-лицевое разъединение» или «суббазальный» перелом, приводящий к отделению лицевых костей от основания черепа: а) Вассмунд III б) Вассмунд II в) II типа по Ле-Фор (средний тип) г) III типа по Ле-Фор (верхний тип)
7.	Более низкое, относительно нормы, положение глазного яблока в орбите называется а) гипофтальм б) диплопия в) экзофтальм

г) энофтальм
8. Нарушение зрения, заключающееся в двоении изображения, называется а) экзофтальм б) диплопия в) гипофтальм г) энофтальм
9. Травма, при которой имеется одно повреждение в пределах челюстно-лицевой области, называется: а) множественная травма головы б) изолированная травма челюстно-лицевой области в) множественная травма челюстно-лицевой области г) сочетанная травма челюстно-лицевой области
10. Более глубокое, относительно нормы, положение глазного яблока в орбите называется: а) диплопия б) экзофтальм в) гипофтальм г) энофтальм
11. Более выступающее, относительно нормы, положение глазного яблока в глазнице называется а) диплопия б) экзофтальм в) гипофтальм г) энофтальм
12. Показанием к операции репозиции скуловой кости крючком Лимберга является а) переломе скуловой кости без смещения б) изолированный переломе скуловой дуги в) многооскольчатый характере перелома г) линейный перелом скуловой кости со смещением
13. Симптомом позволяющим предположить наличие перелома скуловой дуги является а) Боли при открывании рта б) затруднение боковых движений нижней челюсти на поврежденной стороне в) подкожная эмфизема г) гемосинус
14. Появление резкой боли в области перелома при надавливании на заведомо неповрежденный участок челюсти характерно для: а) синдрома повреждения верхней глазничной щели б) симптома Малевича в) симптома Герена

г) симптома непрямой нагрузки
<p>15. К диагностическим признакам перелома нижней стенки орбиты относятся:</p> <p>а) Появление содружественного косоглазия б) Ограничение подвижности глазного яблока в) Подкожная эмфизема г) Изменение положения глазного яблока</p>
<p>16. К КТ признакам перелома нижней стенки глазницы не относятся:</p> <p>а) Деформация внутренней прямой мышцы б) Симптом "пропавшей нижней прямой мышцы" в) Округление брюшка нижней прямой мышцы г) Наличие свободной жидкости в параназальном синусе</p>
<p>17. Для перелома нижней стенки орбиты характерно:</p> <p>а) Симптом «скрипа снега» б) Гипо-/анестезия в зоне иннервации 2ой ветви V пары ЧМН в) затруднение носового дыхания г) факт кровотечения из носа</p>
<p>18. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор I также носит название:</p> <p>а) Суббазальный б) Суборбитальный в) отрыв альвеолярного отростка</p>
<p>19. Эпифора как осложнение оперативного лечения при переломах нижней стенки орбиты чаще встречается при:</p> <p>а) Трансконъюнктивальном доступе б) Трансантральном доступе в) Чрескожном (подресничном) доступе</p>
<p>20. При переломе нижней челюсти пациент может предъявлять жалобы на:</p> <p>а) боли в области нижней челюсти б) неправильное смыкание зубов в) отек мягких тканей г) повышение температуры тела</p>

Раздел 10. Огнестрельные травмы челюстно-лицевой области

Тестовые задания с вариантами ответов

<p>1. IV степень термического ожога пламенем характеризуется:</p> <p>а) Наличием пузырей б) Некрозом кожи в) Поражением мышечной и костной тканей г) Появлением гиперемии</p>

<p>2. Период мнимого благополучия при крайне тяжелой форме острой лучевой болезни длится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 3-4 дняб) Вовсе отсутствуетв) 5-6 днейг) 9 дней
<p>3. У пострадавшего - огнестрельный перелом ветви нижней челюсти, рана загрязнена радиоактивными веществами. Это ранение называется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Изолированноеб) Комбинированноев) Сочетанноег) Множественное
<p>4. Не подвергнутая ПХО огнестрельная рана мягких тканей заживает натяжением:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Первичным, медленнее неогнестрельнойб) Первичным, быстрее неогнестрельнойв) Вторичным, быстрее неогнестрельнойг) Вторичным, медленнее неогнестрельной
<p>5. Сочетанное повреждение лица – это:</p> <ul style="list-style-type: none">а) Одновременное повреждение кожи, мышц и костей лицаб) Возникшее в результате воздействия различных повреждающих факторовв) Повреждения, имеющие входное и выходное отверстия, раневой каналг) Ранение двух анатомических областей и более
<p>6. При радиоактивном облучении предпочтительно закрепить отломки челюстей с помощью:</p> <ul style="list-style-type: none">а) назубных шинб) внеротовых аппаратовв) костного шва, мини-пластинг) пращевидной повязкой
<p>7. Признаки электроожога:</p> <ul style="list-style-type: none">а) на коже сухие, блестящие, безболезненные участки беловато-серого цвета, которые хорошо контурируют; отёка тканей и гиперемии кожи нетб) участки коагулированных тканей; цвет кожного покрова - от коричневого до чёрногов) ткани резко обезвожены; сухой некроз тканей в месте контакта с повреждающим веществомг) влажный некроз тканей, ярко-розовые эрозии
<p>8. Огнестрельные переломы костей лица:</p> <ul style="list-style-type: none">а) всегда закрытыеб) открытые и закрытыев) всегда открытые

г) чаще открытые
9. Раненый получил огнестрельный перелом нижней челюсти и облучение в дозе 2,5 Гр. Такое ранение называется: а) обусловленное б) сочетанное в) изолированное г) комбинированное
10. Выходная огнестрельная рана в ряде случаев может иметь признак: а) «минус-ткань» б) «штанц-марка» в) отложение копоти вокруг раны г) кольцо воздушного осаднения
11. Огнестрельный снаряд обладает действием: а) биологическим б) химическим в) механическим г) термическим
12. Какой вид перелома наиболее вероятен при огнестрельном ранении: а) Оскольчатый перелом б) Отрывной перелом апофиза в) Закрытый перелом диафиза г) Косой перелом двухкостных сегментов
13. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является: а) ОРВЗ б) асфиксия в) травматический остеомиелит г) пародонтит
14. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является: а) ОРВЗ б) асфиксия в) рубцовая контрактура г) ложный сустав
15. ПХО раненному в лицо с лучевой болезнью проводят: а) в период первичных реакций б) в самом начале периода разгара лучевой болезни в) в середине скрытого периода г) в начале скрытого периода

<p>16. Рану, загрязненную радиоактивной пылью, после ПХО:</p> <p>а) не зашивают, рыхло тампонируют марлей</p> <p>б) зашивают наглухо, при необходимости используя местную пластику, оставляют дренаж</p> <p>в) зашивают наглухо, применяя разгружающий пластиночный шов</p> <p>г) зашивают наглухо, используя местную пластику</p>
<p>17. Антибиотикопрофилактика при проникающих огнестрельных черепно-мозговых ранениях:</p> <p>а) не показана</p> <p>б) показана антибиотиками широкого спектра действия</p> <p>в) показана только при ликворее</p> <p>г) показана только при трансвентрикулярном ранении</p>
<p>18. Как оценивается тяжесть огнестрельного черепно-мозгового ранения:</p> <p>а) по изменениям, выявленным при КТ</p> <p>б) по уровню сознания до стабилизации витальных функций/проведения первичных реанимационных мероприятий</p> <p>в) по уровню сознания после стабилизации витальных функций/проведения первичных реанимационных мероприятий</p>
<p>19. Фактор риска развития посттравматической эпилепсии в отдалённом и позднем периоде травмы:</p> <p>а) наличие инородных тел в виде отломков кости</p> <p>б) наличие металлических инородных тел</p> <p>в) развитие приступов в течение первых 7 суток после ранения</p> <p>г) трансвентрикулярное ранение</p>
<p>20. При огнестрельных переломах верхней челюсти повреждается:</p> <p>а) альвеолярная часть нижней челюсти</p> <p>б) альвеолярный отросток верхней челюсти</p> <p>в) центральный блок лица с участием скуловых и решетчатых костей</p> <p>г) мозговое кровообращение</p>

Раздел 11. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. При остеотомии верхней челюсти внутриротовая фиксация проводится шиной:</p> <p>а) с петлей</p> <p>б) с распорочным изгибом</p> <p>в) тигерштедта</p> <p>г) шину-скобу</p>

<p>2. При остеотомии верхней челюсти за бугры вводят:</p> <ul style="list-style-type: none">а) комок Бишаб) костные трансплантатыв) кусочки хрящаг) пластмассовые вкладышид) фасцию
<p>3. При остеотомии верхней челюсти резиновые тяги накладываются после операции через:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 10 днейб) 2 дняв) 4 дняг) 5 днейд) 7 дней
<p>4. При посттравматических повреждениях верхней челюсти выполняют рентгенограммы в:</p> <ul style="list-style-type: none">а) аксиальной проекцииб) внутриротовые контактныев) обзорной носолобной проекцииг) подбородочно-носовой проекции
<p>5. Приобретенное расхождение между внутренними краями глаз:</p> <ul style="list-style-type: none">а) истинный гипертелоризмб) ложный гипертелоризмв) нейтральный гипертелоризм
<p>6. Причина возникновения диплопии при посттравматических деформациях костей скулоглазничного комплекса:</p> <ul style="list-style-type: none">а) воспалительная реакцияб) инфраорбитальная гематомав) смещение глазного яблокаг) травма глазного яблокад) травма зрительного нерва
<p>7. Причина затруднения открывания при посттравматической деформации скуловой кости:</p> <ul style="list-style-type: none">а) артрит ВНЧСб) воспалительная реакцияв) гематомаг) смещение отломковд) травма жевательных мышц
<p>8. Причины развития рецидива при любом виде остеотомии верхней челюсти:</p> <ul style="list-style-type: none">а) нарушение иннервации костной тканиб) послеоперационная гематомав) термическая травма костиг) технические погрешности при перемещении фрагментовд) травма сосудисто-нервного пучка

<p>9. К анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной полной расщелине верхней губы, относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) деформация кожно-хрящевого отдела носаб) нарушение сосанияв) ринолалияг) диплопияд) гипертеларизм
<p>10. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной скрытой расщелине верхней губы, относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) «нарушение речиб) деформация кожно-хрящевого отдела носав) укорочение верхней губыг) макроглоссияд) отсутствие верхнего свода преддверия полости рта
<p>11. К обязательным анатомическим нарушениям, имеющим место при врожденной неполной расщелине верхней губы, относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) деформация кожно-хрящевого отдела носаб) ринолалияв) укорочение верхней губыг) макроглоссияд) первичная адентия зубов 51 61
<p>12. При врожденной расщелине верхней губы хирургическое лечение рекомендуется проводить в возрасте ребенка:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 1 – 2 месяцаб) 4 – 6 месяцевв) 2 – 4 дняг) 11 – 12 днейд) 1 – 2 года
<p>13. При врожденной расщелине верхней губы коррегирующие операции на крыльях носа, кончике носа, носовой перегородке рекомендуется проводить в возрасте:</p> <ul style="list-style-type: none">а) 6 месяцевб) 2 – 3 летв) 5 – 6 летг) 8-10 летд) 12 – 16 лет
<p>14. Главным недостатком дистракционных аппаратов наружной фиксации является:</p> <ul style="list-style-type: none">а) массивность аппаратурыб) невозможность проведения односекторной дистракциив) трудности при удалении дистракционных аппаратовг) трудности фиксации аппарата у пациентов раннего возраста
<p>15. Для апероподобной деформации лица не характерно:</p> <ul style="list-style-type: none">а) относительно пропорциональные друг другу верхняя и средняя зоны лицаб) резкое уменьшение высоты средней зоны лицав) уменьшение верхней челюсти во всех плоскостях

г) экзорбитизм
<p>16. Для крузоноподобной деформации лица не характерно:</p> <p>а) относительно пропорциональные друг другу верхняя и средняя зоны лица</p> <p>б) уменьшение верхней челюсти во всех плоскостях</p> <p>в) уменьшение передне-заднего размера верхней челюсти</p> <p>г) экзорбитизм</p>
<p>17. Для синдромальных краниосиностозов не характерно:</p> <p>а) деформации лица и черепа синостотической природы</p> <p>б) деформации осевого скелета и конечностей</p> <p>в) низкий рост</p> <p>г) срастание нескольких швов черепа</p> <p>д) срастание одного шва черепа</p>
<p>18. Для устранения внутричерепной гипертензии синостотической природы наиболее эффективным является:</p> <p>а) вентрикулоперитонеальное шунтирование</p> <p>б) назначение диуретиков</p> <p>в) проведение расширяющей краниопластики</p> <p>г) устранение мальформации Киари 1 типа</p>
<p>19. Для устранения дыхательных нарушений у пациентов с черепно-лицевыми синостозами наиболее эффективно:</p> <p>а) выдвижение средней зоны лица</p> <p>б) кислородотерапия</p> <p>в) сипап-терапия</p> <p>г) трахеостомия</p>
<p>20. Закон Вирхова не устанавливает, что:</p> <p>а) компенсаторный рост черепа продолжается в области открытых черепных швов</p> <p>б) наиболее сильный рост наблюдается в открытых швах, в направлении параллельном закрытому шву</p> <p>в) рост черепа замедляется в направлении параллельном закрытому шву</p> <p>г) рост черепа замедляется в направлении перпендикулярном закрытому шву</p>

Раздел 12. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты челюстно-лицевой области

Тестовые задания с вариантами ответов
<p>1. К кистам воспалительного происхождения всегда относится:</p> <p>а) собственно фолликулярная киста</p> <p>б) радикулярная киста</p> <p>в) киста резцового канала</p> <p>г) киста прорезывания</p> <p>д) десневая киста</p>
<p>2. Чаще поражается одонтогенными кистами:</p> <p>а) верхняя челюсть</p> <p>б) обе челюсти одинаково</p> <p>в) нижняя челюсть</p> <p>г) скуловая кость</p> <p>д) челюстные кости не поражаются</p>

<p>3. Укажите характерные рентгенологические признаки радикулярных кист:</p> <ul style="list-style-type: none">а) деформация периодонтальной щели причинного зубаб) деструкция костной ткани с четко выраженными границами, захватывающими корень причинного зубав) неограниченная деструкция периодонтальной щели причинного зубаг) остеосклероз альвеолярной кости в области причинного зубад) периостальная реакция игольчатой формы или в виде козырька
<p>4. К "органоспецифическим опухолям" челюсти относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) аденомаб) фиброзная дисплазия челюстейв) эозинофильная гранулемаг) саркома челюстид) не указана
<p>5. К истинным доброкачественным опухолям относится:</p> <ul style="list-style-type: none">а) остеобластокластомаб) деформирующий остозв) зубосодержащая кистаг) травматическая костная кистад) оссифицирующий периостит
<p>6. Механизм вздутия костной ткани при внутрикостной кисте объясняется:</p> <ul style="list-style-type: none">а) за счет скопления гноя в кистозной полостиб) за счет деструктивных изменений вокруг кистыв) за счет наполнения полости кисты трансудатомг) за счет продуктивных изменений в костид) за счет дистопии зубов
<p>7. Для морфологической картины предрака характерно наличие:</p> <ul style="list-style-type: none">е) атипического ороговенияж) обызвествления миоцитовз) воспалительного инфильтратаи) инвазии в подэпителиальные тканик) разрастание волокнистой соединительной ткани
<p>8. Для морфологической картины предрака характерно наличие:</p> <ul style="list-style-type: none">е) гиперхроматоза ядерж) обызвествление миоцитовз) воспалительного инфильтратаи) вторичного казеозного некрозак) инвазии в подэпителиальные ткани
<p>9. Для морфологической картины предрака характерно наличие:</p> <ul style="list-style-type: none">а) гиперкератозаб) обызвествление миоцитовв) воспалительного инфильтратаг) вторичного казеозного некрозад) инвазии в подэпителиальные ткани

<p>10. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) рожистое воспаление б) термический и химические ожоги в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
<p>11. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием:</p> <ul style="list-style-type: none"> е) 1.2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации ж) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей з) втянутого, гиперемированного участка слизистой оболочки неправильной формы, без признаков инфильтрации и) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками к) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм с признаками инфильтрации
<p>12. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> е) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти ж) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания з) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти и) гипосаливация, припухлость челюстей, парестезия лица к) жгучие, рвущие и стреляющие боли
<p>13. Симптомами саркомы верхней челюсти являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> е) сукровичное выделяемое из носа ж) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания з) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти и) парез ветвей лицевого нерва к) затруднение открывания рта
<p>14. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) деформация челюсти, подвижность зубов сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания б) парез ветвей лицевого нерва в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти г) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания д) затрудненное открывания рта
<p>15. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти характеризуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> д) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами е) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти ж) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений з) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

<p>и) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования</p>
<p>16. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется:</p> <p>д) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений</p> <p>е) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами</p> <p>ж) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"</p> <p>з) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования</p> <p>и) периоссальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости</p>
<p>17. Саркомы развиваются из:</p> <p>е) эпителия</p> <p>ж) железистой ткани</p> <p>з) соединительной ткани</p>
<p>18. Первичным элементом инфильтративной формы начальной стадии рака языка является:</p> <p>д) гумма</p> <p>е) гиперкератоз</p> <p>ж) трещина, язва</p> <p>з) подслизистый инфильтрат</p> <p>и) некроз слизистой оболочки</p>
<p>19. Основным симптом присоединения вторичной инфекции при раке языка заключается:</p> <p>д) в ксеростомии</p> <p>е) в ксерофтальмии</p> <p>ж) в некрозе слизистой оболочки</p> <p>з) в болезненности первичного очага</p> <p>и) в обострении хронических заболеваний</p>
<p>20. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется:</p> <p>д) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки</p> <p>е) язвой до 1,5—2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы</p> <p>ж) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы</p> <p>з) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы</p>

Раздел 13. Реконструктивно-пластические операции в челюстно-лицевой области

Тестовые задания с вариантами ответов	
<p>1. Какие дефекты или деформации являются показанием к проведению местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:</p> <p>а) небольшие по размеру дефекты мягких тканей лица или шеи без выраженных рубцовых изменений прилежащих тканей</p> <p>б) большие, объемные дефекты или деформации лица или шеи</p> <p>в) небольшие по размеру дефекты мягких тканей лица или шеи с выраженными рубцовыми изменениями прилежащих тканей</p> <p>г) небольшие по размеру деформации мягких тканей лица или шеи без выраженных рубцовых изменений прилежащих тканей</p>	
<p>2. Назовите показания к проведению местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:</p> <p>а) субтотальный сквозной дефект крыла носа</p> <p>б) рубцовая деформация нижней губы</p> <p>в) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава</p> <p>г) синусо-оральный свищ верхнечелюстной пазухи</p>	
<p>3. Какие дефекты или деформации являются показанием к проведению местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:</p> <p>а) Небольшие по размеру деформации мягких тканей лица или шеи с выраженными рубцовыми изменениями прилежащих тканей</p> <p>б) небольшие по размеру дефекты мягких тканей лица или шеи без выраженных рубцовых изменений прилежащих тканей</p> <p>в) небольшой по размеру дефект альвеолярного отростка нижней челюсти;</p> <p>г) гемиатрофия мягких тканей левой половины лица</p>	
<p>4. Назовите показания к проведению местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:</p> <p>а) врожденная односторонняя неполная расщелина верхней губы</p> <p>б) несросшийся перелом нижней челюсти</p> <p>в) рубцовый эктропиум нижнего века</p> <p>г) липома бокового отдела шеи</p>	
<p>5. Отличительной особенностью техники проведения местнопластических операций является то, что массив мягких тканей, используемый в качестве пластического материала, обязательно имеет с контуром дефекта:</p> <p>а) общее кровоснабжение</p> <p>б) общую иннервацию</p> <p>в) участок непосредственного соприкосновения</p> <p>г) общее происхождение</p>	
<p>6. Укажите варианты местно-пластических операций, которые используются в челюстно-лицевой хирургии:</p> <p>а) устранение геометрически малых дефектов тканей по Шимановскому</p> <p>б) пластика встречными треугольными лоскутами</p> <p>в) использование скользящих лоскутов</p> <p>г) использование ротационных лоскутов</p> <p>д) все вышеперечисленное</p>	
<p>7. Укажите оперативные методики, которые относятся к местнопластическим:</p> <p>а) использование плоского эпителизированного лоскута</p>	

<ul style="list-style-type: none"> б) пластика встречными треугольными лоскутами в) использование лоскутов на питающей ножке г) использование ротационных лоскутов д) все вышеперечисленные
<p>8. Назовите преимущества местно-пластических операций перед другими группами оперативных вмешательств:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) используются однородные по строению ткани б) используются неоднородные по строению ткани в) используются ткани со схожими функциональными свойствами г) используются ткани с различными функциональными свойствами
<p>9. Укажите преимущества методов местно-пластических операций перед другими группами оперативных вмешательств:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) отсутствие болевой чувствительности тканей, используемых для устранения дефектов б) сохранение иннервации тканей, используемых для устранения дефектов в) достаточное кровоснабжение тканей, используемых для устранения дефектов г) низкая кровоточивость тканей, используемых для устранения дефектов
<p>10. Укажите недостатки методов местно-пластических операций по сравнению с другими группами оперативных вмешательств:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) одноэтапность операций б) многоэтапность операций в) необходимость проведения дополнительных разрезов в челюстнолицевой области г) недостаточный эстетический результат операций д) ограниченный запас пластического материала е) низкая органотипичность пластического материала
<p>11. В какие основные группы условно можно объединить варианты местно-пластических операций с учетом оперативно-технических особенностей:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) Устранение дефектов мягких тканей за счет простого сближения их мобилизованных краев б) устранение дефектов мягких тканей за счет сближения краев раны, мобилизованных путем проведения дополнительных разрезов в) устранение дефектов мягких тканей за счет взаимного перемещения встречных треугольных лоскутов (Z-пластика) г) устранение дефектов мягких тканей ротационными, скользящими, опрокидывающимися лоскутами и др. д) все вышеперечисленные
<p>12. Определите последовательность этапов предоперационного планирования местно-пластических операций в челюстно-лицевой хирургии:</p> <ul style="list-style-type: none"> а) анализ вида, характера и происхождения дефекта или деформации; б) определение оптимальных сроков оперативного вмешательства; в) анализ состояния тканей, непосредственно прилежащих к области дефекта или деформации; г) определение необходимости проведения последующих корригирующих операций;

<p>д) анализ формы, размера и локализации дефекта или деформации;</p> <p>е) определение необходимого объема предоперационного обследования и подготовки пациента с учетом выявленных общесоматических заболеваний; 7) оценка общего состояния пациента</p>
<p>13. При закрытии в ране каких углов образуется «стоящий конус» в мягких тканях:</p> <p>а) Более 45°</p> <p>б) не более 60°</p> <p>в) более 60°</p> <p>г) не более 75°</p>
<p>14. При закрытии в ране каких углов потребуется иссечение образовавшегося «стоящего конуса» в мягких тканях:</p> <p>а) Более 45°</p> <p>б) не более 60°</p> <p>в) более 60°</p> <p>г) не менее 75°</p>
<p>15. При раскрытии в ране каких углов образуется «лежащий конус» в мягких тканях:</p> <p>а) Более 100°</p> <p>б) не более 120°</p> <p>в) более 120°</p> <p>г) не более 135°</p>
<p>16. При раскрытии в ране каких углов потребуется иссечение образовавшегося «лежащего конуса» в мягких тканях:</p> <p>а) Более 100°</p> <p>б) не более 120°</p> <p>в) более 120°</p> <p>г) не менее 135°</p>
<p>17. Для мобилизации тканей при проведении местно-пластических операций в челюстно-лицевой хирургии выполняется:</p> <p>а) препарирование тканей;</p> <p>б) проведение дополнительных послабляющих разрезов;</p> <p>в) проведение дополнительных формирующих разрезов;</p> <p>г) все вышеперечисленное</p>
<p>18. Как проводятся дополнительные разрезы при пластике встречными треугольными лоскутами:</p> <p>а) От концов основного разреза по одну сторону от него</p> <p>б) от концов основного разреза по разные стороны от него</p> <p>в) от середины основного разреза по одну сторону от него</p> <p>г) от середины основного разреза по разные стороны от него</p>
<p>19. При пластике встречными треугольными лоскутами перемещение сформированных треугольных лоскутов сопровождается:</p> <p>а) приростом тканей в направлении основного среднего разреза;</p> <p>б) убылью тканей в направлении основного среднего разреза;</p> <p>в) убылью тканей по направлению линии, соединяющей концы боковых дополнительных разрезов;</p> <p>г) приростом тканей по направлению линии, соединяющей концы боковых</p>

дополнительных разрезов
<p>20. При пластике несимметричными встречными треугольными лоскутами наиболее подвижным будет лоскут:</p> <p>а) с более острым углом у вершины;</p> <p>б) с более тупым углом у вершины;</p> <p>в) подвижность лоскутов будет одинакова</p>

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам дисциплины.

5.1.1 Вопросы к экзамену по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия»:

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Асептика, антисептика при операциях на лице и в полости рта. Меры профилактики при случайном контакте с биологическими жидкостями на хирургическом приеме	УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1;
2. Обследование больного в хирургическом отделении (кабинете). Деонтология и врачебная этика.	ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5;
3. Виды местного обезболивания при стоматологических вмешательствах (инъекционные и неинъекционные).	ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9;
4. Выбор метода обезболивания при операции удаления зуба.	ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6;
5. Выбор метода обезболивания при наличии воспалительного очага.	ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11;
6. Выбор метода обезболивания у лиц с сопутствующей патологией (патология сердечно-сосудистой системы и при аллергически реакциях)	ПК-12; ПК-13.
7. Выбор метода обезболивания у лиц с сопутствующей патологией (патология эндокринной и дыхательной системы).	
8. Основные группы анестетиков, применяемых в стоматологии. Сравнительная характеристика фармакологических свойств (метаболизм, сила и длительность действия, эффективность, токсичность).	
9. Анестетики для местного обезболивания при стоматологических операциях, их сравнительная характеристика. Состав карпулированных анестетиков. Показания и противопоказания к применению.	
10. Вазоконстрикторы. Механизм действия, показания, противопоказания к применению. Осложнения.	
11. Общее обезболивание. Показания, противопоказания при амбулаторных стоматологических операциях.	
12. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Методика выключения носонёбного нерва. Зоны обезболивания, техника проведения, осложнения.	
13. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Методика выключения большого небного нерва. Зоны обезболивания, техника проведения, осложнения.	
14. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Обезболивание у бугра верхней челюсти. Зона	

обезболивания. Техника выполнения. Осложнения, их профилактика.

15. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Инфраорбитальная анестезия. Зона обезболивания. Техника выполнения. Осложнения, их профилактика.

16. Методики выключения второй и третьей ветвей тройничного нерва. Осложнения, профилактика.

17. Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Мандибулярная анестезия (внутриротовые и внеротовые способы). Показания, техника выполнения, зоны обезболивания, осложнения.

18. Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Методика обезболивания на нижнечелюстном возвышении (торусальная анестезия). Техника выполнения. Зоны обезболивания.

19. Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Методики выключения щёчного, язычного нервов. Зона обезболивания, осложнения, профилактика.

20. Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Методики выключения ментального нерва. Зона обезболивания, осложнения, профилактика

21. Местные осложнения при проведении местного обезболивания при оперативных вмешательствах на верхней челюсти. Причины возникновения, лечение и пути профилактики

22. Местные осложнения при проведении местного обезболивания при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Причины возникновения, лечение и пути профилактики

23. Интоксикация местными анестетиками. Причины, клиника, диагностика, лечение. Меры профилактики.

24. Общие осложнения при проведении местной анестезии у больных с сопутствующей патологией ССС. Клиника, диагностика, пути профилактики.

25. Общие осложнения при проведении местной анестезии у больных с сопутствующей патологией дыхательной системы, эндокринной системы. Клиника, диагностика, пути профилактики.

26. Анафилактический шок. Классификация, клиника, лечение, профилактика.

27. Отёк Квинке. Клиника, диагностика, лечение, профилактика.

28. Аллергические реакции. Крапивница. Клиника, неотложная помощь.

29. Коллапс. Клиника. Неотложная помощь.

30. Обморок. Клиника, неотложная помощь.

31. Операция удаления зуба. Показания, противопоказания.

32. Подготовка больного к операции удаления зуба. Заживление раны после удаления зуба.

33. Этапы удаления зуба. Инструменты для удаления зубов.

34. Особенности удаления зубов и корней на верхней челюсти. Выбор инструментов, методика.

35. Осложнения при операции удаления зубов и корней на

верхней челюсти, профилактика.

36. Особенности удаления зубов и корней на нижней челюсти. Выбор инструментов, методик.

37. Осложнения при операции удаления зубов и корней на нижней челюсти, профилактика.

38. Острая перфорация верхнечелюстного синуса. Причины возникновения, пути профилактики, методы диагностики и лечения

39. Особенности удаления зубов «мудрости» на нижней челюсти. Техника выполнения, возможные осложнения и пути их профилактики.

40. Особенности удаления зубов «мудрости» на верхней. Техника выполнения, возможные осложнения и пути их профилактики.

41. Сложное удаление зубов и корней (с использованием бормашины, с откидыванием слизисто-надкостничного лоскута). Техника выполнения. Осложнения. Профилактика.

42. Особенности удаления зубов у больных с сопутствующей патологией (заболевания крови, ССС, эндокринной системы).

43. Местные осложнения во время удаления зубов на верхней челюсти. Причины, клиника, диагностика, лечение.

44. Местные осложнения во время удаления зубов на нижней челюсти. Причины, клиника, диагностика, лечение.

45. Острая перфорация дна верхнечелюстной пазухи при операции удаления зуба. Причины возникновения, методы диагностики, тактика врача.

46. Местные осложнения после удаления зуба. Кровотечение после удаления зуба. Причины, клиника, лечение, профилактика.

47. Местные осложнения после удаления зуба: луночковая боль, альвеолит. Этиология, клиника, лечение, профилактика.

48. Классификация периодонтитов. Методы лечения.

49. Острый гнойный периодонтит, обострение хронического периодонтита. клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

50. Хронический периодонтит. Клиника, диагностика, морфологическая картина, дифференциальная диагностика различных форм.

51. Острый одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.

52. Тактика хирурга по отношению к "причинному зубу" при остром периостите. Особенности периостотомии на вестибулярной, язычной, небной поверхностях.

53. Одонтогенный абсцесс твердого неба. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.

54. Острая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, особенности течения на нижней челюсти.

55. Подострая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

56. Хронический остеомиелит челюстей. Классификация,

клиника и рентгенологическая картина различных форм хронического остеомиелита.

57. Лечение хронического остеомиелита челюстей. Особенности хирургического вмешательства на верхней и нижней челюсти.

58. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, острого периостита, острого остеомиелита челюстей.

59. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация, этиология, патогенез, клиника.

60. Принципы диагностики и лечения острого одонтогенного верхнечелюстного синусита.

61. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика, особенности лечения.

62. Показания к оперативному лечению при хронических одонтогенных верхнечелюстных синуситах. Техника оперативного лечения.

63. Методы консервативного и оперативного лечения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита.

64. Острый одонтогенный лимфаденит. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

65. Хронический лимфаденит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

66. Дифференциальная диагностика специфических и неспецифических лимфаденитов.

67. Определение понятия "одонтогенной инфекции". Взаимосвязь одонтогенной инфекции с общей патологией.

68. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Классификация по А.Г. Шаргородскому.

69. Состояние неспецифической иммунологической реактивности у больных с острой одонтогенной воспалительной патологией. Три иммунологических варианта развития воспалительных заболеваний.

70. Пути распространения инфекции при абсцессах и флегмонах ЧЛЮ одонтогенного происхождения.

71. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, этиология, клиника, диагностика, лечение, осложнения.

72. Флегмона височной области. Топографическая анатомия, клиника, особенности проведения разрезов, пути распространения инфекции.

73. Абсцесс и флегмона глазницы. Топографическая анатомия, пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

74. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подглазничной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

75. Одонтогенные абсцессы и флегмоны скуловой области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

76. Одонтогенные абсцессы и флегмоны позадичелюстной области. Топографическая анатомия, пути распространения

инфекции, клиника, диагностика, лечение.

77. Флегмона подвисочной и крыло-небной ямок. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, осложнения.

78. Одонтогенные абсцессы и флегмоны крыловидночелюстного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение, оперативный доступ к очагу.

79. Одонтогенные абсцесс и флегмона поднижнечелюстной области. Топографическая анатомия поднижнечелюстного треугольника, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.

80. Одонтогенные абсцессы и флегмоны подъязычной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

81. Одонтогенные абсцесс челюстно-язычного желобка. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика.

82. Абсцесс и флегмона языка. Топографическая анатомия клетчаточных пространств языка, пути распространения инфекции

83. Одонтогенные абсцесс и флегмона подподбородочной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

84. Одонтогенные абсцесс и флегмона околоушно-жевательной области. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ к гнойному очагу.

85. Абсцесс и флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Пути проникновения и распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение.

86. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика, лечение. Осложнения.

87. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Людвига). Причины возникновения. Клиника, диагностика. Особенности лечения.

88. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции, клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

89. Общие принципы лечения флегмон лица и шеи. Методы консервативной терапии.

90. Лечение острой одонтогенной инфекции. Принципы этиотропной терапии. Выбор антибактериальных препаратов.

91. Лечение острой одонтогенной инфекции. Дезинтоксикационная терапия как компонент комплексного лечения. Основные задачи. Контролируемая гемодилюция. Принципы проведения трансфузионного лечения.

92. Методы экстракорпоральной детоксикации, используемые при воспалительных заболеваниях ЧЛЮ, показания к применению.

93. Общие принципы хирургического лечения абсцессов и

флегмон лица и шеи. Особенности проведения разрезов при вскрытии абсцессов и флегмон ЧЛЮ.

94. Одонтогенный медиастенит. Причины возникновения, клиника, диагностика, лечение, пути профилактики.

95. Флебит лицевых вен. Клинические проявления, диагностика, лечение. Осложнения.

96. Особенности строения вен лица. Флебит лицевых вен: этиология, клиника, лечение, пути профилактики.

97. Осложнения острой одонтогенной инфекции. Тромбоз пещеристого синуса. Внутричерепные осложнения.

98. Осложнения воспалительных заболеваний ЧЛЮ. Сепсис. Клиника, диагностика, лечение. Септический шок.

99. Внутричерепные осложнения одонтогенной инфекции тканей ЧЛЮ. Этиология, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

100. Менингеальные осложнения абсцессов и флегмон лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение.

101. Методы обследования пациентов с повреждениями челюстно-лицевой области.

102. Острая травма зубов. Классификация вывихов зубов. Клиника. Диагностика.

103. Лечение вывихов зубов. Профилактика осложнений. Прогноз.

104. Острая травма зубов. Классификация переломов зубов. Клиника. Диагностика.

105. Лечение переломов зубов. Профилактика осложнений. Прогноз.

106. Переломы альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.

107. Классификация неогнестрельных повреждений мягких тканей лица. Клиника и диагностика повреждений мягких тканей лица.

108. Лечение повреждений мягких тканей лица, профилактика осложнений.

109. Классификация переломов нижней челюсти. Механизм смещения отломков нижней челюсти.

110. Клиника и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти.

111. Классификация переломов верхней челюсти. Клиника и диагностика неогнестрельных переломов верхней челюсти.

112. Лечение неогнестрельных переломов нижней челюсти. Методы временной иммобилизации при переломах костей лица.

113. Лечение неогнестрельных переломов верхней челюсти.

114. Консервативно-ортопедические методы постоянной иммобилизации при переломах костей лица.

115. Показания к хирургическим методам иммобилизации переломов костей лица. Виды хирургических методов иммобилизации

116. Классификация переломов скуловой кости и дуги. Клиника и диагностика переломов скуловой кости, переломов скуловой дуги.

117. Лечение пострадавших со скуло-верхнечелюстными

переломами и переломами скуловой дуги.

118. Сочетанная травма. Особенности клиники, диагностики и лечения сочетанной черепно-лицевой травмы.

119. Регенерация костной ткани при переломах челюстей. Этапы и стадии репаративного остеогенеза.

120. Классификация вывихов нижней челюсти. Клиника и диагностика вывихов нижней челюсти.

121. Лечение пациентов с вывихами нижней челюсти. Реабилитация.

122. Статистика и классификация воспалительных осложнений при неогнестрельных переломах костей лица. Этиология и патогенез воспалительных осложнений.

123. Клиника и диагностика воспалительных осложнений при неогнестрельных переломах костей лица. Дифференциальная диагностика.

124. Лечение воспалительных осложнений при неогнестрельных переломах костей лица. Современные методики.

125. Современные теории ранящего снаряда. Раневая баллистика и зоны поражения тканей.

126. Классификация огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.

127. Клинические особенности огнестрельных ранений лица. Методы обследования.

128. Классификация слепых ранений. Клиническая картина. Особенности диагностики и лечения.

129. Особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений мягких тканей лица (приротовой области, слюнных желез, век, носа).

130. Особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений мягких тканей лица (бокового отдела лица, ушных раковин, подчелюстной области, языка).

131. Особенности огнестрельных ранений верхней челюсти и костей орбиты. Клиника, диагностика, лечение.

132. Особенности огнестрельных ранений нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

133. Особенности огнестрельных ранений скуловой кости, костей орбиты и носа. Клиника, диагностика, лечение.

134. Патогенез огнестрельной раны. Общие закономерности течения раневого процесса. Принципы лечения.

135. Хирургическая обработка ран лица. Виды. Принципы первичной хирургической обработки ран лица.

136. Вторичная хирургическая обработка ран лица. Показания, особенности проведения.

137. Интенсивная терапия пострадавших с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области.

138. Лечение пострадавших с огнестрельными ранениями челюстно-лицевой области.

139. Классификация осложнений неогнестрельных ранений челюстно-лицевой области. Дислокационная асфиксия. Особенности лечения при переломе нижней челюсти.

140. Асфиксии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика и лечение асфиксий.

141. Кровотечения. Классификация. Клиника, лечение и профилактика.
142. Травматический шок. Клиника. Диагностика. Особенности лечения.
143. Клиника и лечение слюнных свищей.
144. Классификация огнестрельного остеомиелита челюстей. Патогенез. Особенности лечения огнестрельного остеомиелита челюстей. Профилактика.
145. Классификация ожогов лица. Клиника и диагностика ожогов челюстно-лицевой области.
146. Лечение ожогов челюстно-лицевой области.
147. Виды комбинированных поражений. Особенности диагностики и лечения.
148. Клиника комбинированных радиационно-механических повреждений челюстно-лицевой области. Особенности течения раневого процесса при комбинированных поражениях.
149. Принципы оказания помощи пострадавшим, особенности первичной хирургической обработки ран при комбинированных повреждениях челюстно-лицевой области.
150. Физические методы лечения повреждений мягких тканей и костей лица.
151. Лечебная физкультура у пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области.
152. Медицинская реабилитация пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области. Лечебное питание.
153. Анатомо-топографическое строение височно-нижнечелюстного сустава. Биомеханика височно-нижнечелюстного сустава.
154. Методы обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС.
155. Классификация заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава.
156. Клиническая картина острых гнойных неспецифических артритов височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
157. Клиническая картина и диагностика специфических артритов височно-нижнечелюстного сустава. Дифференциальная диагностика.
158. Общие принципы лечения воспалительных заболеваний височно-нижнечелюстного сустава. Показания и методы физиотерапевтического лечения.
159. Травматический острый артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология и клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика.
160. Лечение острых травматических артритов ВНЧС.
161. Травматический хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
162. Лечение хронических травматических артритов ВНЧС.
163. Классификация внутренних нарушений ВНЧС.

Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология и патогенез. Клиническая картина.

164. Лечение дисфункции височно-нижнечелюстного сустава.

165. Артроз височно-нижнечелюстного сустава. Этиология и патогенез.

166. Клиническая картина склерозирующих и деформирующих остеоартрозов височно-нижнечелюстного сустава. Диагностика.

167. Лечение артрозов височно-нижнечелюстного сустава.

168. Контрактура. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика.

169. Лечение контрактуры нижней челюсти.

170. Анкилозы. Классификация. Этиология и патогенез анкилозов. Клиническая картина фиброзных и костных анкилозов. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

171. Лечение анкилозов. Консервативные и хирургические методы лечения анкилозов.

172. Современные хирургические методы лечения анкилозов.

173. Пластика местными тканями. Пластика встречными треугольными лоскутами, лоскутом на ножке, пластика лоскутами путем перемещения. Показания, противопоказания, возможные осложнения и пути профилактики.

174. Виды костной пластики: показания, противопоказания, осложнения.

175. Анатомические особенности строения кожи лица, иннервация, кровоснабжение ЧЛЮ.

176. Особенности хирургической обработки ран лица. Современный подход к выбору шовного материала.

177. Виды операций при укороченной уздечке губ. Показания, противопоказания, техника проведения.

178. Эпителиальные кисты челюстей. Классификация, клинические особенности, принципы диагностики и оперативного лечения. Осложнения в послеоперационном периоде. Остеопластика.

179. Дермоидные и эпидермоидные кисты дна полости рта: клиника, диагностика, методы оперативного лечения. Возможные осложнения и пути профилактики.

180. Саркомы челюстей. Клиника, рентгенодиагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения. Прогноз.

181. Понятие органоспецифических опухолей. Одонтогенные опухоли ЧЛЮ: классификация, принципы диагностики, показания к проведению оперативного лечения, осложнения, прогноз.

182. Сосудистые опухоли ЧЛЮ. Классификация, клиника, принципы диагностики, методы лечения, осложнения.

183. Предраковые заболевания кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки. Классификация, клинические проявления, диагностика. Принципы онкологической настороженности.

184. Рак нижней челюсти. Клиника, диагностика, методы

<p>лечения, осложнения.</p> <p>185. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, методы лечения, осложнения.</p> <p>186. Рак губы. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативные методы лечения, осложнения. Питание больных в послеоперационном периоде.</p> <p>187. Доброкачественные образования слюнных желез: классификация, особенности клинических проявлений, диагностика. Операции на околоушной слюнной железе.</p> <p>188. Злокачественные новообразования слюнных желез: классификация, диагностика, принципы лечения.</p> <p>189. Анатомо-топографические особенности шеи. Операция перевязки наружной сонной артерии, техника проведения, осложнения.</p> <p>190. Трахеостомия, показания к операции, техника проведения, осложнения.</p> <p>191. Срединные и боковые свищи и кисты шеи. Клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика, принципы лечения, осложнения.</p> <p>192. Особенности анестезиологического обеспечения в челюстно-лицевой хирургии. Виды наркозов, показания к использованию.</p> <p>193. Невриты и невралгии тройничного нерва: этиология, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение. Постпломбирочные невропатии, принципы лечения, методики оперативных вмешательств.</p> <p>194. Дентальная имплантация. Показания, противопоказания. Современный подход к планированию имплантологического лечения.</p> <p>195. Осложнения во время и после операций дентальной имплантации. Профилактика, лечение.</p> <p>196. Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому лечению.</p> <p>197. Операция «синус-лифтинг». Показания, противопоказания. Осложнения, их профилактика и лечение.</p> <p>198. Хирургическое лечение заболеваний пародонта. Основные и вспомогательные операции.</p> <p>199. Принцип НРТ при операциях на тканях пародонта и костной пластике. Выбор мембран и остеопластического материала.</p> <p>200. Современный подход к операции удаления зуба. Особенности атравматичного удаления отдельных групп зубов. Профилактика постэкстакционной атрофии альвеолярного отростка.</p> <p>201. Костная пластика альвеолярного отростка аутотрансплантатами. Внеротовые и внутриротовые донорские зоны. Особенности фиксации трансплантата, ушивания мягких тканей.</p>	
---	--

5.1.2 Ситуационные задачи для оценки компетенций: УК-1; УК-2; УК-3; УК-4; УК-5; ОПК-1; ОПК-2; ОПК-3; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-6; ОПК-7; ОПК-8; ОПК-9; ОПК-10; ПК-1; ПК-2; ПК-3; ПК-4; ПК-5; ПК-6; ПК-7; ПК-8; ПК-9; ПК-10; ПК-11; ПК-12; ПК-13.

ВОПРОСЫ

нации полости рта. Объективные данные: слизистая губ, щек, языка, мягкого и твердого неба без видимых патологий.

я; исследование при помощи физических методов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); исследование при

осмотр полости рта: преддверия полости рта и собственно полости рта) и дополнительные (вспомогательные): т
ия

ВОПРОСЫ

боли в области зуба 2.1. Проведено КЛКТ, по которому в области верхушки корня зуба 2.1 обнаружен очаг де
ует, перкуссия слабоболезненная, не изменен в цвете, на небной поверхности имеется кариозная полость в пределах

ван полностью неверно.

, расщелина губы справа», группа риска по ППНС и гипотрофии.

необходимо направить на гистологическое исследование)
ов.
ых краев с помощью бора.

ВОПРОСЫ

температуры до 39 С°, резко выраженную болезненность и припухлость в околоушной области слева. При хирургическом вскрытии слюнной железы отмечается выраженный отек и нейтрофильная инфильтрация с мелкими участками некроза.

ВОПРОСЫ

зубов нижней челюсти к температурным раздражителям. Пациент планирует ортодонтическое лечение. При клиническом осмотре выявлено воспаление слизистой оболочки полости рта, связанное с протезированием. При зондировании подвижной слизистой, не рассекая надкостницы, по длине ограничиваясь премолярами. Отслаивают слизистую на

коронально; свободные аутотрансплантаты(ССТ, СДТ), латерально- перемещенные лоскуты (частичные, полнослойные)

ВОПРОСЫ

ой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся
через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 с
стояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация
и слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не

ении, вероятно, к —курковым зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и даннь

вта.

начаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клон

нии невралгии. В настоящий момент доказана вирусная теория в этиологии данного заболевания. На этом основан

ВОПРОСЫ

сти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на небольшую гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти с

невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие — курковой зоны на слизистой оболочке п

плевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противовоспалительные препараты, физиолечение.

лностно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических)

ВОПРОСЫ

сти нижней челюсти слева, нарушение смыкания зубов, боли при жевании, головокружение. Пациент доставлен по поводу травмы мягких тканей левой половины лица, На коже имеются многочисленные кровоизлияния и ссадины, покрытые герметиком. При бимануальной пальпации определяется подвижность фрагментов нижней челюсти.

ые для переломов челюстей

домо неповреждённый участок НЧ в области перелома появляется боль за счет смещения отломков. Давим указательным

авой и левой руки охватываем тело НЧ, двигаем руками в разных направлениях – видим изменение высоты рядом с

34, 47.

ирование).

ВОПРОСЫ

асти правой половины лица, на головные боли, двоение в глазах, ограничение открывания рта.

рвота, кровотечение из правой половины носа.

асти. Пальпация слабоблезненная, определяется симптом "ступеньки" в области нижнеглазничного края. Снижена

омозговая травма.

дви, мочи.

внеротовой -крючок Лимберга.

ВОПРОСЫ

степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перех

е свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

можно раньше

ВОПРОСЫ

верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 месяцев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах до 4,0х4,0 см, с четкими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции.

Планом проведет дополнительные исследования: ультразвуковое исследование, пункция кисты с последующим цитологическим исследованием.

При прощупывании вдоль переднего края грудиноключично-сосцевидной мышц, образование выделяется тупо, отодвигая крупные сосуды.

Лечение (антибактериальная, обезболивающая), осуществляются ежедневные осмотры и перевязки.

ВОПРОСЫ

языка

, с

а.

Пункция и цитологическое исследование ЛУ, КТ пораженной области с контрастированием для оценки глубины инвазии.

6. Критерии оценивания результатов обучения
Для экзамена

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными незначительными недочетами, выполнены все задания в полном объеме
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			некоторым профессиональным задачам	
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Ниже среднего	Средний	Высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчики:

Дурново Евгения Александровна, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии;

Клочков Андрей Сергеевич, к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Тараканова Валентина Александровна, к.м.н., ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Дата « ____ » _____ 2023 г.