

Электронная цифровая подпись

Коленков Алексей Александрович



B B A B F F D 0 E 6 1 6 1 1 E A

Завалко Александр Федорович



3 8 8 2 1 B 8 B C 4 D 9 1 1 E A

Утверждено "28" июля 2022 г.
Протокол № 1

председатель Ученого Совета Коленков А.А.
ученый секретарь Ученого Совета Завалко А.Ф.

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

по дисциплине «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ И ГНАТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ»

Специальность 31.05.03 Стоматология

(уровень специалитета)

Направленность Стоматология

Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог

Форма обучения: очная

Срок обучения: 5 лет

Год поступления 2022

1.Перечень компетенций и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции	Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции	Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции	№ Задачи, проверяющей освоение компетенции/индикатора достижения компетенции	Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля проверяющего освоение компетенции/индикатора достижения компетенции	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
1	Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии	иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Опрос больного. Правила сбора жалоб и анамнеза	3	2;3	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных,	Основные методы обследования. Правила и порядок проведения осмотра Дополнительные методы обследования	2; 5; 9; 10	1	2	больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни,	

		инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач					Решение ситуационных задач
	иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Алгоритмы обследования больных с патологией челюстно-лицевой области	1	2	3	
	иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Психологические аспекты общения с пациентами, их родственниками и законными представителями.	3; 9	2	4	
	иПК-1.2	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Интерпретация результатов обследования больных с патологией челюстно-лицевой области	9; 10	3	5	
	иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	Показания и противопоказания к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования.	5; 9	3	6	
	иПК-1.4	Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Роль дополнительных методов обследования в постановке диагноза. Рентгенологическая картина больных с травмами и деформациями челюстно-лицевой области.	7; 9;10	3	7	
	иПК-1.5	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного	Понятие «предварительный диагноз». Алгоритм постановки	5; 8	4	8	

			диагноза	предварительного диагноза					
		иПК-1.6	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	Алгоритм постановки окончательного диагноза	4; 6	5	9		
2	Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области.	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Классификация повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области. Классификация гематом. Механизм возникновения. Раны челюстно-лицевой области. Классификация. Первичная и вторичная хирургическая обработка ран.	1;2;3;6;7;8;9	1;2;3;4;5	1-3	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-6.1	Ведение медицинской документации	Медицинская документация. Правила заполнения истории болезни	4	1;4;5	4		
		иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Показания к проведению экспертизы временной нетрудоспособности	5; 10	2;4;5	5		
3	Травматические повреждения челюстей.	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Транспортная иммобилизация: виды, методы и средства. Переломы альвеолярного отростка. Клинические проявления. Методы лечения. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клинические проявления. Методы лечения Переломы верхней челюсти. Классификация. Клинически	2;5;6;7;8;9	1;2;3;4;5	1; 2	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного,	В соответствии с п.4.2.2

				е проявления. Методы лечения. Консервативное лечение переломов нижней челюсти. Хирургические методы лечения при переломах челюстей				разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	
		иПК-6.1	Ведение медицинской документации	Медицинская документация. Заполнение медицинской документации. Правила заполнения истории болезни	1;3;4	1;2	3		
		иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Показания к проведению экспертизы временной нетрудоспособности	10	1;2	4		
4	Травматическое повреждение костей средней зоны лица. СЧМТ	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Переломы скуловой кости и дуги. Классификация. Этиология. Клиника, лечение. Переломы костей носа. Клинические проявления. Лечение. Сочетанная черепно-мозговая травма. Клинические формы. Клинические проявления. Прогноз. Переломы основания черепа. Клиническая картина, методы лечения.	1;2;5;6 ;7;8;9	1;2;3;4; 5	1;2	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-6.1	Ведение медицинской документации	Заполнение медицинской документации. Правила заполнения истории болезни	4		3		
		иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности	Проведение экспертизы временной	3;10		4		

			пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	нетрудоспособности.Показания к проведению экспертизы временной нетрудоспособности					
5	Восстановительная хирургия лица.	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения. Показания и противопоказания к пластическим операциям. Особенности психоневрологического статуса больных с деформациями и дефектами ЧЛЮ. Планирование пластических операций	4;7;9;	1;2;3;4	1;2	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-2.11	Оказание квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Пластика местными тканями (закрытие дефекта за счет простого сближения отсепарованных краев; закрытие дефекта лоскутом на ножке и за счет взаимно-перемещающихся треугольников Свободная пересадка кожи. Виды кожных лоскутов, достоинства и недостатки Филатовский стебель. Показания, этапы, выбор места, оперативная техника. Оказание квалифицированной медицинской помощи с использованием современных методов лечения	1;2;3;5;6;8;10		3;4		

6	Костная пластика челюстей	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Показания и противопоказания к костной пластике. Планирование и методы костнопластических операций. Материалы для костнопластических операций. Виды и способы консервации костной ткани.	1;2;3;6;8	1;2	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		и ПК-2.11	Оказание квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Трансформация костнопластического материала в организм больного. Оказание квалифицированной медицинской помощи с использованием современных методов лечения	4;5;7;9;10		2		
7	Гнатическая хирургия	иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Нормальный прикус. Виды. Характеристика. Патологический прикус. Виды. Характеристика. Симптомы (лицевые, внутриротовые, функциональные). Показания и противопоказания к оперативным вмешательствам. Этапы лечения.	1;2;5;9;10	1;2;3;4;	1; 2	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иПК-2.11	Оказание квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Операции остеотомии и остеоктомии. Оказание квалифицированной медицинской помощи с использованием современных методов лечения	3;4;6;7;8		1;3		

8	Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения	иОПК-6.1	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Антибактериальные препараты в челюстно-лицевой хирургии. Препараты выбора.	7	3;4	1	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и немедикаментозных методов лечения. Лекарственные препараты, применяемые в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области.	6;8		2		
		иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Критерии эффективности и безопасности проводимой фармакотерапии при травмах челюстно-лицевой области. Основные принципы безопасности лекарственной терапии	4;5	4	3		
		иОПК-7.2	Пользуется методами оказания помощи при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Задачи хирургической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. Медицинские средства индивидуальной защиты	2;3;	1;2	4		
		иОПК-7.3	Оказывает медицинскую помощь в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента в условиях чрезвычайных ситуаций,	Неотложная хирургическая помощь в экстремальных ситуациях. Принцип оказания медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации	1;9		5		

			эпидемий и в очагах массового поражения						
		иПК-2.6	Подбор вида местной анестезии/обезболивания. Оценка возможных осложнений, вызванных применением местной анестезии	Способ обезболивания при длительных и травматических операциях в челюстно-лицевой области	10	5	6		
		иПК-2.7	Подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний. Формирование комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Лекарственные препараты, применяемые в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области.	7;8		7		
9	Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области	иОПК-2.2	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Травматический остеомиелит. Обострение травматического остеомиелита. Секвестрэктомия. Травматический синусит	1;3;4;	3	1	Устный ответ, стандартизованный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач	В соответствии с п.4.2.2
		иОПК-2.3	Применяет свой и коллективный опыт при решении поставленных задач для предотвращения ошибок в профессиональной сфере	Асфиксия. Виды. Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи. Трахеостомия. Анализ и предотвращение возможных профессиональных ошибок Кровотечения (ранние и поздние) Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи	7;8;	5	2		
		иПК-2.5	Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных	Местные осложнения ранений челюстно-лицевой области. Ранние и поздние осложнения.	5;6	2;4	3		

			признаков угрозы жизни пациента					
	иПК-2.12	Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента	Оказание медицинской помощи при острых и хронических одонтогенных воспалительных процессах, обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области: свищи слюнных желез. Причины, клинические проявления, хирургические методы лечения	2,9	1	4		
	иПК-6.5	Составление плана работы и отчета о своей работе	Составление плана работы и отчета о своей работе	10	-	5		

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

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

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

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

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

1. Алгоритм обследования больных. Обследование начинают с применения методов:

1. рентгенологических
2. лабораторных
3. термометрических
4. основных
5. цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб
5. аллергоанамнеза

4. Окончательный диагноз выставляется на основании:

1. Жалоб
2. Жалоб и данных анамнеза
3. Жалоб, анамнеза, данных объективного обследования
4. Данных осмотра, основных и дополнительных методов обследования

5. Осмотр пациента начинают с:

1. заполнения зубной формулы
2. определения прикуса
3. внешнего осмотра
4. осмотра зубных рядов
5. перкуссии зубов

6. Противопоказаниями к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования являются:

1. сахарный диабет

2. гипертонический криз
3. хронический обструктивный бронхит
4. хронический гайморит

7. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

1. наличие перелома
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

8. Воспалительную резорбцию альвеолярной перегородки определяют в результате:

1. зондирования пародонтального кармана
2. реографического исследования тканей пародонта
3. рентгенологического исследования челюстных костей
4. эхоостеометрического исследования альвеолярной кости
5. определения индексов кровоточивости десны при зондировании

9. К основным методам обследования относится:

1. рентгенологическое обследование
2. цитологическое исследование
3. общий клинический анализ крови
4. осмотр полости рта
5. иммунологическое исследование

10. К дополнительным методам обследования относится:

1. опрос
2. осмотр полости рта
3. рентгенологическое обследование
4. сбор анамнеза
5. внешний осмотр

Ответы:

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

Тема 2. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области

1. Ушиб мягких тканей лица- это:

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

2. Рана мягких тканей лица- это:

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

3. Проникающие раны лица- это:

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

4. Основной медицинский документ стационара, который составляется на каждого поступившего в стационар больного:

1. медицинская карта стационарного больного (форма No 003/у)
2. журнал учета приема больного и отказав в госпитализации (форма No 001/у)
3. статистическая карта выбывшего из стационара (форма No 006/у)

5. Экспертиза временной нетрудоспособности- один из видов экспертизы:

1. медицинской
2. социальной

3. условий труда

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

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

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

7. Основная цель ПХО ран заключается:

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

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

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

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

- 1) ссадины
- 2) ушибы
- 3) раны

10. На какой срок медицинский работник единолично выдает листок нетрудоспособности одновременно и единолично продлевает его при амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений или иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности:

1. выдает на срок до 5 календарных дней и продлевает на срок до 10 календарных дней
2. выдает на срок до 10 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней
3. выдает на срок до 3 календарных дней и продлевает на срок до 5 календарных дней
4. выдает на срок до 7 календарных дней и продлевает на срок до 14 календарных дней
5. выдает на срок до 30 календарных дней и продлевает на срок до 30 календарных дней

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

Ответы:

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

Тема 3. Травматические повреждения челюстей

1. Первичная медицинская документация является:

1. показателем оснащения медицинским оборудованием лечебного учреждения
2. показателем укомплектованности кадрами лечебного учреждения
3. юридическим документом при разборе конфликтных ситуаций

2. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

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

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

3. Первичная медицинская документация ведется:

1) только в поликлиниках

2) только в стационарах

3) во всех медицинских организациях

4. Основными учетными документами стационара являются:

1) выписка из медицинской карты стационарного больного для продолжения амбулаторного наблюдения

2) медицинская карта стационарного больного

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

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и вниз

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

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и вниз

7. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

8. Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

1) периостит

2) фурункулез

3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны

5) актиномикоз

5) переломе костей носа

9. Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

10. Экспертизу временной нетрудоспособности необходимо проводить:

1) в день выписки больного

2) после проведения дополнительного обследования

3) после консультации с заведующим отделением

4) в день обращения больного в стационар

Ответы:

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

Тема 4. Травматические повреждения средней зоны лица. СЧМТ

1. Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1) ликворея

2) кровотечение из носа

3) патологическая подвижность нижней челюсти

- 4) патологическая подвижность верхней челюсти
- 5) кровотечение из наружного слухового прохода

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

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

3. Кому дано право выдачи листков нетрудоспособности

- 1) врачу-интерну
- 2) лечащему врачу
- 3) зав.отделением
- 4)зам.главного врача по медицинской части

4. Основными учетными документами стационара являются:

- 1) история болезни
- 2) описание рентгенологического снимка
- 3) выписка результатов лабораторного исследования

5. Основной симптом перелома костей носа:

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

6. Симптомы перелома скуловой кости:

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

7. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

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

8. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

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

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

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

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

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

Ответы:

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

Тема 5. Восстановительная хирургия лица

1. Укорочение верхней губы устраняется способом пластики местными тканями:

- 1) методом Седилло;

- 2) свободным кожным лоскутом;
- 3) встречным треугольным лоскутом.

2. Методика пластики встречными треугольными лоскутами предложена:

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

3. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют при:

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

4. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

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

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

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

6. Опрокидывающиеся лоскуты используются для:

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

7. Показания к применению свободной пересадки кожи является:

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

8. Расщеплённый кожный лоскут берут преимущественно с поверхности:

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

9. Показаниям к пластике Филатовским стеблем является:

- 1) обширные дефекты мягких тканей и рубцовые деформации лица
- 2) посттравматические дефекты челюстей

10. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

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

Ответы:

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

Тема 6. Костная пластика челюстей

1. Первый этап восстановительного хирургического лечения:

- 1) разрез;
- 2) планирование;

3) обезболивание;

4) растяжение тканей.

2. Сроки проведения вторичной костной пластинки обусловлены:

1) восстановлением иннервации;

2) завершением формирования рубцов;

3) завершением формирования сосудов;

4) завершением образования костной мозоли;

5) степенью восстановления функции челюстей.

3. Показанием для вторичной костной пластики является дефект после:

1) секвестрэктомии;

2) операции по поводу врождённых деформаций челюстей;

3) удаления доброкачественных опухолей;

4) удаления злокачественных опухолей;

4. Аутоотрансплантат для пластики дефекта челюсти берут из:

1) ребра;

2) ключицы;

3) костей стопы;

4) бедренной кости

5. Рецидив при любом виде остеотомии н/ч возникает при:

1) травма сосудисто-нервного пучка;

2) нарушение иннервации костной ткани;

3) технические погрешности при перемещении фрагментов кости.

6. Ксенотрансплантат – это материал, взятый у:

1) пациента;

2) животного;

3) другого индивида;

4) однояйцевого близнеца.

7. При остеотомии в/ч за бугры вводят:

1) фасцию;

2) комок Биша;

3) кусочки хряща;

4) костные трансплантаты;

5) пластмассовые вкладки.

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

1) термическая травма кости;

2) послеоперационная гематома;

3) травма сосудисто-нервного пучка;

4) нарушение иннервации костной ткани;

5) технические погрешности при перемещении фрагментов кости.

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

1-дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);

2-дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

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

1-дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования);

2-дефект замещен через определенный срок после образования дефекта.

Ответы:

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

Тема 7. Гнатическая хирургия

1. К патологическим видам прикуса относятся:

1. бипрогнатический

2. глубокий

3. ортогнатический

4. прямой

5. глубокое резцовое перекрытие

2. К физиологическим видам прикуса относятся:

1. бипрогнатический
2. глубокий
3. прогнатический
4. перекрестный
5. открытый

3. При остеотомии на верхней челюсти по Семенченко удаляют:

- 1- центральные резцы
- 2-клыки с ждвух сторон
- 3-первые премоляры с двух сторон
- 4-первые моляры с двух сторон

4. Современные методы лечения патологий прикуса включают в себя применение:

- 1-аутогенных трансплантатов
- 2-аллотрансплантатов
- 3-ксенотарсплантатов
- 4-материалы для направленной регенерации костной ткани

5. Для прогениинехарактерен следующий прикус:

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

6. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:

1. шина Ванкевич
2. гладкая шина-скоба
3. шина-скоба с распорочным изгибом
4. бимаксиллярные шины с зацепными петлями
5. шина Порта

7. Расчет смещения челюстей при их остеотомии ведут по:

1. ортопантограмме
2. телерентгенограмме
3. компьютерной томограмме
4. панорамной рентгенограмме
5. обзорной рентгенограмме костей лица

8. При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области:

1. ветвей челюсти
2. углов челюсти
3. подбородка
4. первых премоляров

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

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

10. Наиболее достоверным признаком консолидации фрагментов нижней челюсти является:

1. исчезновение боли
2. образование костной мозоли
3. уменьшение подвижности фрагментов
4. исчезновение симптома Венсана
5. верно 1) и 4)

Ответы:

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

Тема 8. Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения

1. В чрезвычайных ситуациях повреждения, требующие неотложной хирургической помощи, вызваны воздействием:

1. термических факторов
2. психо-эмоциональных факторов
3. химических факторов

2. Основными задачами хирургической помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях являются:

1. предупреждение тяжелых, угрожающих жизни осложнений
2. предэвакуационная подготовка пострадавших
3. скорейшая реабилитация пострадавших

3. Структура и характер хирургической патологии в чрезвычайных ситуациях (ЧС) зависят от:

1. синдрома взаимного отягощения
2. количества пострадавших
3. вида ЧС и действующих поражающих факторов

4. Критерии эффективности и безопасности проводимой фармакотерапии при травмах челюстно-лицевой области:

1. уменьшение болевого синдрома
2. исчезновение изжоги, рвоты
3. нормализация pH желудочного сока

5. Основные принципы безопасности лекарственной терапии:

1. одновременное назначение нескольких препаратов со сходным механизмом действия
2. никогда не назначать препараты при отсутствии четких показаний к их применению
3. назначение лекарственных препаратов без учета возраста больного

6. Укажите медицинские средства индивидуальной защиты:

1. аптечка индивидуальная, индивидуальные противохимические пакеты, пакет перевязочный медицинский, респиратор, противогаз.
2. аптечка индивидуальная, универсальная аптечка бытовая, индивидуальные противохимические пакеты, пакет перевязочный медицинский.
3. аптечка индивидуальная, универсальная аптечка бытовая, пакет перевязочный медицинский, дегазирующий пакет силикагелевый, респиратор.
4. универсальная аптечка бытовая, индивидуальные противохимические пакеты, пакет перевязочный медицинский, респиратор, противогаз.

7. Какая группа антибиотиков чаще вызывает аллергические реакции: 1. аминогликозиды

2. макролиды
3. пенициллины
4. сульфаниламиды
5. линкозамиды

8. Какой из антибиотиков создаёт высокие концентрации в костной ткани:

1. гентамицин
2. налидиксовая кислота
3. линкомицин
4. эритромицин
5. цефатоксим

9. Основным принципом в оказании медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации является:

- 1) преемственность
- 2) непрерывность
- 3) своевременность и полнота первой медицинской помощи
- 4) последовательность

10. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях:

1. масочный
2. внутривенный
3. эндотрахеальный
4. внутриартериальный

Ответы:

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

Тема 9. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области

1. Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является:

1. возраст больного
2. острый лимфаденит
3. инфицирование линии перелома
4. травма плохо изготовленным протезом
5. сила и направление повреждающего фактора

2. Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:

- 1) периостит
- 2) фурункулез
- 3) рожистое воспаление
- 4) нагноение костной раны
- 5) актиномикоз
- 5) переломе костей носа

3. Оперативное лечение травматического остеомиелита челюсти заключается только в:

1. удалении секвестров
2. ревизии костной раны
3. репозиции и фиксации отломков
4. ревизии костной раны, удалении секвестров
5. наложении компрессионно-дистракционного аппарата

4. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите показана в период:

1. физиолечения
2. формирования секвестра
3. сформировавшегося секвестра
4. антибактериальной терапии
5. обследования

5. Местным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

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

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

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. свищи
4. пародонтит
5. нижняя макрогнатия

7. Для окончательной остановки кровотечения механическим способом применяют

1. наложение жгута
2. пузырь со льдом
3. зажим
4. лигирование сосуда

8. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением

1. введение воздуховода
2. наложение трахеостомы
3. наложение бимаксиллярных шин
4. прошивание и выведение языка
5. взятие тканей на держалки

9. В комплекс лечения флегмоны дна полости рта входит:

1. криотерапия;
2. электрокоагуляция;
3. физиолечение;
4. иглорефлексотерапия.

10. Какие манипуляции не входят в отчет челюстно-лицевого хирурга о проделанной работе:

1. количество проведенных операций
2. количество перевязок
3. проведение экспертизы нетрудоспособности
4. направления на консультацию

Ответы:

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

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

Тема 1 Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

1. Правила сбора жалоб и анамнеза при обследовании больного с патологией челюстно-лицевой области
2. Методы и порядок проведения осмотра больного с патологией челюстно-лицевой области
3. Алгоритм обследования больных
4. Психологические аспекты общения с пациентами
5. Варианты обследования пациентов с патологией челюстно-лицевой области
6. Показания и противопоказания для проведения дополнительных методов обследования
7. Диагностические возможности дополнительных методов обследования в челюстно-лицевой хирургии
8. Предварительный диагноз. Понятие, критерии постановки
9. Предварительный диагноз. Понятие, критерии постановки

Тема 2 Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области.

1. Ушибы мягких тканей. Классификация гематом. Механизм возникновения
2. Раны челюстно-лицевой области. Классификация.
3. Особенности первичной хирургической обработки в челюстно-лицевой области
4. Правила ведения истории болезни
5. Экспертиза временной нетрудоспособности. Правила выдачи больничного листа

Тема 3 Травматические повреждения челюстей

1. Транспортная иммобилизация: подручные средства. Способы применения
2. Применение не стандартных шин при транспортной иммобилизации.
3. История болезни больного в отделении челюстно-лицевой хирургии. Особенности ведения.
4. Показания к проведению экспертизы временной нетрудоспособности

Тема 4 Травматические повреждения костей средней зоны лица. Сочетанная черепно-мозговая травма

1. Средняя зона лица. Контрофорсы верхней челюсти
2. Фиксирующие повязки при переломах костей носа
3. Биомеханика черепно-мозговой травмы
4. Временная нетрудоспособность больных с черепно-мозговой травмой

Тема 5 Восстановительная хирургия лица.

1. Показания и противопоказания к пластическим операциям.
2. Планирование пластических операций
3. Техника взятия кожного лоскута при свободной пересадке кожи
4. Биология жизнеспособности филатовского стебля

Тема 6 Костная пластика челюстей

1. Остеопластические материалы в челюстно-лицевой хирургии
2. Современные методы фиксации костного трансплантата

Тема 7 Гнатическая хирургия

1. Причины возникновения зубочелюстных аномалий
2. Виды патологического прикуса.
3. Операции остеотомии. Показания и противопоказания

Тема 8 Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области.

Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения

1. Антибиотикотерапия в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области

2. Неотложная хирургическая помощь в экстремальных ситуациях. Принцип оказания медицинской помощи в очаге чрезвычайной ситуации
3. Структура и характер хирургической патологии в чрезвычайных ситуациях
4. Неотложная хирургическая помощь в экстремальных ситуациях.
5. Критерии эффективности и безопасности проводимой фармакотерапии при травмах челюстно-лицевой области
6. Лекарственные препараты, применяемые в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области.
7. Способ обезболивания при длительных и травматических операциях в челюстно-лицевой области.

Тема 9 Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области

1. Травматический остеомиелит. Операция секвестрэктомия.
2. Асфиксия. Виды. Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи.
3. Оказание помощи при кровотечениях.
4. Местные осложнения ранений челюстно-лицевой области
5. Алгоритм составления отчета о своей работе

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1. Методы обследования в челюстно-лицевой хирургии

Ситуационная задача 1

Больной жалуется на боли и припухлость в области нижней челюсти справа, затрудненное открывание рта, головокружение. Объективная картина соответствует перелому нижней челюсти. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить для уточнения диагноза?

Ответ:

Панорамная рентгенография, рентгенография нижней челюсти в трех проекциях

Ситуационная задача 2

Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, деформацию нижнего отдела лица слева. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти слева, размером в области отсутствующих 3.6, 3.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Какие методы обследования необходимы?
2. Составьте алгоритм обследования больного

Ответ

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

Ситуационная задача 3

Юноша Д., 16 лет. Жалобы на боль в области нижней челюсти с двух сторон, кровотечение из полости рта, невозможность плотного смыкания зубных рядов. Из анамнеза: около получаса назад в драке получил удар кулаком в область нижней челюсти справа. Сознания не терял.

1. Опишите рентгенограмму
2. Укажите, какие дополнительные диагностические мероприятия необходимы для уточнения диагноза. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.

Ответы

1. На ортопантограмме определяются две линии перелома тела нижней челюсти, проходящие на уровне зачатков зубов 38 и 48.

2. Осмотр лица с целью выявления асимметрии нижнего отдела лица, внешних повреждений кожи лица, гематомы в области удара.

Ситуационная задача 4

Больной, 20 лет, обратился с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются.

1. Какие методы обследования еще необходимо провести?

2. Поставьте предварительный диагноз

Ответ

1. Прежде чем приступить к операции по поводу устранения верхней прогнатии необходимо установить границы вмешательства и воспроизвести перемещение отрезка челюстей на гипсовых моделях.

2. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.

Ситуационная задача 5

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

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные виды фиксации фрагментов.

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.

2. Все вышеперечисленное. протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Тема 2. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области

Ситуационная задача 1

В отделение челюстно-лицевой хирургии обратился больной с жалобами на боль и кровотечение в области верхней губы. Травму получил 2 часа назад на тренировке. Сознания не теряет. При осмотре имеется сквозная рана в области верхней губы. В момент осмотра кровотечения нет. Поставьте предварительный диагноз. Составьте план лечения. Заполните необходимую документацию.

Ответ:

1. рвано-ушибленная рана верхней губы

2. ПХО раны, назначение противовоспалительного лечения.

3. Сделана запись в истории болезни. Выдана выписка и даны рекомендации

Ситуационная задача 2

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

1. Поставьте диагноз.

2. Перечислите возможные осложнения оперативного лечения?

3. Методы послеоперационного ведения?

4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.

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

3. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

4. Выдан больничный лист

Ситуационная задача 3

В приемное отделение обратился пациент 44 лет после бытовой механической травмы. По наружной поверхности левой щеки имеется поверхностный дефект кожи размерами 2х2 см, дно

которого представлено розовой плотной тканью с красными точками. Кровотечение капиллярное, скудное. Боль умеренная. Ваш предварительный диагноз? Как оказать первую помощь?

Ответ

Описание дна дефекта кожи соответствует сосочковому слою дермы и не соответствует подкожно-жировой клетчатке, фасции и прочим расположенным глубже тканям. Следовательно, у пациента механическое повреждение не проникающее глубже кожи, то есть ссадина. Ссадина не подлежит хирургическому лечению. При отсутствии видимых загрязнений ее края следует обработать каким-либо кожным антисептиком, а на ее поверхность наложить повязку с нейтральной мазью. Возможно заживление ссадины «под струпом», однако дублирование дефекта таких размеров без анестезии может оказаться крайне болезненным. Кроме того, необходимо рассмотреть вопрос об экстренной профилактике столбняка.

Ситуационная задача 4

Больная К, упала и ударилась о мраморную ступеньку. Обратилась в поликлинику с жалобами на боль в области верхней губы, кровотечение. При осмотре разрывы красной каймы и слизистой оболочки, кровотечение из раны.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения
3. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности, заполните необходимую документацию.

Ответ

1. Рвано-ушибленная рана верхней губы
2. ПХО раны, противовоспалительное лечение
3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 5

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

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

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

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

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

П П

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Заполните необходимую документацию
4. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ.

1. Рвано – ушибленная рана верхней губы. Перелом коронки 21, 12. Острый травматический пульпит 21. Неполный вывих, дистопия 11.
3. ПХО раны верхней губы. Репозиция 11, фиксация фронтальных зубов верхней челюсти шиной-каппой, проволочной шиной и др. 21 - экстирпация пульпы, пломбирование корневого канала, его подготовка для реставрации или последующего протезирования.
4. заполнение истории болезни и медикаментозных назначений
5. Выдать больничный лист

Тема 3. Травматические повреждения челюстей

Ситуационная задача 1

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи - пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при

выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с примесью крови. Пульс ритмичный, ЧСС - 120/мин, АД - 125/80 мм.рт.ст. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта - кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

1. Предварительный диагноз?
2. План оказания неотложной помощи?
3. План лечения, реабилитации, диспансерного наблюдения?
4. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.
2. Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади.
3. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстное шинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.
4. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Предположительный диагноз?
2. План лечения?
3. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.
2. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.
3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 3

Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется

нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Диагноз: перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.

2. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии и физиотерапии на область перелома.

Ситуационная задача 4

Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышцелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышцелкового отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением.

2. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.

Ситуационная задача 5

В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется небольшая ссадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см., более широкое открывание рта затруднено и болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в области ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

Ответ.

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.

2. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями и межчелюстная фиксация.

Тема 4. Травматические повреждения костей средней зоны лица. СЧМТ

Ситуационная задача 1

В приемное отделение попутным транспортом доставлен пострадавший 28 лет в тяжелом состоянии. Был сбит машиной около 20 мин назад. Сознание спутанное, жалуется на головную боль. Со слов пострадавшего, ударился головой и потерял сознание. Осмотр груди, живота, конечностей – без особенностей. В правой надбровной области – ссадина и внурикожное кровоизлияние (экхимоз). Лицо ассиметрично за счет отека правой половины. Глотание затруднено, пострадавший поперхивается слюной. Имеется девиация языка влево. Пульс 88 в мин.

АД 150/95. Ваш предварительный диагноз? Как поступить далее? Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ

У пострадавшего имеется достоверный симптом черепно-мозговой травмы (потеря сознания). Вероятно, имеются симптомы очагового поражения головного мозга (поперхивание и девиация языка), которые при черепно-мозговой травме являются признаками ушиба головного мозга. Пострадавший должен быть экстренно госпитализирован в отделение нейрохирургии. Заполните историю болезни.

Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Виды оперативного вмешательства, показанные в данном случае.
3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ.

1. Перелом левой скуловой кости со смещением.
2. Репозиция скуловой кости крючком Лимберга или элеватором Карапетяна. Радикальная синусотомия с репозицией фрагментов скуло-орбитального комплекса. Фиксация их может осуществляться на йодоформном тампоне, титановыми минипластинами, проволочными швами, скобами с памятью формы или комбинацией вышеперечисленных способов.
3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 3

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

1. Предположительный диагноз?
2. План лечения?
3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.
2. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной назубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе - открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.
3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 4

Пациент А., 35 лет. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы, пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания— кома I стадии, дыхание поверхностное, ЧД— 24/мин, тоны сердца ритмичные, ЧСС— 50/мин, АД100/50 мм.рт.ст. Ссадины на коже лба, во рту - рвотные массы, прикус не нарушен, признаков повреждения слизистой оболочки рта нет. Обзорная краниограмма: перелом теменной кости слева и нижней челюсти в области угла слева без смещения.

1. Диагноз?
2. План лечения?

3. Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Черепно-мозговая травма тяжелой степени

2. План лечения: в первую очередь, необходимо провести коррекцию витальных функций. Для профилактики асфиксии необходимо санировать верхние дыхательные пути. При неадекватном спонтанном дыхании - интубация, по показаниям - перевод на ИВЛ. Катетеризация центральной и/или периферической вены, при невозможности - венепункция. Катетеризация мочевого пузыря. Специализированное лечение челюстно-лицевой травмы проводят только при стабилизации гемодинамических показателей, так как ранние активные действия могут привести к усугублению состояния пациента. После стабилизации состояния пациента - рентгенологический контроль зоны перелома (возможно появление смещения отломков в период реанимации). Репозиция отломков при отсутствии смещения не проводится. Фиксация методом назубного двучелюстного шинирования. Иммобилизация методом межчелюстного эластического вытяжения, шиноподбородочной пращой. Антибактериальная терапия.

3. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Ситуационная задача 5

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, частые простудные заболевания, аппендэктомия. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагментов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом "ступеньки". При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

Заполните историю болезни. Проведите экспертизу временной нетрудоспособности

Ответ:

1. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями по нижним векам, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых

30выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние, Недостает данных рентгенологического обследования.

2. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.

3. Назубные бимаксиллярные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Медикаментозное лечение включает в себя антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, поливитамины. Также показана физиотерапия.

4. Выдан больничный лист. Заполнена история болезни, назначено лечение

Тема 5. Восстановительная хирургия лица

Ситуационная задача 1

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени.

Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид современного хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции? Какие методы реабилитации возможно применить в данном случае?

Ответ:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше. Послеоперационный период необходимо дополнить санотонно-курортное лечение

Ситуационная задача 2

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

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Ответ

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше

Ситуационная задача 3

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

1. На основании клинической картины поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения с использованием современных методов

Ответ

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

2. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровоточащих тканей.

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

Ситуационная задача 4

В клинику доставлен больной с осколочным ранением челюстно-лицевой области, отмечается отрыв подбородочного отдела нижней челюсти с окружающими мягкими тканями.

1) Какие виды современного оперативного лечения можно использовать?

2) Определите сроки оперативного вмешательства.

Ответ

1) а) формирование филатовского стебля для устранения дефекта, а затем костная пластика; б) одномоментная пластика сложным тканевым комплексом на микрососудистой анастомозе (гребень подвздошной кости).

2) По возможности как можно раньше. В случае развития признаков гнойного или гнойно-некротического процесса - после ликвидации воспаления.

Тема 6. Костная пластика челюстей

Ситуационная задача 1

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

Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

Составьте план лечения больного с использованием современных методов

Ответ

План лечения: а) клинико-рентгенологическое обследование, обратить внимание на состояние пульпы зубов, граничащих с дефектом нижней челюсти справа; б) анализ состояния мягких тканей в области дефекта нижней челюсти справа. Достаточно ли их для создания хорошего ложа костного трансплантата? в) решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика):

ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат? г) какой метод фиксации фрагментов нижней челюсти предпочтителен в данном случае?

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК.

Ситуационная задача 2

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

1. Составьте план лечения больного с использованием современных методов

2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответ

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

2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Тема 7. Гнатическая хирургия

Ситуационная задача 1

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

Какие варианты оперативного лечения?

Ответ

В тех случаях, когда центральные и боковые резцы не удовлетворяют косметическим требованиям, сохранение этих зубов нецелесообразно, может быть предпринято удаление их с коррекцией альвеолярного отростка и замещение зубов мостовидным протезом. Если фронтальная группа зубов удовлетворяет косметическим требованиям, их сохраняют (депульпируют с последующим пломбированием каналов корней). Лечение планируют по распространенным методам хирургического вмешательства по Кон-Стоку или Шухарду, которые состоят в удалении 1.4, 2.4 или 1.5, 2.5, остеотомии альвеолярного отростка верхней челюсти в области перемещаемых зубов. Альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с зубами перемещается кзади, устанавливается в желаемой артикуляции с зубами фронтальной группы нижней челюсти, накладываются фиксирующие резиновой тягой бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, которые удерживают челюсти в правильном положении.

Ситуационная задача 2

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

1. Укажите основной метод лечения

Ответ

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

Ситуационная задача 3

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

1. Составьте план лечения больного с использованием современных методов

2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Ответ

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

Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить хорошо выраженную муфту мягких тканей, ложе для трансплантата; рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Ситуационная задача 4

Больной 24 года

Жалобы на деформацию нижнего отдела лица и затрудненное открывание рта.

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

Предложите метод лечения.

Ответ

Метод лечения — хирургический. Операция — остеотомия правой и левой ветвей нижней челюсти с обязательной одномоментной пластикой алло-, аутооттрансплантатами или эндопротезами для создания дистальной опоры челюсти.

Тема 8. Медикаментозное лечение больных с патологией челюстно-лицевой области. Методы оказания помощи при неотложных состояниях, чрезвычайных ситуациях, эпидемиях и в очагах массового поражения

Ситуационная задача 1

На химическом предприятии произошла производственная авария с выбросом в окружающую среду АОХВ, обнаружен пострадавший. Предъявляет жалобы на наличие раны в области шеи.

Каким способом будет применены медицинские средства защиты при оказании медицинской помощи пострадавшему.

Ответ

1. Проведение частичной санитарной обработки открытых участков тела, и одежды физическим способом (обработка раствором ПДФ, ИПП-8,9,11.одежду, обработка паром и кипячением).

Ситуационная задача 2

Больной, 84 лет, доставлен в клинику с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, головокружение, наличие трещин на губах и языке, свищевого хода с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти справа в области премоляров, наличие новообразования в области первого моляра на слизистой оболочке альвеолярного отростка. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад был перелом нижней челюсти в области 16,15, травму получил в зоне повышенной радиации (300 рад.), лечился в госпитале. При осмотре отмечается бледность кожи лица, наличие кровоточащих трещин на губах, участков некроза и покрытых зеленой слизью язв, новообразования на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области первого моляра справа размером 2,0 x 3,0 см., плотно-эластической консистенции, наличие 33 свищевого хода с гнойным отделяемым этой же локализации.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Составьте план лечения

Ответ.

1. Комбинированное радиационное поражение лучевая болезнь - III период, постлучевой остеорадионекроз нижней челюсти справа.

2. Между новообразованием и свищевым ходом связи нет, т.к. новообразование, по всей вероятности, соответствует эпюлису, который больной обнаружил за два года до травмы, а свищевой ход сформировался по мере развития постлучевого остеорадионекроза.

Ситуационная задача 3

Пациенту Ж., 37 лет, поступившему в стационар с диагнозом карбункул подбородочной области слева, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага. Рана дренирована марлевой турундой гипертоническим раствором. Пациенту назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, антикоагулянты, дезинтоксикационные средства, иммунокорректирующие препараты.

При осмотре пациента утром лечащий врач констатировал, что, несмотря на проводимое лечение, его состояние не улучшилось. Объективно:

конфигурация лица изменена за счет инфильтрации отека подбородочной области слева, распространяющегося на прилежащие ткани щеки и поднижнечелюстной областей. Инфильтрат протяженностью 1,5 см болезненный при пальпации. Поднижнечелюстные, подбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,4 x 0,5 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, кожа и подлежащие ткани минерализованы.

Кожа области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями.

На всем протяжении инфильтрата выполнен разрез,

дренированный марлевой турундой гипертоническим раствором.

Рана закрыта стерильной повязкой с лейкопластырной фиксацией.

На момент осмотра рана и повязка сухие, отделяемого под дренажем нет.

Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,6 °С.

Какие лекарственные средства в настоящее время наиболее эффективно обеспечат отток гнойного экссудата из раны?

Ответ:

На современном этапе наиболее эффективно создать отток

гнойного экссудата из раны могут полиэтиленгликоли (левосин, левонорсин, левомиколь), обеспечивающие высокий осмотический эффект мази на водорастворимой основе, который в 30 раз превышает таковой у гипертонических растворов.

Ситуационная задача 4

Пациент И., 27 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острогнойного остеомиелита нижней челюсти справа от зуба 4.8, осложненного абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства.

После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечатим

врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстиляции гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации?
2. Какие виды антисептиков при лечении гнойной раны должны применяться в фазе регенерации?
3. Как обеспечить контроль за безопасностью и эффективностью назначенного лечения?

Ответ:

1. Для инстиляции гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации используют изотонические растворы с анестетиками, ферменты, антисептики, антибиотики.
2. В фазе пролиферации и регенерации должны применяться следующие виды антисептики гнойной раны: химико-биологическая, биохимическая.
3. Назначать лекарственные препараты согласно клиническим рекомендациям, стандартам и инструкциям

Ситуационная задача 5

Пациентка Г., 57 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти фронтального отдела от зубов 3.1, 4.1, осложненного флегмоной дна полости рта. Пациентке была проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага, удалены причинные зубы 3.1 и 4.1.

1. Под каким методом обезболивания следует проводить хирургическое лечение?
2. Какую схему комплексной терапии следует назначить пациентке в указанной клинической ситуации?

Ответ:

1. Внутривенный наркоз
2. Схема общей комплексной патогенетической терапии при флегмонах предусматривает следующие основные позиции: воздействие на микрофлору возбудителя антибактериальными лекарственными средствами (империческая антибактериальная терапия включает антибиотики широкого спектра действия, обладающие тропизмом к ко-стной ткани, сульфаниламидные средства, в частности «Бисептол»; направленная антибактериальная терапия назначается после получения ответа на чувствительность микрофлоры пациента (посевизоперационной раны) к антибактериальным препаратам); нестероидными противовоспалительными и антигистаминными средствами; –дезинтоксикационную терапию; –использование антикоагулянтов (с учетом данных коагулограммы) прямого или непрямого действия; повышение иммунобиологических свойств организма (иммунокоррегирующие средства); –общеукрепляющее воздействие на организм

Тема 9. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области

Ситуационная задача 1

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезненность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит.

Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней челюсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечился в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезненность, обратился к стоматологу.

При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не определяется.

При рентгенологическом исследовании определяется тень в верхней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней

челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаивающегося.

2)Поставьте диагноз.

3)Наметьте план лечения.

Ответ

2)Травматический остеомиелит тела нижней челюсти слева.

3)Следует провести операцию секвестрэктомии, наряду с противовоспалительной и десенсибилизирующей терапией, в послеоперационном периоде показана общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача 2

Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании.

Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. Неделю назад появилась припухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°C, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6,0x7,0 см. Пальпация болезненна.

При рентгенологическом исследовании определяется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1)Поставьте диагноз.

2)Наметьте план лечения.

Ответ

1)Травматический остеомиелит нижней челюсти слева. Несросшийся перелом угла нижней челюсти слева.

2)Следует удалить секвестры, наложить аппарат внеочаговой фиксации и провести противовоспалительную, общеукрепляющую терапию.

Ситуационная задача 3

Больной, 45 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие рубцовой деформации скуловой и инфраорбитальной области, затруднение носового дыхания, чувство тяжести и боли в подглазничной области справа, гнойное отделяемое из носа, приступообразные самопроизвольные боли в области первого верхнего правого моляра.

Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад получил травму лица во время автокатастрофы, первичную хирургическую обработку и репозицию фрагментов проводили в стационаре, отмечает осложненное течение послеоперационного периода, был вскрыт абсцесс подглазничной области.

При осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в подглазничной области справа, отмечается наличие рубцовой деформации подглазничной и скуловой областей справа. Пальпация слабо болезненна. В полости рта: в 16 зубе, имеется пломба на жевательной поверхности, при исследовании зондом пломба удалена, зондирование полости резко болезненно, перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи справа, в периапикальных тканях в области шестого верхнего зуба справа патологических изменений нет.

1)Проведите обоснование диагноза для предотвращения профессиональных ошибок

2)Поставьте диагноз.

3)Какая показана операция?

4)Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 16 зуба?

Ответ

1)Жалобы больного свидетельствуют о воспалительном процессе в верхнечелюстной пазухе справа, данные анамнеза указывают на травматическую этиологию воспаления, данные местного осмотра и рентгенологической картины (понижение прозрачности пазухи) свидетельствуют о том же.

2)Травматический синусит верхнечелюстной пазухи справа.

3)Гайморотомия с наложением соустья с правым нижним носовым ходом.

4)Состояние соответствует, по всей вероятности, пульпиту и для составления плана лечения

синусита значения не имеет, хотя требует неотложной помощи.

Ситуационная задача 4

У пациента, 36 лет, пулевое ранение в области нижней челюсти. Клинически определяется двухсторонний ангулярный перелом нижней челюсти с выраженным смещением ветвей нижней челюсти кнутри. Центральный фрагмент смещен кзади. Кровотечение из раневого канала незначительно. Больной в сознании, отмечает затруднение дыхания, определяется бледность кожных покровов. Нарастает дыхательная недостаточность.

- 1) Чем вызвано появление затрудненного дыхания?
- 2) Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?

Ответ

- 1) Смещение фрагментов нижней челюсти.
- 2) Дислокационная асфиксия.

Ситуационная задача 5

В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недостаточность.

- 1) Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
- 2) Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?

Ответ

- 1) Стенотическая асфиксия - обусловленная нарастанием отека корня языка.
- 2) Набок на стороне поражения лицом вниз.

2.4 Итоговый тестовый контроль

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

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

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

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

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

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

2. поверхностного эпидермиса
 3. поверхностного эпидермиса и капилляров
 4. всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- 52) АСФИКСИЮ ОТ ЗАКУПОРКИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НАЗЫВАЮТ
1. обтурационной
 2. стенотической
 3. клапанной
 4. аспирационной
- 53) АСФИКСИЮ ОТ СДАВЛЕНИЯ ДЫХАТЕЛЬНОЙ ТРУБКИ НАЗЫВАЮТ
1. стенотической
 2. клапанной
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 54) АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ СМЕЩЁННЫМИ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ОРГАНАМИ НАЗЫВАЮТ
1. дислокационной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 55) АСФИКСИЮ ОТ НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СВЯЗИ С ВДЫХАНИЕМ ЖИДКОГО РАНЕВОГО СОДЕРЖИМОГО ИЛИ РВОТНЫХ МАСС НАЗЫВАЮТ
1. аспирационной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. дислокационной
- 56) АСФИКСИЮ ОТ ЧАСТИЧНОГО И ПЕРИОДИЧНОГО ЗАКРЫТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПОВРЕЖДЁННЫМИ ТКАНЯМИ С ЗАТРУДНЕНИЕМ ВДОХА ИЛИ ВЫДОХА НАЗЫВАЮТ
1. клапанной
 2. стенотической
 3. обтурационной
 4. аспирационной
- 57) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПАРАСТЕЗИЯ КРЫЛА НОСА И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ВОЗНИКАЕТ ВСЛЕДСТВИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ _____ НЕРВА
1. II ветви тройничного
 2. I ветви тройничного
 3. III ветви тройничного
 4. лицевого
- 58) СМЕЩЕНИЕ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЧАЩЕ ПРОИСХОДИТ
1. вниз
 2. вверх
 3. кпереди
 4. кзади
- 59) КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ
1. деформации в области скуловой кости
 2. уплотнения кожи
 3. болей спастического характера
 4. гиперемия кожи

- 60) ОДНОСТОРОННЕЕ ПОРАЖЕНИЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ
1. синдроме Гольденхара
 2. тетраде Фалло
 3. синдроме Пьера-Робина
 4. врожденном черепно-ключичный дизостозе
- 61) К УВЕЛИЧЕНИЮ ОБЪЕМА СКУЛОВОЙ КОСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ
1. саркома
 2. травматическое поражение
 3. радикулярная киста
 4. капиллярная гемангиома
- 62) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. смещение костей носа
 2. подкожная эмфизема
 3. затруднение носового дыхания
 4. гематома
- 63) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 2. артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. нижняя макрогнатия
 4. снижение высоты прикуса
- 64) ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. снижение высоты суставного бугорка
 2. артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. нижняя макрогнатия
 4. снижение высоты прикуса
- 65) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. невозможность сомкнуть зубы
 2. слезотечение
 3. снижение высоты прикуса
 4. заложенность в ухе
- 66) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ограничение открывания рта
 2. верхняя макрогнатия
 3. снижение высоты прикуса
 4. укорочение ветвей нижней челюсти
- 67) О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
1. положительный тест двойного пятна
 2. положительная реакция Вассермана
 3. симптом Малевича
 4. снижение количества альбуминов в крови
- 68) МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРОВОДИМЫМ ДЛЯ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ В РЕЦИПИЕНТНОЙ И ДОНОРСКОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. ультразвуковая доплерография
 2. контрастная ангиография
 3. ортопантограмма
 4. сцинтиграфия
- 69) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
1. рентгенография

2. биопсия
3. электроодонтодиагностика (ЭОД)
4. радиоизотопное исследование
- 70) КОНТРОЛЬ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА В ПЕРВЫЕ 3-5 СУТОК ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ
 1. доплерографии
 2. компьютерной томографии
 3. ангиографии
 4. сиалографии
- 71) МОДЕЛИРОВАНИЕ РЕВАСКУЛЯРИЗИРОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРИ ДЕФОРМАЦИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПО
 1. стериолитографической модели
 2. панорамной рентгенограмме
 3. ортопантограмме
 4. обзорной рентгенограмме
- 72) ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ПЛАНИРОВАНИЕ МОДЕЛИРОВАНИЯ МАЛОБЕРЦОВОГО ТРАНСПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПО
 1. компьютерной томограмме
 2. ортопантограмме
 3. панорамной рентгенограмме
 4. боковой рентгенограмме нижней челюсти
- 73) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСИТСЯ
 1. рентгенография
 2. биопсия
 3. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 4. радиоизотопное исследование
- 74) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ВНУТРИКОСТНАЯ ГЕМАНГИОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ
 1. компьютерная томография
 2. цитологическое
 3. радиоизотопное
 4. биохимическое
- 75) К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ
 1. нарушение прикуса, боль, припухлость
 2. боль, сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
 4. общее недомогание, головная боль
- 76) К ОСНОВНЫМ ЖАЛОБАМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСЯТ
 1. нарушение прикуса, боль, припухлость
 2. боль, сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха
 4. общее недомогание, головная боль
- 77) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
 1. уменьшена
 2. деформирована
 3. увеличена
 4. не изменена
- 78) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
 1. увеличена
 2. уменьшена
 3. деформирована

4. несимметрична
- 79) СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
 1. уплощена
 2. уменьшена
 3. увеличена
 4. несимметрична
- 80) РАСЧЁТЫ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
 1. телерентгенограмме
 2. ортопантомограмме
 3. панорамной рентгенограмме
 4. компьютерной томограмме
- 81) РАСЧЁТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ПО ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОВОДИТ
 1. ортодонт
 2. ортопед
 3. терапевт
 4. хирург
- 82) РАСЧЁТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
 1. диагностическим моделям и телерентгенограмме
 2. ортопантомограмме
 3. компьютерной томограмме
 4. панорамной рентгенограмме
- 83) ПРИ ПЕРЕВЯЗКЕ НАРУЖНОЙ СОННОЙ АРТЕРИИ НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ТОПОГРАФИЧЕСКУЮ АНАТОМИЮ СОСУДИСТО-НЕРВНОГО ПУЧКА ШЕИ, КОТОРАЯ ИМЕЕТ СЛЕДУЮЩЕЕ СТРОЕНИЕ
 1. снаружи располагается внутренняя яремная вена, кнутри от неё общая сонная артерия, далее – блуждающий нерв
 2. снаружи располагается общая сонная артерия, кнутри от неё внутренняя яремная вена, далее – блуждающий нерв
 3. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него внутренняя яремная вена, далее – общая сонная артерия
 4. снаружи располагается блуждающий нерв, кнутри от него общая сонная артерия, далее – внутренняя яремная вена
- 84) ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С
 1. восстановления правильного анатомического положения органа
 2. трахеотомии
 3. удаления инородного тела
 4. коникотомии
- 85) ПРИ ДВУСТОРОННЕМ МЕНТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГРОЗА ДЛЯ ЖИЗНИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ НАРУШЕНИИ ФУНКЦИИ
 1. дыхания
 2. жевания
 3. глотания
 4. речи
- 86) ПРИ «ИНДИЙСКОМ» СПОСОБЕ РИНОПЛАСТИКИ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ БЕРУТ
 1. со лба
 2. со щеки
 3. с шеи
 4. с плеча
- 87) КСЕНОТРАНСПЛАНТАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ, ВЗЯТЫЙ У
 1. животного

2. близкого родственника
 3. самого пациента
 4. трупа
- 88) СОГЛАСНО ОСНОВНОМУ ПРАВИЛУ ПЛАСТИКИ ПРИ РАБОТЕ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ СЛЕДУЕТ
1. исключить натяжение перемещённых тканей
 2. не ушивать рану наглухо
 3. не выполнять мобилизацию тканей
 4. минимизировать длину разреза
- 89) ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ
1. кожи и подкожно-жировой клетчатки
 2. расщепленной кожи
 3. кожи и мышцы
 4. кожи, мышцы и кости
- 90) СВОБОДНАЯ ПЕРЕСАДКА ЖИРОВОЙ ТКАНИ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ
1. контурной пластике
 2. замещении дефектов кожи
 3. миопластике
 4. хейлопластике
- 91) ШИНА ПОРТА ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. при полном отсутствии зубов
 2. при частичной адентии
 3. с дефектом кости
 4. с переломом корней зубов
- 92) ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
1. ветвей челюсти
 2. углов челюсти
 3. первых премоляров
 4. подбородка
- 93) НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИНТРАОПЕРАЦИОННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. повреждение нижнеальвеолярной артерии
 2. слюнной свищ
 3. ишемия тканей операционной области
 4. парез маргинальной ветви лицевого нерва
- 94) ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
1. спицей
 2. минипластинами
 3. стальной проволокой
 4. бронзово-алюминиевой лигатурой
- 95) ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ, ПОКАЗАННЫМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ОСЛОЖНИВШЕМСЯ НАГНОЕНИЕМ КОСТНОЙ РАНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. внеочаговый остеосинтез
 2. трансочаговый остеосинтез
 3. остеосинтез на костными конструкциями
 4. внутрикостный шов
- 96) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА
1. Порта

2. Тигерштедта
 3. Ванкевич
 4. гладкая шина-скоба
- 97) МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
1. титановыми винтами
 2. спицей
 3. шурупами
 4. проволочной лигатурой
- 98) РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
1. элеватором Волкова
 2. крючком Лимберга
 3. прямым элеватором
 4. носовым зеркалом
- 99) ПОЗДНЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ СПУСТЯ
1. 48 часов
 2. 24 часа
 3. 8-12 часов
 4. 8 суток
- 100) ВТОРИЧНУЮ ХИРУРГИЧЕСКУЮ ОБРАБОТКУ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ ПРИ
1. медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса
 2. отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций
 3. эпителизации раны
 4. на 4-5 сутки
- 101) ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОМ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. репозиция скуловой кости
 2. остеотомия верхней челюсти
 3. верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
 4. радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков
- 102) ОТСРОЧЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 2. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 3. первичной хирургической обработке раны
 4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- 103) ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ
1. после отторжения струпа и развития грануляций
 2. как можно раньше
 3. на 5 сутки после ожога
 4. с момента эпителизации
- 104) МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
1. встречных треугольных
 2. на питающей ножке
 3. на сосудистом анастомозе
 4. свободных кожных лоскутов
- 105) МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ НОСИТ НАЗВАНИЕ МЕТОДИКИ

1. Лимберга
2. Миларда
3. Седилло
4. Аббе

106) ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ ВСТРЕЧНЫХ ТРЕУГОЛЬНЫХ ЛОСКУТОВ ПРОИСХОДИТ

1. смена диагоналей
2. смена шовного материала
3. смена катетов
4. расхождение краёв раны

107) НАИБОЛЕЕ МОБИЛЬНЫМ ЛОСКУТОМ ПРИ ПЛАСТИКЕ ПО ЛИМБЕРГУ ЯВЛЯЕТСЯ _____ С _____ УГЛОМ

1. меньший; острым
2. меньший; тупым
3. больший; тупым
4. меньший; прямым

108) МЕТОД УШИВАНИЯ ТКАНЕЙ НА СЕБЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

1. послойным ушиванием раны без мобилизации краёв
2. мобилизацией краёв раны с фиксацией пластырем
3. наложением только погружных швов
4. наложением только разгружающих швов

109) ОСНОВНЫМ ПРАВИЛОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. отсутствие натяжения в краях раны
2. недопустимость мобилизации тканей
3. минимальная длина разреза
4. хороший гемостаз

110) ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ РАВНОМЕРНЫХ УГЛАХ ФИГУР

1. происходит одинаково в обе стороны
2. не происходит
3. происходит равномерно в сторону больших углов
4. происходит равномерно в сторону дополнительных разрезов

111) ПРИРОСТ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА

1. вершины большего
2. основания большего
3. вершины малого
4. основания меньшего

112) УБЫЛЬ ТКАНЕЙ ПРИ НЕРАВНЫХ УГЛАХ ФИГУР ПРОИСХОДИТ У _____ УГЛА

1. основания меньшего
2. основания большего
3. вершины большего
4. вершины малого

113) ВИДОМ ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЁННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА, ЯВЛЯЕТСЯ

1. пластика лоскутами на ножке
2. мобилизация краёв раны
3. пластика треугольными лоскутами
4. пересадка свободной кожи

114) ПРИ «ИНДИЙСКОЙ» РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ С

1. лобной области
2. шеи

3. щёчной области
 4. губо-щёчной складки
- 115) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. обезболивание
 2. разрез
 3. определение показаний
 4. планирование вмешательства
- 116) ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ
1. планирование
 2. разрез
 3. обезболивание
 4. определение показаний
- 117) МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЁННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НАЗЫВАЕТСЯ МЕТОДИКОЙ
1. Лимберга
 2. Лексера
 3. Седилло
 4. Крайля
- 118) ПРИ ПЛАСТИКЕ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ФИКСАЦИЯ ЛОСКУТОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. узловым швом
 2. непрерывным швом
 3. гипсовой повязкой
 4. разгрузочными швами
- 119) МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ПО ЛАПЧИНСКОМУ ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ ОБЛАСТИ
1. подподбородочной
 2. теменной
 3. затылочной
 4. лобной
- 120) МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ ЛЕКСЕРА ФОРМИРУЮТ ИЗ ТКАНЕЙ
1. теменной области
 2. затылочной области
 3. подподбородочной области
 4. лобной области
- 121) МЕТОД ЗАКРЫТИЯ ДЕФЕКТА СКОЛЬЗЯЩИМ ЛОСКУТОМ БЫЛ ПРЕДЛОЖЕН
1. Шимановским
 2. Рауэром
 3. Диффенбахом
 4. Лимбергом
- 122) МЕТОД ФОРМИРОВАНИЯ ДУБЛИРОВАННОГО ЛОСКУТА ПРЕДЛОЖЕН
1. Рауэром
 2. Брунсом
 3. Диффенбахом
 4. Лимбергом
- 123) ДУБЛИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ ПО РАУЭРУ ФОРМИРУЕТСЯ НА
1. плече и груди
 2. плече и животе
 3. груди и животе
 4. груди и шее

- 124) ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТА БРОВЕЙ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ ФОРМИРУЮТ
1. на волосистой части головы
 2. в заушной области
 3. в лобной области
 4. в области губо-щёчной складки
- 125) СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКОЙ КОЖИ НАЗЫВАЕТСЯ
1. пересадка кожного аутотрансплантата
 2. перенос кожи стебельчатого лоскута
 3. перемещение кожного лоскута на ножке
 4. перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
- 126) СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ФИКСИРУЮТ НА РАНЕ
1. узловыми швами
 2. давящей повязкой
 3. узловыми швами и давящей повязкой
 4. парафиновой повязкой
- 127) МАКСИМАЛЬНЫЕ РАЗМЕРЫ СВОБОДНОГО КОСТНОГО АУТОТРАНСПЛАНТАТА СОСТАВЛЯЮТ НЕ БОЛЕЕ (В СМ)
1. 6
 2. 3
 3. 4
 4. 2
- 128) ДЛЯ КОНТУРНОЙ ПЛАСТИКИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. мышцы
 2. кость
 3. хрящ
 4. титановые минипластины
- 129) СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
1. завершением образования костной мозоли
 2. завершением формирования рубцов
 3. завершением формирования сосудов
 4. восстановлением иннервации
- 130) АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
1. гребня подвздошной кости
 2. костей стопы
 3. бедренной кости
 4. ключицы
- 131) НАИБОЛЕЕ ПОДХОДЯЩИМИ ДОНОРСКИМ МЕСТОМ ДЛЯ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ НА ЛИЦО ЯВЛЯЕТСЯ
1. внутренняя поверхность плеча
 2. передняя поверхность живота
 3. задняя поверхность шеи
 4. кожа предплечья
- 132) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ ЭЛЕВАТОРОМ КАРАПЕТЯНА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. тампоном, пропитанным Йодоформом
 2. коллодийной повязкой
 3. пластмассовым вкладышем
 4. наружными швами
- 133) ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СРЕДИННОЙ РАСЩЕЛИНЕ НОСА ПРОВОДИТСЯ НА ЧАСТИ НОСА

1. костно-хрящевой
 2. кожной
 3. хрящевой
 4. костной
- 134) УСТРАНЕНИЕ СЕДЛОВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ НОСА ПРОВОДИТСЯ ПУТЁМ
1. введения хрящевого трансплантата
 2. сшивания четырёхугольных хрящей
 3. введения костного трансплантата
 4. сшивания крыльных хрящей
- 135) ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РАЗРЕЗ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПРОХОДИТ ОТ
1. 1.6 до 2.6
 - 1.3 до 2.3
 - 1.4 до 2.4
 2. бугра до 4.5
- 136) ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ПО ЛЕ ФОР
1. I
 2. II и срединному шву
 3. III
 4. IV
- 137) ОСТЕОТОМИЮ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЁ СУЖЕНИИ ПРОВОДЯТ ПО ЛЕ ФОР
1. I и срединному шву
 2. II
 3. III
 4. I
- 138) ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
1. 1.5: 2.5
 2. 1.3: 2.3
 3. 1.2: 2.2
 4. 3.5: 4.5
- 139) ПРИ РЕТРО ПОЛОЖЕНИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЕЁ ОСТЕОТОМИИ СМЕЩЕНИЕ ПРОВОДЯТ
1. вперёд
 2. вверх
 3. назад
 4. вправо
- 140) СЛИЗИСТАЯ ОБОЛОЧКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ СИНУСОВ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
1. не удаляется
 2. удаляется частично в области дна
 3. удаляется полностью
 4. удаляется частично в области медиальной стенки носа
- 141) ФИКСАЦИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ПРОВОДИТСЯ В ОБЛАСТИ
1. скулоальвеолярного гребня и грушевидного отверстия
 2. скулоальвеолярного гребня с двух сторон
 3. скулоальвеолярного гребня и бугров с двух сторон
 4. бугров
- 142) ОСТЕОТОМИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВНУТРИРотовым СПОСОБОМ ПРОВОДИТСЯ ПО
1. Обвеззору

2. Тигершедту
 3. Евдокимову
 4. Рудько
- 143) ОСНОВНОЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
 2. иссечении рубцов
 3. рассечении рубцов
 4. вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- 144) К ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОТНОСИТСЯ
1. метод Адамса
 2. остеосинтез
 3. дуга Энгля
 4. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
- 145) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ШИНА
1. Порта
 2. Ванкевич
 3. Тигершедта
 4. Збаржа
- 146) МЕТОДОМ ФИКСАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ НОСА ЯВЛЯЕТСЯ
1. тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия
 2. пращевидная повязка
 3. тампонада носовых ходов
 4. остеосинтез
- 147) ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. крючок Лимберга
 2. распатор
 3. зажим Кохера
 4. крючок Фарабефа
- 148) ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
1. тампоном, пропитанным йодоформом
 2. коллодийной повязкой
 3. пластмассовым вкладышем
 4. наружными швами
- 149) РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)
1. 24
 2. 8-12
 3. 48
 4. 72
- 150) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ
1. 24-48 часов
 2. 8-12 часов
 3. 3 суток
 4. 8 суток
- 151) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ
1. противостолбнячной сыворотки

2. антирабической сыворотки
3. стафилококкового анатоксина
4. гамма-глобулина

152) ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ

1. ранней и окончательной
2. частичной и ранней
3. своевременной и частичной
4. частичной и поздней

153) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. заклиниванием между отломками
2. наружными швами
3. пластмассовым вкладышем
4. тампоном, пропитанным Йодоформом

154) ПОСЛЕ РЕПОЗИЦИИ ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ СО СМЕЩЕНИЕМ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. тампоном, пропитанным йодоформом
2. коллодийной повязкой
3. пластмассовым вкладышем
4. наружными швами

155) РАННЯЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ (ЧАС)

1. 24
2. 8-12
3. 48
4. 72

156) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА ТРАВМЫ В ТЕЧЕНИЕ

1. 24-48 часов
2. 8-12 часов
3. 3 суток
4. 8 суток

157) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ

1. противостолбнячной сыворотки
2. антирабической сыворотки
3. стафилококкового анатоксина
4. гамма-глобулина

158) ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПО ВОЗМОЖНОСТИ ДОЛЖНА БЫТЬ

1. ранней и окончательной
2. частичной и ранней
3. своевременной и частичной
4. частичной и поздней

159) ФИКСАЦИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПОСЛЕ ЕЁ РЕПОЗИЦИИ КРЮЧКОМ ЛИМБЕРГА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

1. заклиниванием между отломками
2. наружными швами
3. пластмассовым вкладышем
4. тампоном, пропитанным Йодоформом

- 160) СРОЧНОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
 2. лечении осложнений воспалительного характера
 3. иммобилизации переломов костей лица
 4. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- 161) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ УСЛОВИЕМ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОТТЯГИВАНИЕ ЧЕЛЮСТИ
1. книзу
 2. в сторону
 3. вверх
 4. в сторону вывиха
- 162) ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОКАЗАНО
1. вправление головки в суставную впадину
 2. проведение иммобилизации
 3. проведение резекции суставного бугорка
 4. прошивание суставной капсулы
- 163) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
1. анатомической форме
 2. восприятию со стороны окружающих
 3. общему состоянию больного
 4. адекватности восприятия лечения
- 164) ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОЦЕНИВАЕТСЯ ПО
1. функции
 2. восприятию со стороны окружающих
 3. общему состоянию больного
 4. адекватности восприятия лечения
- 165) ШВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СНИМАЮТСЯ НА (СУТ.)
1. 7-10
 2. 2-3
 3. 3-5
 4. 12-15
- 166) ЛЕЧЕНИЕ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. комплексным
 2. хирургическим
 3. консервативным
 4. физиотерапевтическим
- 167) ЭКСТРЕННОЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЛИЦА ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
 2. лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
 3. первичной хирургической обработке раны
 4. временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица
- 168) К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
1. трахеотомия
 2. введение воздуховода
 3. удаление инородного тела
 4. восстановление анатомического положения органа

- 169) К ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЯМ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ ОТНОСИТСЯ
1. восстановление анатомического положения органа
 2. введение воздуховода
 3. удаление инородного тела
 4. трахеотомия
- 170) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ
1. горизонтально
 2. под углом к средней линии
 3. вертикально по средней линии
 4. под углом к боковой поверхности языка
- 171) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ЯЗЫК ПРОШИВАЕТСЯ
1. на границе задней и средней трети
 2. в передней трети
 3. по средней линии
 4. у корня
- 172) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. общее обезболивание (наркоз)
 2. местное обезболивание
 3. нейролептаналгезия
 4. комбинированное обезболивание
- 173) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. общее обезболивание (наркоз)
 2. комбинированное обезболивание
 3. местное обезболивание
 4. нейролептаналгезия
- 174) ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. обезболивание по Дубову
 2. общее обезболивание (наркоз)
 3. нейролептаналгезия
 4. сочетанное обезболивание
- 175) ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. рефлексорная контрактура жевательных мышц
 2. привычный вывих
 3. выраженная гиперсаливация
 4. деформация ветви челюсти
- 176) ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЭПИТАЛИЗАЦИИ РАНЫ НАЗНАЧАЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА ГРУППЫ
1. кератопластических
 2. гликозидов
 3. антибактериальных
 4. антигистаминных
- 177) ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ СКУЛОВОЙ КОСТИ ПРИ ЕЁ ПЕРЕЛОМЕ ПРИМЕНЯЮТ
1. элеватор Карапетяна
 2. распатор
 3. зажим Кохера
 4. крючок Фарабефа
- 178) ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
1. наложение трахеостомы

2. введение воздуховода
 3. наложение бимаксиллярных шин
 4. прошивание и выведение языка
- 179) КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие рецидива
 2. объём опухоли
 3. вид первичной опухоли
 4. характер метастазирования
- 180) «ТРУБОЧНЫМ» СТОЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ
1. протёртое гомогенное питание
 2. диета при ксеростомии
 3. диета после резекции желудка
 4. диета при заболеваниях ЖКТ
- 181) ДЛЯ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПЛАСТИКИ ИСПОЛЬЗУЮТ
1. физиотерапию
 2. массаж
 3. СВЧ гипертермию
 4. криотерапию
- 182) ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. физиотерапия
 2. криотерапия
 3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 183) ПРИ НАРУШЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ЛОСКУТЕ НА НОЖКЕ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. ГБО-терапия
 2. криотерапия
 3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 184) ДЕРМАБРАЗИЮ ПЕРЕСАЖЕННОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПРОВОДЯТ ПРИ
1. гиперпигментации
 2. грубых рубцовых изменениях
 3. рубцовых изменениях слизистой оболочки
 4. образовании келлоидного рубца
- 185) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. ГБО-терапия
 2. криотерапия
 3. гидромассаж
 4. электрокоагуляция
- 186) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИЖИВЛЕНИЯ СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРОВОДИТСЯ
1. физиотерапия
 2. гидромассаж
 3. криотерапия
 4. химиотерапия
- 187) РАДИОИЗОТОПНОЕ СЦИНЦИОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ РЕВАСКУЛЯРИЗОВАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ВПЕРВЫЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА (СУТ.)
1. 5

2. 2

3. 3

4. 4

188) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ

1. ГБО-терапию
2. криотерапию
3. химиотерапию
4. дезинтоксинационную терапию

189) ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ

1. несколько часов после операции или на следующий день
2. 4 дня
3. 5 дней
4. 7 дней

190) ДЛЯ УСКОРЕНИЯ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ

1. ГБО-терапию
2. криотерапию
3. гормонотерапию
4. химиотерапию

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

1. 1 раз в неделю
2. 1 раз в месяц
3. ежедневно
4. 3 раза в месяц

192) ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ НАЗНАЧАЮТ ОСТЕОТРОПНЫЕ АНТИБИОТИКИ

1. Линкомицин
2. Олететрин
3. Пенициллин
4. Тетрациклин

193) ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

1. остеотомией костей носа
2. мануальным вправлением
3. тампонадой носа
4. наложением повязки из коллодия

194) ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ ПЕРЕЛОМА ДЕФОРМАЦИЮ КОСТЕЙ НОСА УСТРАНЯЮТ

1. контурной пластикой
2. мануальным вправлением
3. тампонадой носа
4. наложением повязки из коллодия

195) СПОСОБОМ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. контурная пластика
2. остеотомия скуловой кости
3. радикальная гайморотомия
4. репозиция отломков

- 196) ИДЕНТИЧНОСТЬ ЦВЕТА ПЕРЕСАЖЕННОЙ КОЖИ И ОКРУЖАЮЩЕЙ КОЖИ ЛИЦА ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ПОМОЩИ
1. деэпидермизации
 2. гидромассажа
 3. физиотерапии
 4. криотерапии
- 197) К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
1. «симптом ступени», диплопию
 2. деформацию носа, гематому
 3. нарушение прикуса
 4. симптом Венсана
- 198) К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ ОТНОСЯТ
1. «симптом ступени», затруднённое открывание рта
 2. деформацию носа, гематому
 3. парез ветвей лицевого нерва
 4. кровотечение из носа, головокружение
- 199) ПРИ ОЖОГЕ III(Б) СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
1. эпидермис и дерма
 2. кожа и подлежащие ткани
 3. поверхностные слои эпидермиса
 4. поверхностный эпидермис и капилляры
- 200) ПРИ ОЖОГЕ IV СТЕПЕНИ ПОРАЖАЮТСЯ
1. кожа и подлежащие ткани
 2. поверхностный эпидермис и нервы
 3. поверхностный эпидермис и капилляры
 4. все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- 201) К ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ОСТРОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) В НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОТНОСЯТ
1. боль, ограничение открывания рта
 2. тризм жевательных мышц
 3. околоушный гипергидроз
 4. боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующую в ВНЧС
- 202) МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ ИЗ
1. титана
 2. нержавеющей стали
 3. бронзы
 4. алюминия
- 203) О НАЛИЧИИ ЛИКВОРЕИ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ НОСА ИЛИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ
1. положительный тест двойного пятна
 2. повышение СОЭ в крови
 3. лейкоцитоз
 4. снижение гемоглобина в крови
- 204) НАРУШЕНИЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОБУСЛОВЛЕНО
1. ущемлением нижнего альвеолярного нерва
 2. отёком костного мозга
 3. сдавлением нерва гематомой
 4. развитием ишемии
- 205) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. открытый прикус
 2. кровотечение из носа
 3. разрыв слизистой альвеолярного отростка
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 206) К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРЕЛОМОВ СКУЛОВОЙ КОСТИ, КОСТЕЙ НОСА И СКУЛОВОЙ ДУГИ ОТНОСЯТ
1. вторичные деформации лицевого черепа
 2. гипосаливацию
 3. нарушение прикуса
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 207) НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. кровотечение
 2. гипосаливация
 3. тромбофлебит вен лица
 4. потеря сознания
- 208) К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ ТРАВМАХ (В ТОМ ЧИСЛЕ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ) ОТНОСЯТ
1. слюнные свищи
 2. дисфонию
 3. ОРВИ
 4. потерю зрения
- 209) ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАНЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. рубцовая контрактура
 2. асфиксия
 3. гиперсаливация
 4. дисфункция ВНЧС
- 210) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ
1. гистологическое исследование
 2. радиоизотопное исследование
 3. электроодонтодиагностика
 4. контрастная сиалография
- 211) ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА «ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ СКУЛОВОЙ КОСТИ» ПРОВОДИТСЯ
1. компьютерная томография
 2. радиоизотопное исследование
 3. мастикациография
 4. биохимический анализ крови
- 212) ДИАГНОЗ "АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС)" СТАВЯТ НА ОСНОВАНИИ
1. клинико-рентгенологического исследования
 2. данных клинического анализа крови
 3. положительного теста двойного пятна
 4. кожных проб
- 213) ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ
1. хирургическое
 2. консервативное
 3. терапевтическое
 4. ортопедическое
- 214) ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. вправление вывиха
 2. медикаментозное
 3. пращевидная повязка
 4. ортопедическое
- 215) РАСТВОРОМ АНТИСЕПТИКА, КОТОРЫЙ МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ РАНЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. хлоргексидина биглюконата 0,05%
 2. натрия гидрокарбоната 10%
 3. спиртовой йода 2%
 4. линкомицина гидрохлорида 30%
- 216) МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ранняя и надёжная иммобилизация отломков
 2. временная иммобилизация отломков
 3. отсроченная иммобилизация отломков
 4. физиотерапия
- 217) НОРМАЛИЗАЦИЯ ТОНУСА ЖЕВАТЕЛЬНОЙ МУСКУЛАТУРЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ
1. дисфункциональных заболеваниях ВНЧС
 2. вторичном деформирующем остеоартрозе
 3. анкилозе
 4. неартрозе
- 218) ДЕКУБИТАЛЬНАЯ ЯЗВА ВЫЗВАНА ФАКТОРОМ
1. механическим
 2. химическим
 3. трофическим
 4. физическим
- 219) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ
1. гипотензивные
 2. антибиотики
 3. десенсебилизирующие
 4. анальгетики
- 220) ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ОКСИГЕНАЦИИ ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ
1. полярографию
 2. миографию
 3. рентгенографию
 4. томографию
- 221) ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО КРОВотоКА ТКАНЕЙ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВЕСТИ
1. фотоплетизмографию
 2. термографию
 3. рентгенографию
 4. электромиографию
- 222) РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. лечебная физкультура
 2. металло-полимерный остеосинтез

3. двучелюстное шинирование
 4. фиксирующая подбородочно-теменная повязка
- 223) ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВЫЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
1. пальпации
 2. перкуссии
 3. постановки жевательных проб
 4. определения симптома «двойного пятна»
- 224) ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА, КАК ПРАВИЛО, ПРОИСХОДИТ ПРИ
1. суббазальном переломе верхней челюсти
 2. переломе скуловых костей
 3. суборбитальном переломе верхней челюсти
 4. комбинированных повреждениях верхней челюсти
- 225) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. открытый прикус
 2. разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка
 3. гипосаливация
 4. смещение средней линии
- 226) УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ ПЕРЕЛОМА
1. верхней челюсти
 2. нижней челюсти
 3. скуловых костей с обеих сторон
 4. альвеолярного отростка верхней челюсти
- 227) СПОСОБ УСТРАНЕНИЯ ДЕФОРМАЦИИ СКУЛОВОЙ ОБЛАСТИ БЕЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПОСЛЕ ЗАСТАРЕЛОГО ПЕРЕЛОМА СКУЛОВОЙ КОСТИ СОСТОИТ В
1. контурной пластике
 2. остеотомии скуловой кости
 3. радикальной гайморотомии с репозицией отломков
 4. проведении спиц Кишнера по методу Макиенко
- 228) ОТСРОЧЕННАЯ ПЕРВИЧНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РАН ЛИЦА ПРОВОДИТСЯ С МОМЕНТА РАНЕНИЯ В ТЕЧЕНИЕ
1. 24-48 часов
 2. 8-12 часов
 3. 3 суток
 4. 8 суток
- 229) РАННИЙ ВТОРИЧНЫЙ ШОВ ПРИ РАНЕНИЯХ ЛИЦА НАКЛАДЫВАЮТ ПОСЛЕ
1. отторжения некротизированных тканей
 2. появления грануляций
 3. эпителизации раны
 4. первичной хирургической обработки
- 230) ДЛЯ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ
1. антибактериальных
 2. антигистаминных
 3. НПВС
 4. антикоагулянтов

- 231) ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ
1. терял ли больной сознание и на какое время
 2. находился ли больной на улице
 3. находился ли больной на рабочем месте
 4. кем была оказана первая помощь
- 232) ПРИЁМ САФАРА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ
1. обеспечения проходимости верхних дыхательных путей
 2. выдвижения нижней челюсти вперёд
 3. открывания рта
 4. изменения положения головы
- 233) ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ (ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТРАХЕОСТОМИЯ, УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ), НАЗЫВАЮТСЯ
1. экстренные
 2. бескровные
 3. паллиативные
 4. радикальные
- 234) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА ЛЕЗВИЕ СКАЛЬПЕЛЯ ДОЛЖНО РАССЕКАТЬ ПОКРОВНЫЕ ТКАНИ ПОД УГЛОМ (ГРАДУСЫ)
1. 90
 2. 45
 3. 30
 4. 60
- 235) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ ДЕРЖАТ
1. как пишущее перо или смычок
 2. вертикально
 3. горизонтально
 4. с углом наклона 45°
- 236) ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ ХОД ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ
1. параллельно нерву
 2. перпендикулярно нерву
 3. отступая 2 см от нерва
 4. отступая 0,5 см от нерва
- 237) БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ НА
1. моляры нижней челюсти справа и слева
 2. углы нижней челюсти
 3. фронтальную группу зубов
 4. моляры верхней челюсти слева и справа
- 238) ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СРЕДИННЫЙ ФРАГМЕНТ
1. смещается назад и вниз
 2. смещается назад и вверх
 3. смещается вперёд и вниз
 4. не смещается
- 239) ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БОКОВЫЕ ФРАГМЕНТЫ
1. смещаются вверх и вовнутрь
 2. смещаются вниз и вовнутрь
 3. смещаются вверх и вперёд

4. не смещаются
- 240) СМЫКАНИЕ ПЕРЕДНИХ ЗУБОВ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ ТЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОИСХОДИТ ПО ТИПУ ПРИКУСА
 1. открытого
 2. дистального
 3. прогнатического
 4. прогенического
- 241) ПРИЧИНОЙ ДЕФЕКТОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ БЫТЬ
 1. сифилис
 2. пародонтит
 3. гингивит
 4. пародонтоз
- 242) ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ЗУБОЧЕЛЮСТНЫХ ДЕФОРМАЦИЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. пародонтит
 2. остеохондроз позвоночника
 3. пульпит
 4. гингивит
- 243) ОСНОВНЫМИ ЖАЛОБАМИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
 1. нарушение прикуса, боль
 2. сухость во рту, кровоподтёки
 3. резкая светобоязнь, снижение слуха
 4. головокружение, тошнота
- 244) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. патологическая подвижность костных фрагментов
 2. повреждение слизистой оболочки рта
 3. обильное кровотечение из крупных сосудов
 4. боль при наклоне головы в сторону поражения
- 245) СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
 1. подбородок
 2. резцы нижней челюсти
 3. ментальное отверстие
 4. венечные отростки
- 246) ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ДВУСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВЫХ ОТРОСТКОВ СО СМЕЩЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. открытый прикус
 2. разрыв слизистой альвеолярного отростка
 3. невозможность открыть рот
 4. смещение центральной линии в сторону
- 247) ПРИЧИНОЙ ОГРАНИЧЕНИЯ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. смещение отломков
 2. гематома в мягких тканях
 3. воспалительная контрактура
 4. травма жевательных мышц
- 248) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. компьютерная томография
 2. прицельная рентгенография
 3. ортопантомография

4. ультразвуковое исследование
- 249) УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ О _____ ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
 1. суббазальном
 2. суборбитальном
 3. субназальном
 4. субантральном
- 250) ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ликворея
 2. кровотечение из носа
 3. подвижность верхней челюсти
 4. кровотечение из наружного слухового прохода
- 251) ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ДИПЛОПИИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛО-ГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. изменение положения глазного яблока
 2. механическое повреждение глазного яблока
 3. травмирование зрительного нерва
 4. эмфизема в параорбитальной клетчатке
- 252) ПРИ ПЕРЕЛОМЕ СКУЛОВОЙ КОСТИ ДЛЯ РЕПОЗИЦИИ ПРИМЕНЯЮТ
 1. крючок Лимберга
 2. крючок Фарабефа
 3. зажим Кохера
 4. зажим Бильрота
- 253) ФИКСАЦИЯ ФРАГМЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ НОСА СО СМЕЩЕНИЕМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
 1. гипсовой повязки
 2. титановых пластин
 3. пращевидной повязки
 4. индивидуальной шины
- 254) ДЛЯ ИММОБИЛИЗАЦИИ ОТЛОМКОВ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ БЕЗЗУБЫХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТ ШИНУ
 1. Порга
 2. Ванкевич
 3. Тигершtedта
 4. Васильева
- 255) ПОКАЗАНИЕМ К ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЮ НИЖНЕЙ СТЕНКИ ГЛАЗНИЦЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ограничение подвижности глазного яблока
 2. кровоизлияние в области верхнего и нижнего век
 3. снижение остроты зрения на стороне поражения
 4. смещение скуловой кости в области скуло-лобного шва
- 256) ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНОСИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЮТ
 1. классическим
 2. острым
 3. шагающим
 4. ускоренным
- 257) ДЛЯ ВРЕМЕННОЙ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. межчелюстное лигатурное связывание
 2. наложение шин Тигершtedта

3. остеосинтез титановыми пластинами
4. наложение шин Васильева

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

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

3.1. Форма промежуточной аттестации – зачет

Вопросы зачета

1. Алгоритмы обследования больных с патологией челюстно-лицевой области
2. Правила сбора жалоб, анамнеза, объективного обследования больных (их законных представителей)
3. Показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования больных с патологией челюстно-лицевой области.
34. Приобретенные и врожденные деформации скуло-орбитального комплекса, носа, нижней челюсти, верхней челюсти. Клиника, дифференциальная диагностика.
5. Показания и противопоказания к пластическим операциям. Осложнения. Меры профилактики.
6. Рентгенологические методы исследования аномалий развития зубо-челюстной системы (томография височно-нижнечелюстного сустава, компьютерная томография, телерентгенография, магнитно-резонансная томография)
7. Аномалии прикуса. Классификация. Клиническая и рентгенологическая диагностика. Лечение
8. Виды дефектов и деформаций лица, причины их возникновения.
89. Врожденные дефекты, аномалии развития, деформации, связанные с нарушением роста различных участков лица.
10. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области в результате травм, огнестрельных ранений, ожогов, воспалительных заболеваний.
11. Дефекты после удаления опухолей лица и органов полости рта.
12. Анализ дефекта, оценка анатомических, функциональных и эстетических нарушений. Разработка плана лечения.
13. Основные методы пластических операций.
14. Пластика местными тканями, взятыми по соседству с дефектом, "лоскутами на ножке", взятыми из близлежащих тканей. Преимущества, недостатки, показания, противопоказания.
15. Математическое обоснование планирования пластических операций местными тканями (А.А. Лимберг). Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур.
16. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков.
17. Переломы скуловой кости и дуги. Классификация. Этиология. Клиника, лечение.
18. Переломы костей носа. Клинические проявления. Лечение.
19. Сочетанная черепно-мозговая травма. Переломы основания черепа. Клиника, диагностика, лечение.
20. Комбинированные повреждения. Клиника, диагностика, лечение.
21. Осложнения травматических повреждений челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания к костной пластике. Преимущества и недостатки.
22. Материалы для костнопластических операций. Виды и способы консервации костной ткани.
23. Трансформация костнопластического материала в организм больного.
24. Переломы и вывихи зубов. Классификация, этиология, клиника, лечение.
25. Переломы альвеолярного отростка нижней челюсти. Классификация, этиология, клиника, лечение.
26. Переломы нижней челюсти. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина.
27. Переломы верхней челюсти: клиническая и рентгенологическая картина.
28. Транспортная иммобилизация: виды, методы и средства.
29. Консервативное лечение переломов нижней челюсти.
31. Хирургическое лечение переломов челюстей
32. Классификация повреждений мягких тканей челюстно-лицевой области. Ссадины и ушибы мягких тканей челюстно-лицевой области.
33. Классификация гематом. Механизм возникновения.
34. Лечение гематом челюстно-лицевой области.
35. Раны челюстно-лицевой области. Классификация.
36. Первичная хирургическая обработка ран. Особенности ПХО в челюстно-лицевой области.

37. Раневая инфекция.
38. Реабилитация больных с патологией челюстно-лицевой области.
39. Проведение временной нетрудоспособности.
40. Структура истории болезни стационарного больного
41. Показания и противопоказания к назначению лекарственных препаратов и немедикаментозного лечения
42. Лекарственные препараты, применяемые в комплексном лечении больных с патологией челюстно-лицевой области
43. Методы контроля за безопасностью и эффективностью лечения больных с травмами челюстно-лицевой области
44. Методы контроля за безопасностью и эффективностью лечения.
45. Методы оказания помощи при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и очагах массового поражения. Средства индивидуальной защиты
46. Тактика лечения больных при состояниях, представляющих угрозу для жизни или без явных признаках угрозы жизни в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения
47. Асфиксия. Виды. Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи.
48. Трахеостомия. Анализ и предотвращение возможных профессиональных ошибок
49. Кровотечения (ранние и поздние) Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи. Анализ и предотвращение возможных профессиональных ошибок
50. Травматический остеомиелит. Причины. Клинические проявления. Оказание неотложной помощи.
51. Травматический гайморит. Причины. Клинические проявления.
52. Оказание медицинской помощи при острых и хронических одонтогенных воспалительных процессах, обострении хронических заболеваний челюстно-лицевой области: свищи слюнных желез. Причины, клинические проявления, хирургические методы лечения
53. Алгоритм составления плана работы и отчета о своей работе

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

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

29. Уход за Филатовским стеблем. Тренировка стебля

30. Аномалии и деформации челюстей

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

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

1. Перечень компетенций с указанием индикаторов, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции/ индикатора	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по шкале зачтено/не зачтено	
			«не зачтено»	«зачтено»
ОПК-2	Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок	Знать: Мировой и отечественный опыт по повышению качества оказания медицинской помощи и профилактики профессиональных ошибок		
		Уметь: Анализировать собственный опыт профессиональной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок		
		Владеть: Навыками решения профессиональных задач в рамках правового поля и с использованием современных знаний для обогащения личного опыта с целью предотвращения профессиональных ошибок		
иОПК-2.2	Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам	Знать: Методы анализа медицинской деятельности, опыт развития отечественной и зарубежной медицины	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать аналитическое и клиническое мышление для грамотного анализа клинических ситуаций и принятия	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		<p>профессиональных решений на основе использования профессиональных стандартов обследования и лечения больных стоматологического профиля</p> <p>Владеть: Навыками оказания медицинской помощи больным стоматологического профиля с использованием стандартов диагностики и лечения стоматологических заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок</p>		
иОПК-2.3.	Применяет свой и коллективный опыт при решении поставленных задач для предотвращения ошибок в профессиональной сфере	<p>Знать: Основные направления развития знаний в области стоматологии в отечественной и зарубежной медицине в рамках своих профессиональных компетенций</p>	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
<p>Уметь: использовать собственный опыт, опыт отечественной и мировой медицинской на практике с целью предотвращения ошибок в профессиональной деятельности</p>		Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.	
<p>Владеть: навыками аналитического и клинического мышления для анализа и решения профессиональных задач и предотвращения ошибок в профессиональной сфере</p>		Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	
ОПК-5	Способен проводить обследование пациента с целью установления	<p>Знать: Клиническую картину, методы диагностики стоматологических заболеваний у взрослых и детей,</p>	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и

	диагноза при решении профессиональных задач	Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем	интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.1	Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Знать: правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствия большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Выявлять признаки стоматологических заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения результатов обследования	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		пациентов для для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний		
иОПК-5.2	Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-5.3	Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

		<p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p>	<p>показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.</p>
		<p>Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач</p>	<p>Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>	<p>владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p>
ОПК-6	Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач	<p>Знать: Основные принципы лечения пациентов, основные методы вспомогательного, в т.ч. хирургического лечения, общие и функциональные методы лечения пациентов</p>		
		<p>Уметь: Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции</p>		
		<p>Владеть: Навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием</p>		

		современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике		
иОПК-6.1.	Демонстрирует знания о лекарственных препаратах и видах немедикаментозного лечения	Знать: Особенности фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов различных групп	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками лечения пациентов в амбулаторных и стационарных условиях с использованием средств и методов, разрешенных в стоматологии	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-6.2	Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения лечения	Знать: Стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения различных заболеваний у детей и взрослых	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения медикаментозных и	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		немедикаментозных методов лечения у пациентов с различной патологией		
иОПК-6.3	Способен осуществить контроль эффективности и безопасности назначенного лечения	Знать: Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетику, фармакодинамику, совместимость лекарственных препаратов; показания и противопоказания к проведению отдельных методов лечения	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Определять объем и последовательность предполагаемых мероприятий по лечению для повышения его безопасности	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть Навыками контроля за безопасностью и эффективностью лечения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ОПК-7	Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Знать: Способы организации медицинской помощи при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения		
Уметь: Принимать профессионально грамотные решения для оказания помощи пациентам при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения				
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в экстренной и		

		неотложной формах условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения		
иОПК-7.2	Пользуется методами оказания помощи при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Знать: Методы оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при различных заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения заболеваний у детей и взрослых при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения методов комплексного лечения пациентов с различными заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иОПК-7.3	Оказывает медицинскую помощь в экстренной и	Знать: Особенности оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и

	неотложной формах при острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	формах при различных заболеваниях	интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Разрабатывать оптимальную тактику лечения различной патологии у детей и взрослых при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи пациентам при острых и хронических воспалительных процессах, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-1	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза	Знать: методы обследования пациента с целью установки диагноза		
		Уметь: провести обследование пациента		
		Владеть: навыками постановки диагноза		

иПК-1.1	Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: оценить состояние пациента	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/ законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.2	Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы стоматологических заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей)	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.3	Интерпретация данных первичного и повторного	Знать: Объем первичного и повторного осмотров, значение специальных	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и

	осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов	и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний	количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, , Обосновывать и планировать объем обследования пациентов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабораторных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.4	Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Знать: Значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками интерпретации	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))	дисциплины	
иПК-1.5	Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза	Знать: клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний у взрослых и детей, их диагностика	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Анализировать полученные результаты обследования	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки предварительного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-1.6	Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза	Знать: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Проводить дифференциальную диагностику на основе полученной информации	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.

		Владеть: методикой разработки алгоритма постановки окончательного диагноза	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-2	Проведение всех видов лечения стоматологическому пациенту с соблюдением принципов эффективности и безопасности	Знать: Стандарты медицинской помощи при стоматологических заболеваниях		
		Уметь: Основные принципы лечения стоматологических пациентов		
		Владеть: Навыками разработки оптимальной тактики лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом принципов эффективности и безопасности		
иПК-2.1	Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Знать: Особенности клинической картины, основные методы лечения (медицинские показания, противопоказания, осложнения) заболеваний костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками составления	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		комплексного плана лечения заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-челюстного сустава, слюнных желез	дисциплины	
иПК-2.5	Оказание медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента	Знать: Методику выполнения реанимационных мероприятий. Особенности оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при стоматологических заболеваниях	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Обосновывать фармакотерапию пациента при основных патологических синдромах и неотложных состояниях	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной формах при острых стоматологических заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента или без явных признаков угрозы жизни пациента	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.6	Подбор вида местной анестезии/обезболивания. Оценка возможных осложнений, вызванных применением	Знать: Принципы, приемы и методы анестезии в стоматологии	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса

	местной анестезии		дополнительные вопросы	
		Уметь: Осуществлять выбор вида анестезии с учетом оценки возможных осложнений	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками применения различных методик местной анестезии челюстно-лицевой области, блокады с применением препаратов для местной анестезии, определять медицинские показания к общей анестезии	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.7	Подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний. Формирование комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Знать: Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи. Группы лекарственных препаратов, их фармакокинетика, фармакодинамика, совместимость лекарственных препаратов	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Осуществлять подбор лекарственных препаратов для лечения стоматологических заболеваний, определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками составления комплексного плана лечения пациента при стоматологических заболеваниях	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
иПК-2.11	Оказание квалифицированной медицинской	Знать: Стандарты медицинской помощи при стоматологических	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и

	помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	заболеваниях	количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Применять методы комплексного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины
ПК-6.	Организационно-управленческая деятельность	Знать: Законодательство Российской Федерации в сфере охраны здоровья и нормативные правовые акты, определяющие деятельность медицинских организаций		
		Уметь: Организовать медицинскую деятельность в рамках своих компетенций		
		Владеть: Навыками организационно-управленческой деятельности в рамках своих компетенций при решении профессиональных задач		
иПК-6.1.	Ведение медицинской	Знать: Особенности ведения	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины	показывает хорошие знания изученного учебного материала;

	документации	медицинской документации	или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
Уметь: Заполнять медицинскую документацию и контролировать качество ведения медицинской документации		Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.	
Владеть: Навыками ведения медицинской документации, анализа качества и эффективности ее ведения		Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	
иПК-6.3	Проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда, санаторно-курортному лечению	Знать: Правила выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Правила оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Принципы проведения экспертизы временной нетрудоспособности	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Оформлять документацию, необходимую для проведения медико-социальной экспертизы	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками проведения экспертизы временной нетрудоспособности пациентов, нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, определение медицинских показаний к трудоустройству, переводу на облегченные условия труда,	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

		санаторно-курортному лечению		
иПК-6.5	Составление плана работы и отчета о своей работе	Знать: Принципы составления планов и отчетов о проделанной работе, критерии самооценки	отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы	показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса
		Уметь: Разрабатывать план работы исходя из профессиональных задач и структуру отчета	Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП	показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт в рамках изучаемой дисциплины.
		Владеть: Навыками составления плана работы и отчета о своей работе	Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины	владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

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

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для оценки устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для оценки стандартизированного тестового контроля:

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

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

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

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

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

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

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

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

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных

первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

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

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

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

Для оценки разбора тематического больного

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

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

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

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

Для оценки курации больного

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

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

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

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

Для оценки разбора истории болезни

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

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

- ❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.
- ❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации.

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

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

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