

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Семенов Юрий Алексеевич  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 20.03.2026 13:00:44  
Уникальный программный ключ:  
7ee61f7810e60557bee49df655173820137a66a7

Приложение к РПД

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

**УТВЕРЖДАЮ**  
Проректор по образовательной  
деятельности,  
кандидат медицинских наук, доцент  
Ушаков А.А.

«20» июня 2025 г.

**Фонд оценочных средств по дисциплине  
Б1.О.01 Челюстно-лицевая хирургия**

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия*

Квалификация: *Врач – челюстно-лицевой хирург*

г. Екатеринбург  
2025

Фонд оценочных средств по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» составлен в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО) по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России № 18 от 09.01.2023 г.

Фонд оценочных средств составлен:

№	ФИО	должность	уч. степень	уч. звание
1.	Костина Ирина Николаевна	Профессор кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии	д.м.н.	доцент

Фонд оценочных средств одобрен представителями профессионального и академического сообщества.

Рецензент:

Григорьев Сергей Сергеевич - д.м.н., профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии и пропедевтики стоматологических заболеваний, ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Рабочая программа дисциплины обсуждена и одобрена:

- на заседании кафедры хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии (протокол № 2 от 20.04. 2025 г.);
- на заседании методической комиссии специальностей ординатуры (протокол № 5 от 07.05.2025 г.)

## 1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий требования ФГОС, представлен в таблице:

Дидактическая единица	Индикаторы достижения			УК, ПК (ФГОС)
	Знания	Умения	Навыки	
ДЕ 1. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	<ul style="list-style-type: none"><li>-причины, механизмы развития и клинические проявления патологических процессов, лежащих в основе воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</li><li>-особенности течения периодонтита, периостита, остеомиелита, перикоронита, верхнечелюстного синусита;</li><li>-клинику, диагностику различных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области;</li><li>-методы профилактики рецидивирования заболеваний</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-устанавливать и формулировать диагноз с учётом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования;</li><li>-проводить дифференциальный диагноз;</li><li>- выбрать наиболее рациональный вид медикаментозного, хирургического лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-методами клинической диагностики, дополнительного исследования при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области;</li><li>-методами консервативного и хирургического лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области</li></ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2
ДЕ 2. Абсцессы и флегмоны ЧЛО	<ul style="list-style-type: none"><li>-основные закономерности роли причин, условий и реактивности организма при возникновении абсцессов и флегмон;</li><li>-общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты воспалительного процесса;</li><li>-этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;</li><li>-составлять и обосновывать план комплексного лечения и план хирургического лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области, формулировать показания и противопоказания к хирургическому лечению</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов;</li><li>-методами консервативного и хирургического лечения абсцессов челюстно-лицевой области</li></ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2
ДЕ 3. Специфические заболевания ЧЛО: актиномикоз, сифилис, туберкулез. Неодонтогенные воспалитель-	<ul style="list-style-type: none"><li>-классификацию нозологических форм с учетом МКБ-10;</li><li>-этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы актиномикоза, сифилиса,</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;</li><li>-составлять и обосновывать план</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов;</li><li>-методами консервативного и</li></ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2

ные заболевания ЧЛО	туберкулеза челюстно-лицевой области; - этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы фурункула, карбункула, рожистого воспаления челюстно-лицевой области	комплексного лечения и план хирургического лечения актиномикоза, сифилиса, туберкулеза челюстно-лицевой области, формулировать показания и противопоказания к хирургической помощи; -обосновывать план комплексного лечения и план хирургического лечения фурункула, карбункула, рожистого воспаления челюстно-лицевой области	хирургического лечения актиномикоза, сифилиса, туберкулеза, фурункула, карбункула, рожистого воспаления челюстно-лицевой области	
ДЕ 4. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи.	-особенности течения сепсиса, медиастенита, тромбофлебита, синус-тромбоза; - клинику, диагностику осложненных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; -методы профилактики рецидивирования заболеваний; -показания к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	-устанавливать и формулировать диагноз с учётом МКБ-10 на основе клинических и дополнительных методов исследования; -проводить дифференциальный диагноз; -выбрать наиболее рациональный вид медикаментозного, хирургического лечения осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области	-методами клинического распознавания осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области; -методами применения лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2
ДЕ 5 Неогнестрельные повреждения ЧЛО	-биомеханические и клинические аспекты лечения больных с переломами челюстных костей; -классификацию нозологических форм с учетом МКБ-10; -этиологию, патогенез, клинические симптомы, диагностику, лечение переломов лицевых костей, исходы	-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий при огнестрельной травме ЧЛО, оценивать их результаты; -составлять и обосновывать план комплексного стоматологического лечения, формулировать показания и противопоказания к хирургическому лечению; -выбрать наиболее целесообразную	- методами оказания медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области; -методиками изготовления шин Тигерштедта для фиксации переломов челюстей; методами ортопедо-хирургического лечения переломов лицевых костей; -методами оценки качества оказания медицинской по-	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2

		методику лечения при переломах челюстных костей	мощи пострадавшим	
ДЕ 6. Огнестрельные повреждения ЧЛЮ	<ul style="list-style-type: none"> <li>-биомеханические и клинические аспекты лечения больных с переломами челюстных костей;</li> <li>-поражающие факторы: энергия и скорость пули, осколка, ударная волна, временная пульсирующая помощь;</li> <li>- зоны поражения тканей в раневом канале;</li> <li>-этиологию, патогенез, клинические симптомы, диагностику, лечение огнестрельных ранений челюстно-лицевой области;</li> <li>-методы оценки качества оказания медицинской помощи</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий при огнестрельной травме ЧЛЮ, оценивать их результаты;</li> <li>-составлять и обосновывать план комплексного лечения и план хирургического лечения, формулировать показания и противопоказания к хирургическому лечению;</li> <li>- выполнять первичную хирургическую обработку огнестрельных ран и выполнить её в полном объёме</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- методами оказания медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области;</li> <li>-методами временной иммобилизации при травме челюстно-лицевой области;</li> <li>-методами ортопедического, ортопедо-хирургического лечения огнестрельных переломов челюстей;</li> <li>-методами оценки качества оказания медицинской помощи пострадавшим</li> </ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2
ДЕ 7. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	<ul style="list-style-type: none"> <li>-классификацию нозологических форм с учетом МКБ-10;</li> <li>-этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы артритов, остео-артроза, аспетического некроза, гипермобильность, опухолей, дископатии ВНЧС;</li> <li>-методы профилактики рецидивирования заболеваний;</li> <li>-методику профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения хронических больных;</li> <li>-показания к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- диагностировать заболевания височно-нижнечелюстного сустава: артрит; артроз; асептический некроз, гипермобильность, дископатии, опухоли, вывих,</li> <li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;</li> <li>-составлять и обосновывать план комплексного стоматологического лечения и план хирургического лечения, формулировать показания и противопоказания к хирургическому стоматологическому лечению;</li> <li>-проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов с заболеваниями ВНЧС;</li> <li>-методами консервативного и хирургического лечения;</li> <li>-методами оценки качества оказания медицинской помощи</li> </ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2

	ся в медицинской реабилитации	ВНЧС		
ДЕ 8. Заболевания слюнных желез	<ul style="list-style-type: none"> <li>-классификацию нозологических форм с учетом МКБ-10;</li> <li>-этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы сиалоаденитов, сиалозов;</li> <li>-методы профилактики рецидивирования заболеваний;</li> <li>-методику профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения хронических больных;</li> <li>-показания к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;</li> <li>-составлять и обосновывать план комплексного стоматологического лечения, формулировать показания и противопоказания к медикаментозному и хирургическому стоматологическому лечению;</li> <li>-выбрать наиболее целесообразную методику лечения сиалоаденита, сиалоза и выполнить её в полном объёме;</li> <li>-проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний слюнных желез</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов с заболеваниями слюнных желез;</li> <li>-методами консервативного и хирургического лечения;</li> <li>-методами оценки качества оказания медицинской помощи</li> </ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2
ДЕ 9. Заболевания и повреждения нервов ЧЛО	<ul style="list-style-type: none"> <li>-классификацию нозологических форм с учетом МКБ-10;</li> <li>-этиологию, патогенез и патоморфологию, клинические симптомы, исходы невралгии, невропатии тройничного нерва;</li> <li>-методику профилактических осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения хронических больных;</li> <li>-показания к применению лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты;</li> <li>-составлять и обосновывать план комплексного лечения и план хирургического лечения, формулировать показания и противопоказания к медикаментозному и хирургическому лечению;</li> <li>-выбрать наиболее целесообразную методику лечения заболеваний тройничного нерва, выполнить её в полном объёме;</li> <li>-проводить дифференциальную диагностику различных заболеваний тройничного нерва</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов с заболеваниями тройничного нерва;</li> <li>-методами консервативного и хирургического лечения</li> </ul>	УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2

<p>ДЕ 10. Задачи реконструктивной восстановительной хирургии полости рта. Причины, виды дефектов, деформаций ЧЛО</p>	<p>-сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья; -клинические проявления и теоретические основы хирургического лечения дефектов и деформаций челюстно-лицевой области; -методы восстановительного лечения дефектов после резекции челюстей (альвеолярного отростка верхней челюсти, тела, ветви нижней челюсти), приобретённых и врождённых дефектов твёрдого и мягкого нёба, дефектов лица</p>	<p>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты; -составлять и обосновывать план комплексного лечения, формулировать показания и противопоказания к лечению;</p>	<p>-методами обследования (клинические, лучевые, лабораторные, функциональные) пациентов с дефектами и деформациями челюстно-лицевой области</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>
<p>ДЕ 11. Основные методики пластических операций в ЧЛО</p>	<p>- этиологию, клинику, диагностику патологических состояний зубочелюстной системы, обусловленных деформациями, дефектами челюстно-лицевой области; -теоретические основы хирургического лечения деформаций, дефектов челюстно-лицевой области; -виды и методы пластических операций в ЧЛО (остеопластика, пластика местными тканями)</p>	<p>-проводить диагностику деформаций, дефектов ЧЛО; - составлять и обосновывать план комплексного лечения, формулировать показания и противопоказания к лечению; - определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты</p>	<p>- ранней диагностикой патологического состояния зубочелюстной системы, обусловленного деформацией, дефектами челюстно-лицевой области; -выбором наиболее целесообразной методики хирургического (пластического) лечения деформаций, дефектов ЧЛО</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>
<p>ДЕ 12. Хирургические методы лечения аномалий и деформаций челюстей</p>	<p>-современные принципы комплексного, ортодонтического и хирургического лечения патологических состояний зубочелюстной системы, обусловленных аномалиями развития челюстных костей или приобретёнными деформациями челюстно-лицевой области у взрослых.</p>	<p>-осуществлять раннюю диагностику патологического состояния зубочелюстной системы, обусловленного аномалиями развития челюстных костей, а также деформаций челюстно-лицевой области у взрослых</p>	<p>-современными методами обследования, диагностики и комплексного лечения аномалий и деформаций челюстей</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>

<p>ДЕ 13. Хирургические методы лечения анкилоза ВНЧС, контрактуры нижней челюсти</p>	<p>- методы обследования, диагностики и хирургического лечения больных с анкилозом, контрактурой ВНЧС; - клинику, современные методы обследования, диагностики и хирургического лечения -методами оценки качества оказания медицинской помощи</p>	<p>-определять объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценивать их результаты; -составлять и обосновывать план комплексного лечения, формулировать показания и противопоказания к хирургическому лечению; - выбрать наиболее целесообразную методику хирургического лечения анкилоза, контрактуры ВНЧС</p>	<p>-современными методами обследования, диагностики и комплексного лечения анкилоза, контрактуры ВНЧС -методами оценки качества оказания медицинской помощи</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>
<p>ДЕ 14. Методы внутривидовой дентальной имплантации</p>	<p>-общие принципы и особенности диагностики дефектов зубных рядов; -методики лечения дефектов зубных рядов; -стоматологические инструменты и аппаратуру; -показания и противопоказания к дентальной имплантации, методы установки внутривидовых имплантатов, методы протезирования на имплантатах</p>	<p>-собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов, провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию); -интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать клинический диагноз; -работать со стоматологическими инструментами, материалами, средствами и аппаратурой; -сформулировать показания к избранному методу лечения</p>	<p>-клиническими методами обследования при дефектах зубных рядов; -методикой чтения различных видов рентгенограмм; -методами диагностики дефектов, зубных рядов, -методами установки дентальных имплантатов</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>
<p>ДЕ 15. Профилактика, диспансерное наблюдение, реабилитация пациентов со стоматологическими заболеваниями</p>	<p>-Основные характеристики здорового образа жизни, методы его формирования -Основные принципы организации</p>	<p>- Проводить санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни - Организовывать и проводить</p>	<p>--современными методами обследования, диагностики и комплексного лечения пациентов с заболеваниями че-</p>	<p>УК-1-5 ОПК-1, 2, 4-10, ПК-1, 2</p>

<p>логическими заболеваниями</p>	<p>профилактических осмотров среди взрослых (осмотр, направление к специалистам, на лабораторное и инструментальное обследование), нормативные правовые акты и иные документы, регламентирующие указанную деятельность</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Принципы и особенности профилактики возникновения или прогрессирования хирургических заболеваний челюстно-лицевой области</li> <li>- Порядок диспансерного наблюдения за пациентами с хроническими хирургическими заболеваниями ЧЛО,</li> <li>-Порядок проведение медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения за пациентами с хирургическими заболеваниями ЧЛО с действующими нормативными правовыми актами и иными документами</li> </ul>	<p>профилактические осмотры взрослых, а также иные мероприятия по профилактике и раннему выявлению хирургических состояний пациентов с заболеваниями ЧЛО,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) нарушениями функции, в том числе, при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи и порядком организации медицинской реабилитации</li> <li>-Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями ЧЛО, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов</li> </ul>	<p>люстно-лицевой области;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-методами оценки качества оказания медицинской помощи,</li> <li>- методами профилактики стоматологических заболеваний,</li> <li>- формирования групп диспансерного наблюдения больных</li> </ul>	
----------------------------------	--	--	--	--

## **2. Аттестационные материалы**

Оценка теоретической подготовки ординатора проводится преподавателем на основании результатов тестирования, решения ситуационных задач, опроса. По практическим навыкам в 1, 2 семестрах сдается зачет с оценкой, в 3 семестре - экзамен, в 4 семестре - зачет без оценки, во время которого оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики и лечения больного.

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена. До экзамена допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

### **Этапы проведения экзамена:**

- 1) оценка навыков и умений;
- 2) тестовый контроль;
- 3) решение ситуационной задачи.

### **2.1. Перечень навыков:**

- работать со стоматологическими инструментами, материалами, средствами и аппаратурой;
- оценивать результаты дополнительных методов (лабораторные, функциональные, лучевые) исследования пациента;
- провести обследование челюстно-лицевой области, полости рта;
- выполнить местное (инфильтрационное и проводниковое) обезболивание;
- чтение обзорных рентгенограмм, панорамных и внутриротовых рентгенограмм, контрастных рентгенограмм (описание костных каналов лицевых костей, структур ВНЧС), сиалограмм;
- ведение медицинской учетно-отчетной документации;
- методы остановки кровотечений;
- методики наложения хирургических швов
- методика сиалометрии,
- выполнять различные методы хирургического лечения при заболеваниях челюстно-лицевой области: операция удаления зуба, периостотомия, перикоронотомия, хирургическая биопсия, операция резекция верхушки корня зуба, операция некрэктомия, операция секвестрнекрэктомия, вскрытие абсцесса, пластика местными тканями, удаление камня из протока слюнной железы, вестибулопластика, кюретаж, лоскутная операция, френулопластика
- наложение назубных шин Тигерштедта при переломе нижней челюсти,
- транспортная иммобилизация при переломах лицевых костей.

Демонстрация практических навыков позволяет оценить у ординатора способность и готовность выполнять в профессиональной деятельности трудовые функции/действия врача-челюстно-лицевого хирурга.

### **2.2. Тестовые задания**

Тестовые задания разработаны для каждого дисциплинарного модуля и содержат от 40 до 100 вопросов. В тестовом задании ординатору задаются вопросы с возможностью выбора одного или нескольких правильных ответов из 4-5 предложенных.

В тестовом задании на экзамене ординатору задаются 100 вопросов с возможностью выбора одного или нескольких правильного ответа из 3-5 предложенных.

Полная база тестовых вопросов включает в себя 825 вопросов.

### **Примеры тестовых заданий**

#### **АСЕПТИКА ВКЛЮЧАЕТ**

- а. профилактику попадания в рану микроорганизмов
- б. обеспечение стерильных условий в операционной
- в. полное освобождение объектов внешней среды от микроорганизмов
- г. селективную деконтаминацию на объектах внешней среды
- д. частичное уничтожение патогенных микроорганизмов на объектах внешней среды

ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОЛОСТИ РТА ПЕРЕД ОПЕРАЦИЕЙ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ИСПОЛЬЗУЮТ

- а. 0,05% раствор хлоргексидина
- б. раствор фурацилина 1:5000
- в. 0,9% раствор калия хлорида
- г. 70% этиловый спирт
- д. 3% раствор нашатырного спирта

ОБРАБОТКА ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ

- а. федеральным законом «Об охране здоровья граждан РФ»
- б. постановлением правительства РФ
- в. приказом главного врача стоматологической поликлиники
- г. приказом Минздрава РФ
- д. информационным письмом главного санитарного врача РФ

КРАТНОСТЬ ОБРАБОТКИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ ПО СПОСОБУ ГРОССИХА ФИЛОНЧИКОВА

- а. однократная
- б. двукратная
- в. трехкратная
- г. четырехкратная
- д. пятикратная

ПЛАНОВЫЕ ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) хронический периодонтит
- б) разрушение коронки зуба
- в) патологическая подвижность зуба III степени
- г) хронический верхнечелюстной синусит
- д) острый язвенный стоматит

СРОЧНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) обострившийся хронический пародонтит
- б) ретенция, дистопия зуба
- в) острый одонтогенный периостит челюсти
- г) острый одонтогенный остеомиелит челюсти
- д) острый лимфаденит поднижнечелюстной области

ПРИ ЗАЖИВЛЕНИИ ЛУНКИ ЗУБА ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО ПРОТЕКАЮТ

- а) процесс экссудации
- б) процесс альтерации
- в) процесс эпителизации
- г) процесс остеинтеграции
- д) процесс образования коллагена

ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПОЗВОЛЯЕТ

- а) уточнить диагноз заболевания
- б) исключить бактериальное загрязнение полости рта
- в) предупредить распространение одонтогенной инфекции
- г) удалить одонтогенный патологический очаг
- д) исключить развитие возможных осложнений

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗАЖИВЛЕНИЕ РАНЫ

- а) пол
- б) возраст

- в) профессия
- г) состояние иммунной системы
- д) состояние кровоснабжения лица

#### ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) асептическая
- б) диагностическая
- в) паллиативная
- г) плановая
- д) лечебная

#### ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ВРАЧ-СТОМАТОЛОГ-ХИРУРГ РЕКОМЕНДУЕТ

- а) принимать горячую пищу
- б) ежедневно чистить зубы
- в) посещать спортивные тренировки
- г) проводить гипотермию
- д) посещать баню

#### ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) флегмона околочелюстных мягких тканей
- б) хроническая почечная недостаточность
- в) фолликулярная киста челюсти
- г) перелом челюсти
- д) острый лейкоз

#### АБСОЛЮТНЫЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) гемофилия
- б) острый глоссит
- в) болезнь Виллебранта
- г) ревматоидный артрит
- д) острая лучевая болезнь

#### ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ЗАЖИВЛЕНИЯ КОСТНОЙ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а) 10-15 дней
- б) 20-30 дней
- в) 3-4 месяца
- г) 6-8 месяцев

#### ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА ДЕЛАЮТ В

- а. небную сторону
- б. медиальную сторону
- в. вестибулярную сторону
- г. дистальную сторону
- д. язычную сторону

#### ШТЫКОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ С УЗКИМИ ЩЕЧКАМИ УДАЛЯЮТ КОРНИ

- а. верхних резцов
- б. верхних клыков
- в. верхних премоляров
- г. верхних первых моляров
- д. верхних третьих моляров

#### ПОКАЗАНИЕ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а. разрушение коронковой части зуба
- б. продольный перелом корня зуба
- в. хронический пульпит
- г. клиновидный дефект
- д. гиперестезия

#### ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНЕГО КЛЫКА ВРАЧ ПРОВОДИТ В СТОРОНУ

- а. небную
- б. медиальную
- в. вестибулярную
- г. дистальную
- д. язычную

#### ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ВЕРХНИХ КЛЫКОВ НАЗЫВАЮТСЯ

- а. штыковидные
- б. прямые коронковые
- в. S-образные коронковые
- г. клювовидные коронковые
- д. универсальные коронковые

#### ПЕРВОЕ ВЫВИХИВАЮЩЕЕ ДВИЖЕНИЕ ПРИ УДАЛЕНИИ НИЖНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА ДЕЛАЮТ В

- а) небную сторону
- б) язычную сторону
- в) щёчную сторону
- г) медиальную сторону
- д) дистальную сторону

#### ПРЯМОЙ ЭЛЕВАТОР ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ

- а) верхних резцов
- б) нижних клыков
- в) дистопированных зубов
- г) однокорневых верхних зубов
- д) разъединенных корней верхних

#### ПРИ УДАЛЕНИИ 1.4 ЗУБА ПРОИЗОШЕЛ ПЕРЕЛОМ ЩЕЧНОГО КОРНЯ, ВРАЧУ НЕОБХОДИМО

- а. удалить корень
- б. наложить швы на лунку
- в. оставить сломанный корень в лунке
- г. затампонировать лунку йодоформной турундой
- д. назначить повторную операцию через несколько дней

#### ПРИ УДАЛЕНИИ КОРНЕЙ НИЖНЕГО ПЕРВОГО МОЛЯРА БЫЛ ВЫВИХНУТ СОСЕДНИЙ ЗУБ, ВРАЧУ НЕОБХОДИМО

- а. провести кюретаж лунки
- б. наложить на лунку лечебную повязку
- в. не сообщать пациенту об осложнении
- г. сообщить пациенту об осложнении, реплантировать зуб
- д. направить пациента к стоматологу-ортопеду для консультации

#### ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВОЗМОЖНА ПРИ УДАЛЕНИИ

- а. верхнего клыка
- б. верхнего бокового резца
- в. верхнего первого премоляра
- г. нижнего первого моляра
- д. верхнего первого моляра

#### ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ ИЗ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА НЕОБХОДИМО

- а. провести кюретаж лунки
- б. провести асептическую обработку
- в. ввести в лунку гемостатическую губку
- г. лунку зуба ушить узловыми швами
- д. сдавить края лунки пальцами в течение 10 минут

#### ПРИЧИНА ПОВРЕЖДЕНИЯ ОКРУЖАЮЩИХ ЛУНКУ ТКАНЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

- а. кюретаж
- б. отслоение круговой связки зуба
- в. наложение щипцов на краевую десну
- г. применение распиливания тканей фрезой
- д. охватывание альвеолярной кости пальцами свободной руки

#### КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ РЕТЕНЦИИ НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА

- а. сильная боль
- б. отсутствие боли
- в. гиперемия слизистой оболочки
- г. бледно-розовый цвет слизистой оболочки
- д. дефект зубного ряда на месте ретенированного зуба

#### КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ПОЛУРЕТЕНЦИИ ЗУБА

- а. умеренная боль
- б. отсутствие боли
- в. наличие слизистого «капюшона»
- г. наличие отечного, гиперемированного «капюшона»
- д. визуальное определение частичного прорезывания зуба

#### ВОЗМОЖНЫЕ ФОРМЫ РАЗВИТИЯ ПЕРИКРОНИТА ЗУБА

- а. гнойный
- б. язвенный
- в. фиброзный
- г. катаральный
- д. гранулирующий

#### ПЕРИКРОНИТ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ

- а. верхнего второго резца
- б. нижнего второго премоляра
- в. верхнего третьего моляра
- г. нижнего третьего моляра
- д. одинаково часто у всех зубов

#### ПРИЧИНЫ ПЕРИКРОНИТА ЗУБА

- а. перегревание
- б. плохая чистка зубов

- в. прием горячей пищи
- г. физические нагрузки
- д. размножение патогенных микроорганизмов

#### ПЛАНИРОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ПОЛОСТИ РТА К ОРТОПЕДИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ВКЛЮЧАЕТ

- а. консультацию стоматолога-хирурга
- б. консультацию ортодонта
- в. консультацию стоматолога- ортопеда
- г. консультацию стоматолога-терапевта
- д. консультацию участкового терапевта

#### ПРОФИЛАКТИКА АТРОФИИ КОСТИ ВКЛЮЧАЕТ

- а. сохранение целостности зубного ряда
- б. сохранение жевательной нагрузки на пародонт
- в. снижение травматичности операции удаления зуба
- г. остеопластика лунки удаленного зуба
- д. удаление опухоли полости рта

#### ЗАДАЧИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ К ПРОТЕЗИРОВАНИЮ

- а. удаление экзостоза
- б. удаление зуба
- в. удаление костной опухоли
- г. остеопластика
- д. одонтопластика

#### РЕТЕНЦИЯ ЗУБА - ЭТО

- а. задержка сроков прорезывания сформировавшегося постоянного зуба
- б. задержка сроков прорезывания сформировавшегося временного зуба
- в. неполное прорезывание постоянного зуба
- г. неправильное положение зуба в зубном ряду

#### В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. опухолевые
2. опухолеподобные
3. воспалительные
4. слюнных желез
5. височно-нижнечелюстного сустава
6. травматические повреждения
7. врожденная патология

#### СРЕДИ ОСТРЫХ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ВЫДЕЛЯЮТ

1. остеомиелит
2. периодонтит и остеомиелит
3. периостит и остеомиелит
4. периодонтит, периостит и остеомиелит

#### ОСТРОМУ ПЕРИОДОНТИТУ, ПЕРИОСТИТУ И ОСТЕОМИЕЛИТУ ПРИСУЩИ ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ:

1. клинические
2. патоморфологические
3. клинические и патоморфологические

#### ПРИЧИНЫ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

1. аэробные, факультативные и анаэробные бактерии
2. только аэробные бактерии
3. только факультативные бактерии
4. только аэробные и факультативные бактерии
5. только анаэробные бактерии

#### ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА - ЭТО

1. удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
2. удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
3. пересадка удаленного зуба в альвеолу
4. рассечение моляра на две части

#### КОРОНАРО-РАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ЗУБА - ЭТО

1. удаление корня вместе с прилегающей к нему коронковой частью зуба
2. удаление всего корня при сохранении коронковой части зуба
3. пересадка удаленного зуба в его же альвеолу
4. рассечение моляра на две части

#### ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ЗУБА

1. перелом верхней трети корня зуба
2. апикальные и латеральные гранулемы
3. искривление верхушки корня
4. поднадкостничная гранулема
5. перелом инструмента в корневом канале зуба

#### МАТЕРИАЛЫ, ПРИМЕНЯЮЩИЕСЯ ДЛЯ РЕТРОГРАДНОГО ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРИ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ

- 1) цинк-карбоксилатные цементы
- 2) цинк-эвгеноловая паста
- 3) минеральный триоксидный агрегат
- 4) стеклоиномерные цементы
- 5) композит светового отверждения

#### ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ РЕПЛАНТАЦИИ ЗУБА

- 1) острый гнойный периостит
- 2) ограниченный остеомиелит
- 3) перелом челюсти
- 4) хирургическое лечение аномалий зубов

#### ПРЕИМУЩЕСТВЕННАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ

- 1) верхняя челюсть с нёбной стороны;
- 2) верхняя челюсть с вестибулярной стороны;
- 3) нижняя челюсть с вестибулярной стороны;
- 4) нижняя челюсть с язычной стороны;
- 5) передний отдел нижней челюсти.

#### ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРОЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИОСТИТА

## ЧЕЛЮСТИ

- 1) острый периодонтит;
- 2) острый гнойный пульпит;
- 3) обострение хронического периодонтита;
- 4) альвеолит;
- 5) нагноившаяся радикулярная или зубосодержащая киста челюсти.

## ОТЕК ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРИОСТИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ

- 1) центральных резцов;
- 2) первого и второго моляров;
- 3) второго и третьего моляров;
- 4) бокового резца и первого премоляра.

## ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТИ

- 1) вскрытие поднадкостничного абсцесса, удаление причинного зуба;
- 2) вскрытие поднадкостничного абсцесса, назначение антибиотиков, физического лечения;
- 3) удаление причинного зуба, назначение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств;
- 4) вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны, удаление причинного зуба, назначение антибактериальных и противовоспалительных лекарственных средств, физического лечения;
- 5) вскрытие поднадкостничного абсцесса, дренирование раны, назначение физического лечения.

## ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ПРОИЗВОДЯТ РАЗРЕЗ

- 1) слизистой оболочки по переходной складке;
- 2) слизистой оболочки и надкостницы в месте наибольшего выбухания инфильтрата;
- 3) слизистой оболочки по десневому краю;
- 4) надкостницы по переходной складке;
- 5) околочелюстных мягких тканей.

## ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ОТМЕЧАЮТ

- 1) новообразование костной ткани
- 2) уменьшение воспаления
- 3) отторжение секвестров
- 4) отек, гиперемия надкостницы
- 5) гиперцементоз

## ПРИ СЕКВЕСТРИРУЮЩЕМ ВАРИАНТЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРОЕЦИРУЮТСЯ

- 1) очаги деструкции в кости с множеством мелких секвестров
- 2) эндостальная и периостальная перестройка кости, склероз
- 3) один или несколько очагов деструкции с секвестром в центре
- 4) оссификация утолщенного периоста

## ТЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА С ГНОЙНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИЕЙ И РАСПЛАВЛЕНИЕМ ТКАНИ КОСТНОГО МОЗГА

- 1) острое
- 2) подострое
- 3) хроническое с преобладанием деструктивных процессов
- 4) хроническое с преобладанием продуктивных процессов
- 5) хроническое с преобладанием гиперпластических процессов

### БОЛЬ В ЗУБАХ ПРИ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ

- 1) постоянная в причинном зубе
- 2) приступообразная в причинном зубе
- 3) приступообразная в нескольких зубах
- 4) постоянная в зубах-антагонистах
- 5) постоянная в нескольких зубах

### ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

- 1) противовоспалительная
- 2) антибактериальная
- 3) дезинтоксикационная
- 4) десенсибилизирующая
- 5) противогрибковая

### ПРИ ПОДОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) деструкция ткани с четкими границами
- 2) деструкция костной ткани с нечеткими границами
- 3) уплотнения костной ткани с четкими границами
- 4) уплотнения костной ткани с нечеткими границами

### АДЕНОФЛЕГМОНА - ЭТО

- а) серозное воспаление лимфатического узла
- б) гнойное воспаление лимфатического узла
- в) серозная инфильтрация тканей, окружающая лимфатический узел
- г) гнойное воспаление жировой клетчатки вокруг лимфатического узла

### ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ ПРИНАДЛЕЖИТ К

- а) центральным органам кроветворения и иммунной защиты
- б) периферическим органам кроветворения и иммунной защиты
- в) органам эндокринной системы
- г) производным гистиоцитарной системы

### ХАРАКТЕРНЫЕ ФУНКЦИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

- а) эндокринная
- б) защитная
- в) иммунологическая
- г) кроветворная

### ПОДПОДБОРОДОЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПОЛУЧАЮТ ЛИМФУ ОТ

- а) нижних моляров
- б) кожи верхней и нижней губ
- в) твердого и мягкого неба
- г) полости носа

### КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА

- а) боль при пальпации
- б) коллатеральный отек
- в) физиологический цвет кожи
- г) местная гипертермия

### ПРИ ОСТРОМ ЛИМФАДЕНИТЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЮТ

- а) образование грануляционной ткани
- б) гиперплазию лимфоидных элементов

- в) замещение лимфоидной ткани соединительной тканью
- г) расширение кровеносных сосудов, лейкоцитарную инфильтрацию

#### ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА

- а) комплексное
- б) комбинированное
- в) рентгенотерапевтическое
- г) фотодинамическое

#### ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В РАЗМЕРАХ ЗА СЧЕТ

- а) лейкоцитарной инфильтрации
- б) гиперплазии лимфоидных элементов
- в) образования микроабсцессов
- г) расплавления капсулы

#### СИНУСЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА

- а) воротный
- б) пристеночный
- в) краевой
- г) межуточный
- д) корковый

#### КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ЛИМФАДЕНИТА ОСНОВАН НА

- а) клинических симптомах
- б) рентгенологическом исследовании
- в) лабораторных анализах
- г) УЗИ лимфатического узла
- д) цитологическом исследовании

#### ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- а) абсцессом
- б) флегмоной
- в) лимфогрануломатозом
- г) аденомой слюнной железы

#### ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ

- а) коллатеральный отек
- б) гиперемия кожи
- в) увеличение лимфатического узла
- г) образование свища

#### ВЕРХНЯЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- 1) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- 2) носовая поверхность верхней челюсти;
- 3) подвисочная поверхность верхней челюсти;
- 4) глазничная поверхность верхней челюсти;
- 5) скуловой отросток верхней челюсти.

#### ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА В

- 1) верхнем носовом ходу;
- 2) среднем носовом ходу;
- 3) нижнем носовом ходу;

- 4) области основной пазухи.

#### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ СИНУСИТЕ

- 1) изменений нет;
- 2) диффузные;
- 3) ограниченные неполипозные;
- 4) диффузно-неполипозные;
- 5) ограниченные и диффузно-полипозные.

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ОДОНТОГЕННЫМ СИНУСИТОМ

- 1) пункция верхнечелюстной пазухи;
- 2) микроскопическое исследование;
- 3) контрастная рентгенография;
- 4) рентгенография придаточных пазух носа;
- 5) компьютерное исследование.

#### ДЛЯ СОЗДАНИЯ ОТТОКА ЭКССУДАТА ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ ПРОВОДИТСЯ

- 1) Радикальная синусотомия
- 2) анемизация слизистой оболочки полости носа
- 3) пункция верхнечелюстной пазухи со стороны полости носа
- 4) пункция верхнечелюстной пазухи со стороны полости рта
- 5) удаление причинного зуба и создание сообщения через лунку

#### ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ЧЕРЕЗ

- 1) внутреннюю стенку;
- 2) заднюю стенку;
- 3) верхнюю стенку;
- 4) переднюю стенку клыковой ямки.

#### ВНУТРЕННЯЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:

- 1) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- 2) носовая поверхность верхней челюсти;
- 3) глазничная поверхность верхней челюсти;
- 4) скуловой отросток верхней челюсти

#### ТИПЫ СТРОЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:

- 1) пневматический;
- 2) промежуточный;
- 3) ячеистый;
- 4) склеротический;
- 5) спорадический.

#### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ

- 1) отек и гиперемия слизистой оболочки пазухи
- 2) утолщение слизистой пазухи
- 3) атрофия слизистой пазухи
- 4) увеличение объема полости верхнечелюстной пазухи
- 5) уменьшение объема верхнечелюстной пазухи

## ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

- 1) околокорневой кистой
- 2) злокачественной опухолью верхней челюсти
- 3) невралгией тройничного нерва
- 4) абсцессом клыковой ямки
- 5) фиброзной дисплазией

## НА КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ СИНУСИТЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ

- 1) полипозные изменения слизистой оболочки пазухи;
- 2) затемнение воспаленной пазухи;
- 3) затемнение всех придаточных пазух носа;
- 4) утолщение слизистой оболочки пазухи;
- 5) деформация костных стенок синуса.

## ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА

- 1) устранение источника инфекции
- 2) наблюдение в динамике
- 3) противовоспалительная терапия
- 4) иммунокоррекция
- 5) антибиотикотерапия

## НАРУЖНАЯ СТЕНКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ

- 1) альвеолярный отросток верхней челюсти;
- 2) носовая поверхность верхней челюсти;
- 3) подвисочная поверхность верхней челюсти;
- 4) глазничная поверхность верхней челюсти;
- 5) скуловой отросток верхней челюсти.

## ОДОНТОГЕННЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ В

- 1) лобной пазухе
- 2) основной пазухе
- 3) верхнечелюстного синуса
- 4) лобной, основной, верхнечелюстной пазух

## СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЕТСЯ СООБЩЕНИЕ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА В СРОКИ

- 1) 2 нед
- 2) 3 нед
- 3) 4 нед
- 4) 5 нед

## МЕСТНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА

- 1) могут не быть;
- 2) боль в верхней челюсти с иррадиацией в затылок;
- 3) заложенность носа с одной стороны;
- 4) попадание жидкой пищи в нос после удаления зуба;

## ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА У ПАЦИЕНТА С НАЛИЧИЕМ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВЫЯВЛЯЕТСЯ, ЧТО

- 1) заболеванию предшествовала боль с иррадиацией в висок;
- 2) заложенность носа с одной стороны;
- 3) заложенность носа с двух сторон;

- 4) несколько дней назад удален зуб на верхней челюсти;
- 5) несколько месяцев назад был удален зуб на верхней челюсти.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА

- 1) кровотечение из лунки
- 2) кровотечение из носа
- 3) выделение крови из лунки с пузырьками воздуха
- 4) глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки
- 5) боль с иррадиацией в затылок

#### ИННЕРВАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ

- 1) нижнечелюстным нервом;
- 2) подглазничным нервом;
- 3) средним альвеолярным нервом;
- 4) передним альвеолярным нервом.

#### ПЕРФОРАЦИЕЙ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НАЗЫВАЕТСЯ СООБЩЕНИЕ ПАЗУХИ С ПОЛОСТЬЮ РТА В СРОКИ

- 1) 2 нед
- 2) 3 нед
- 3) 4 нед
- 4) 5 нед

#### ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ ИЗ-ЗА:

- 1) грубой техники удаления зубов;
- 2) низкого расположения дна пазухи и прилегания его к верхушкам корней;
- 3) деструктивного процесса в периодонте верхних моляров и премоляров;
- 4) несвоевременного лечения синусита.

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА

- 1) отек слизистой оболочки верхнего преддверия полости рта
- 2) свищ на альвеолярной кости в области отсутствующего зуба
- 3) лунка зуба не заполнена кровяным сгустком;
- 4) лунка зуба заполнена распавшимся кровяным сгустком;
- 5) лунка зуба с выбуханием грануляционной ткани.

#### ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА С ОРОАНТРАЛЬНЫМ СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ПРОВОДЯТ В

- 1) ЛОР-отделении стационара;
- 2) стоматологическом стационаре;
- 3) ЛОР-отделении поликлиники;
- 4) стоматологической поликлинике.

#### ТАКТИКА ВРАЧА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) наличия острого гнойного процесса в челюсти и пазухе;
- 2) наличия хронического процесса в верхнечелюстной пазухе;
- 3) образования кровяного сгустка в лунке;
- 4) глубины лунки удаленного зуба;
- 5) общего состояния пациента.

#### ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА В НАИБОЛЬШЕЙ КОНЦЕНТРАЦИИ СОДЕРЖИТСЯ В

- а) крови
- б) слюне
- в) вагинальном секрете
- г) цервикальном секрете

ВИРУС ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА ОТНОСИТСЯ К

- а) пикорнавирусам
- б) ретровирусам
- в) буньявирусам
- г) флавивирусам

ИСТОЧНИК ВИЧ - ЭТО

- а) только животные
- б) только человек
- в) человек и животные
- г) объекты внешней среды

ВИЧ УСТОЙЧИВ К ВОЗДЕЙСТВИЮ

- а) высоких температур
- б) хлорсодержащих средств
- в) ионизирующей радиации
- г) 70 % этилового спирта

ВИЧ ИМЕЕТ В СВОЕМ СОСТАВЕ ФЕРМЕНТЫ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) обратной транскриптазы
- б) протеазы
- в) интегразы
- г) пептидазы

ОСНОВНОЙ ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИРУСА ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА

- а) парентеральный
- б) воздушно-капельный
- в) половой
- г) алиментарный

ВИЧ ПЕРЕДАЕТСЯ

- а) водным путем
- б) воздушно-капельным путем
- в) пищевым путем
- г) парентеральным путем
- д) контактно-бытовым путем

К ГРУППАМ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ

- а) потребителей инъекционных наркотиков
- б) работников секс-бизнеса
- в) мужчин, имеющих секс с мужчинами
- г) работников пищевых предприятий

РОССИЙСКАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОТНОСИТ СПИД К

- а) самостоятельному заболеванию
- б) заключительной стадии ВИЧ-инфекции

РИСК ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ ПРИ «АВАРИЙНЫХ» СИТУАЦИЯХ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СОСТАВЛЯЕТ

- а) 0,1%
- б) 0,3%
- в) 30%
- г) 100%

РИСК ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ ИНФИЦИРОВАННОЙ МАТЕРИ РЕБЕНКУ СОСТАВЛЯЕТ

- 1. 0,1%
- 2. 0,3%
- 3. 30%
- 4. 100%

АНТИРЕТРОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ МЕДИЦИНСКОМУ РАБОТНИКУ ПОСЛЕ «АВАРИЙНОЙ СИТУАЦИИ» НАЗНАЧАЕТСЯ

- а) в первые часы
- б) в первые сутки
- в) в первую неделю
- г) при выявлении ВИЧ-инфекции

АНАЭРОБНЫЕ БАКТЕРИИ В МИКРОБНОЙ ФЛОРЕ ГНОЙНОЙ РАНЫ СОСТАВЛЯЮТ

- 1. до 0,5 %
- 2. до 79%
- 3. до 92 %

ФЛЕГМОНА, ВОЗНИКШАЯ НА ФОНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ПО ЭТИОЛОГИИ

- 1. одонтогенная
- 2. тонзилогенная
- 3. стоматогенная

ФЛЕГМОНА, ВОЗНИКШАЯ НА ФОНЕ ОСТРОГО ТОНЗИЛЛИТА ПО ЭТИОЛОГИИ

- 1. одонтогенная
- 2. тонзилогенная
- 3. стоматогенная
- 4. Флегмона, возникшая на фоне абсцедирующего фурункула по этиологии
  - 1. одонтогенная
  - 2. дерматогенная
  - 3. стоматогенная

В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ОДОНТОГЕННОГО ВОСПАЛЕНИЯ ЛЕЖИТ

- 1. феномен Попова-Годона
- 2. феномен Артюса-Сахарова
- 3. феномен Тарканова

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА

- 1. сбор анамнеза
- 2. диагностическая пункция
- 3. пальпация

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА

1. сбор анамнеза
2. микробиологическое исследования отделяемого из раны
3. пальпация

#### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ МЕТОД ОБСЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ЛИЦА

1. сбор анамнеза
2. рентгенологическая диагностика
3. пальпация

#### ТОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ПОДРАЗУМЕВАЕТ

1. определение возбудителя и чувствительности к антибактериальным препаратам
2. выявление «причинного» зуба
3. определение локализации и распространенности гнойно-воспалительного процесса

#### ГРАНИЦЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

1. челюстно-подъязычная мышца
2. двубрюшная мышца
3. поверхностная мышца шеи
4. собственная фасция шеи
5. внутренняя поверхность основания тела нижней челюсти

#### В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ НАХОДЯТСЯ

1. поднижнечелюстная слюнная железа
2. лимфатические узлы
3. язычный нерв
4. подъязычный нерв
5. лицевая артерия

#### ГРАНИЦЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

1. челюстно-подъязычная мышца
2. собственная фасция шеи
3. двубрюшная мышца
4. подбородочно-подъязычная мышца
5. тело подъязычной кости

#### В ПОДБОРОДОЧНОМ ТРЕУГОЛЬНИКЕ НАХОДЯТСЯ

1. лимфатические узлы
2. подъязычная кость
3. подбородочный нерв
4. рыхлая клетчатка

#### ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

1. обострение хронического периодонтита моляра нижней челюсти
2. абсцесс челюстно-язычного желобка
3. гнойный периостит в области тела нижней челюсти
4. киста в области ветви нижней челюсти
5. затрудненное прорезывание нижнего третьего моляра

#### ИСТОЧНИКИ ИНФЕКЦИИ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА, ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. обострение хронического периодонтита резцов и клыка нижней челюсти

2. распространение инфекции из поднижнечелюстного треугольника
3. распространение инфекции из клетчатки корня языка
4. распространение инфекции из челюстно-язычного желобка

#### ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

1. затрудненное открывание рта
2. боль в области нижней челюсти
3. боль при глотании
4. болезненная припухлость в поднижнечелюстной области

#### ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ИЗ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ В КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО ВОЗНИКАЕТ

1. боль при глотании
2. Затрудненное открывание рта
3. затрудненное дыхание
4. невнятная речь

#### У БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

1. затрудненное открывание рта
2. болезненная припухлость подподбородочной области
3. болезненное глотание
4. сглаженность верхней шейной складки
5. болезненное жевание

#### АБСЦЕСС И ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С

1. аденофлегмоной
2. абсцессом и флегмоной подподбородочной области
3. абсцессом и флегмоной подъязычной области
4. абсцессом и флегмоной челюстно-язычного желобка
5. абсцессом и флегмоной позадичелюстной области

#### ГРАНИЦЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. подбородочно-подъязычная мышца
2. переднее брюшко двубрюшной мышцы
3. челюстно-подъязычная мышца
4. слизистая оболочка подъязычной области
5. подбородочно-язычная мышца

#### ПРИЧИНЫ АБСЦЕССА, ФЛЕГМОНЫ В ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. лимфаденит поднижнечелюстной области
2. обострившийся хронический периодонтит нижних моляров
3. сиалоаденит подъязычной слюнной железы
4. обострившийся хронический периодонтит нижних премоляров
5. обострившийся хронический периодонтит нижних передних зубов

#### ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. отек около нижней челюсти
2. болезненное глотание
3. боль при движении языком
4. ограничение открывания рта
5. боль, усиливающаяся при повороте головы

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ФЛЕГМОНЫ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. отек в подподбородочной области
2. разлитой инфильтрат в подъязычной области
3. гиперемия слизистой оболочки подъязычной области
4. отек и гиперемия слизистой оболочки преддверия полости рта
5. инфильтрация подъязычных складок

#### КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АБСЦЕССА ПЕРЕДНЕГО ОТДЕЛА ПОДЪЯЗЫЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. плотный, болезненный инфильтрат в переднем отделе подъязычной области
2. отек, гиперемия слизистой оболочки подъязычной складки
3. отек, гиперемия слизистой оболочки нижней поверхности языка, альвеолярного отростка
4. плотный и болезненный инфильтрат, занимающий всю подъязычную область

#### КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА

1. гиперемия, отек и инфильтрация крыловидно-челюстной складки
2. боль при глотании, разговоре, открывании рта, припухлость в области нижней челюсти
3. отек и боль по ходу кивательной мышцы
4. болезненное глотание, затрудненное открывание полости рта
5. боль при движении языком и повороте головы в стороны

#### ГРАНИЦЫ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА

1. слизистая оболочка подъязычной области
2. челюстно-подъязычная мышца
3. подбородочно-язычная мышца
4. боковая поверхность языка
5. внутренняя поверхность тела нижней челюсти

#### В ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОМ ЖЕЛОБКЕ РАСПОЛОЖЕНЫ

1. лимфатический узел
2. лицевой нерв
3. язычный нерв
4. поднижнечелюстной проток
5. язычная вена

#### ПРИЧИНЫ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА

1. лимфаденит поднижнечелюстной области
2. сиалоаденит околоушной слюнной железы
3. обострение хронического калькулезного субмандибулита
4. обострение хронического периодонтита нижних премоляров
5. обострение хронического периодонтита нижних третьих моляров

#### ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ С АБСЦЕССОМ ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА

1. болезненное глотание
2. затрудненное дыхание
3. боль в подбородочной области
4. ограничение открывания рта
5. боль при разговоре

#### ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА АБСЦЕССА, ФЛЕГМОНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. верхний центральный резец
2. нижний клык
3. верхний третий моляр
4. верхний клык

## КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССА ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ СХОЖА С

1. острым пульпитом
2. острым периодонтитом
3. периоститом
4. остеомиелитом

## КОЖА ПРИ АБСЦЕССЕ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. не изменена
2. цианотичная
3. бледная
4. гиперемированная

## ПРИЧИНА АБСЦЕССА, ФЛЕГМОНЫ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. верхние резцы
2. верхние клыки
3. нижние резцы
4. нижние моляры

## ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. нижняя граница скуловой области
2. нижний глазничный край
3. крыло носа
4. скуловая дуга

## НИЖНЯЯ ГРАНИЦА ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. зубы нижней челюсти
2. слизистая оболочка щеки
3. нижний край тела нижней челюсти
4. ветвь нижней челюсти

## ПОВЕРХНОСТНЫЙ АБСЦЕСС ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ РАСПОЛОЖЕН МЕЖДУ

1. кожей и щёчной мышцей
2. щёчной мышцей и слизистой оболочкой
3. скуловой костью и телом нижней челюсти
4. верхними и нижними зубами

## ГЛУБОКИЙ АБСЦЕСС ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ РАСПОЛОЖЕН

1. между кожей и щёчной мышцей
2. между щёчной мышцей и слизистой оболочкой
3. между щёчной и жевательной мышцами
4. между скуловой костью и ветвью нижней челюсти

## ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. нарушение дыхания
2. резкие, самопроизвольные боли, усиливающиеся при открывании рта
3. сужение глазной щели
4. боль при открывании рта
5. болезненное глотание

## КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ФЛЕГМОНЫ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ

1. разлитой инфильтрат в щёчной области
2. ограничение открывания рта до 2 см

3. коллатеральный отёк окружающих тканей
4. сужение глазной щели
5. экзофтальм

#### НАРУЖНАЯ СТЕНКА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. внутренняя поверхность тела нижней челюсти
2. латеральная крыловидная мышца
3. межкрыловидная фасция
4. ветвь нижней челюсти с внутренней стороны

#### ПЕРЕДНЯЯ ГРАНИЦА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. медиальная крыловидная мышца
2. слизистая оболочка щеки
3. щёчно-глочный шов
4. жевательная поверхность нижнего зуба мудрости

#### ПРИЧИНЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. стоматит щеки
2. острый перикоронит
3. острый верхнечелюстной синусит
4. воспаление поднижнечелюстной слюнной железы
5. артрит височно-нижнечелюстного сустава

#### ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. боль при глотании, ограничение открывания рта
2. ограничение открывания рта, боли в горле с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при глотании
3. боль при глотании, нарушение речи, незначительное ограничение открывания рта
4. боль при глотании и жевании

#### ВНЕШНИЙ ОСМОТР ПАЦИЕНТА С ФЛЕГМОНОЙ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ

1. умеренный отек в околоушно-жевательной области, увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы
2. что нет изменений
3. незначительный отек в поднижнечелюстной области и в верхних отделах височной области
4. отек в поднижнечелюстной области, распространяющийся на боковую поверхность шеи

#### ВНУТРЕННЯЯ ГРАНИЦА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. подподъязычные мышцы
2. внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
3. глоточно-предпозвоночный апоневроз
4. мышца мягкого нёба и мышечная оболочка глотки, верхний констриктор глотки
5. жевательная мышца и ее сухожилие

#### НАРУЖНАЯ ГРАНИЦА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. мышца мягкого нёба и мышечная оболочка глотки, верхний констриктор глотки
2. щёчно-глочный шов
3. щёчный гребень крылочелюстного шва

4. межкрыловидный шов и межкрыловидная фасция, внутренняя поверхность медиальной крыловидной мышцы
5. медиальная крыловидная мышца и глубокий листок капсулы, покрывающий глоточную часть околоушной слюнной железы

#### ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ВОСПАЛЕНИЯ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. отек поднижнечелюстной области
2. боль при глотании
3. гнойное отделяемое из выводного протока околоушной слюнной железы
4. головная боль
5. боль при открывании рта

#### ВНЕШНИЙ ПРИЗНАК АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА

1. отек тканей под углом нижней челюсти
2. отек щеки на стороне поражения
3. изменение цвета нижних передних зубов
4. покраснение кожи в проекции нижних моляров
5. нарушения тургора кожного покрова

#### ПРИ ОСМОТРЕ ПОЛОСТИ РТА ПАЦИЕНТА С АБСЦЕССОМ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ОПРЕДЕЛЯЮТ

1. фибриновый налет на поверхности крыловидно-нижнечелюстной складки
2. гиперемия и отек нёбно-язычных дужек
3. смещение уздечки языка в здоровую сторону
4. плотный инфильтрат кнутри от крыловидно-нижнечелюстной складки
5. флюктуация в подслизистом слое заднего отдела щёчной области

#### ОБЩИЕ ФАКТОРЫ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИЕ К РАЗВИТИЮ РАЗЛИТЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ

1. авитаминоз
2. заболевания сердечно-сосудистой системы
3. сахарный диабет
4. ожирение

#### ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В

1. крыловидно-нижнечелюстное пространство
2. окологлоточное пространство
3. заднее средостение
4. переднее средостение
5. крыло-нёбную ямку

#### КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА, ОБЪЕДИНЕННЫЕ ТЕРМИНОМ «ДНО ПОЛОСТИ РТА»

1. подъязычные клетчаточные пространства
2. поднижнечелюстные клетчаточные пространства
3. окологлоточное клетчаточное пространство
4. корень языка
5. подподбородочное клетчаточное пространство

## Эталоны ответов на задания в тестовой форме

№ ТЕСТА	ОТВЕТ								
1	2	21	2	41	5	61	5	81	1
2	1	22	1	42	2	62	2	82	1
3	5	23	3	43	2	63	5	83	3
4	4	24	2	44	9	64	3	84	4
5	1	25	1	45	4	65	1,3,4	85	2,3,5
6	2	26	3	46	4,5	66	2	86	5
7	2	27	1	47	2	67	2	87	2,5
8	5	28	3	48	3	68	4	88	1
9	2	29	2	49	3	69	3	89	3
10	3	30	1	50	4	70	5	90	5
11	1	31	3	51	1	71	4	91	3
12	1	32	3	52	2	72	2	92	4
13	3	33	5	53	5	73	2	93	3
14	2	34	2	54	2	74	2	94	3
15	3	35	1	55	3	75	2	95	3
16	4	36	2	56	1,3,4	76	4,5	96	1
17	4	37	5	57	1	77	2	97	3
18	2	38	3	58	2	78	4	98	1
19	5	39	1,2,3	59	5	79	4	99	3
20	1,2	40	4	60	2	80	3	100	2

### 2.3. Экзаменационные ситуационные задачи

Во время экзамена по дисциплине ординатор решает одну ситуационную задачу, демонстрируя сформированность универсальных и профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия.

Решение ситуационной задачи позволяет оценить умение ординатора анализировать информацию, выделить главные и второстепенные признаки болезни, правильно использовать терминологию, ставить диагноз, согласно действующих классификаций, МКБ, выбрать оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разработать план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента.

#### Примеры ситуационных задач:

**ЗАДАЧА № 1** (контролируемые компетенции: УК-1; УК-2; ПК-2; ПК-4; ПК-5, ПК-7, ПК-9; ПК-10)

**Пациент П., 48 лет,** предъявляет жалобы на ноющую боль в верхних зубах справа, общую слабость.

**Анамнез развития заболевания:** 2 недели назад появилась несильная, ноющая боль в верхних зубах справа. Занимался самолечением. 2 дня назад боль усилилась.

**Анамнез жизни:** Хронический гастрит, панкреатит. 15 лет назад проводилось лечение по поводу хронического двустороннего верхнечелюстного синусита. Туберкулез, вирусный гепатит отрицает. Аллергическая реакция на новокаин, лидокаин, пенициллин, тетрациклин по типу крапивницы.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,7°C. Лицо асимметричное за счет отека подглазничной области, нижнего века справа. Кожа в цвете не изменена. В подглазничной области справа мягкие ткани отечные, собираются в складку, безболезненные. Затруднено носовое дыхание справа, гнойное отделяемое из правой половины носа. Красная кайма губ в цвете не изменена, сухая. Открывание рта не нарушено. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, влажная. Язык покрыт белесоватым налетом.

**Зубная формула**

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

Коронка 1.7 зуба частично разрушена, серого цвета. Кариозная полость заполнена остатками пищи. Зондирование кариозной полости безболезненное. Перкуссия безболезненная. Зуб устойчив.

Коронки 4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 зубов сохранены, шейки зубов оголены, покрыты мягким зубным налетом, подвижность III степени, перкуссия безболезненная. Красная десна вокруг нижних передних зубов отечная, кровоточит, определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм и более.



1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Опишите представленную рентгенограмму.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения, опишите этапы лечения.
5. Какова тактика в отношении 1.7. зуба?
6. Какова тактика в отношении передних нижних зубов?
7. Какой срок ожидания допустим при оказании медицинской помощи в данной ситуации?
8. Кем и на какое количество дней выдается лист временной нетрудоспособности в данной клинической ситуации?
9. Сформулируйте рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта.

**ЗАДАЧА № 2** (контролируемые компетенции: УК-1; УК-2; ПК-2; ПК-4; ПК-5, ПК-7, ПК-9; ПК-10, ПК-11, ПК-12)

Пациентка М., 62 года, обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль, хруст в височно-нижнечелюстном суставе при открывании рта, приеме пищи.

**Анамнез заболевания:** описанные жалобы появились 2 месяца назад во время приема твердой пищи. Боль умеренная, только при функции ВНЧС. Самостоятельно лечение не проводила.

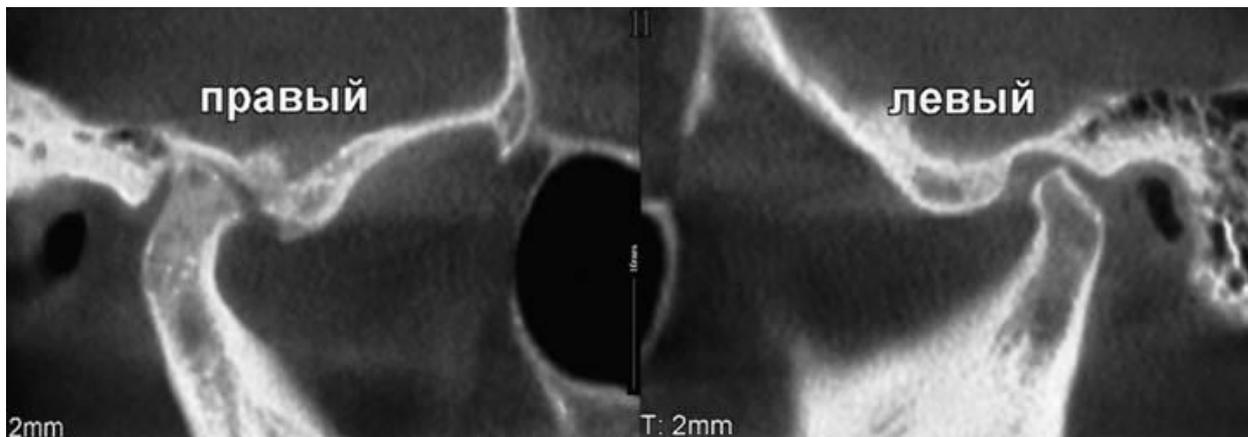
**Анамнез жизни.** Аллергоанамнез спокойный. Не работает, полгода назад уволилась с работы. Не курит. Ранее обследовалась у невролога по поводу остеохондроза шейного и грудного отделов позвоночника.

**Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. АД 100/ 70 мм рт.ст. Лицо симметричное. Кожа физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. Красная кайма губ не изменена. Открывание рта болезненное, ограничено до 30 мм, сопровождается хрустом. При пальпации отмечаются болезненные собственно жевательные мышцы, латераль-

ные и медиальные крыловидные мышцы. Пальпация ВНЧС слабо болезненная. Девиации нижней челюсти нет. Слизистая оболочка полости рта не изменена. Язык влажный, подвижный.

**Зубная формула**

0	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	0	0
0	0	0	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	0	3.6	3.7	3.8



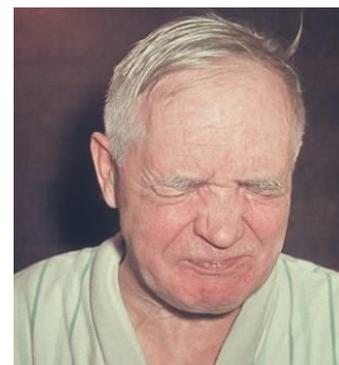
1. Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Опишите КТ ВНЧС.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Составьте план лечения, опишите порядок и этапы лечения.
5. Какие рекомендации по функциональной нагрузке на ВНЧС можно сделать пациентке?
6. Какой срок ожидания допустим при оказании медицинской помощи в данной ситуации?
7. Кем и на какое количество дней выдается лист временной нетрудоспособности в данной клинической ситуации?
8. Сформулируйте рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта.

ЗАДАЧА № 3 (контролируемые компетенции: УК-1; УК-2; ПК-2; ПК-4; ПК-5, ПК-7, ПК-9; ПК-10, ПК-11, ПК-12)

**Пациент В.,** 66 лет, обратился в хирургическое отделение стоматологической поликлиники с жалобой на жгучую, приступообразную боль в нижней челюсти справа.

**Анамнез развития заболевания:** кратковременная, очень сильная во время приступа боль («как удар электрическим током») появилась 3 месяца назад. Боль беспокоит только днем, ночью боли нет. Появление боли провоцируют прикосновения к коже лица, чистка зубов. Пациент принимал диклофенак, найз, парацетамол, боль не прекращалась. Осмотрен стоматологом, проведено удаление разрушенных зубов.

**Анамнез жизни:** В течение 15 лет страдает гипертонической болезнью. Гипотензивные препараты принимает не постоянно. Часто беспокоит головная боль. Полисегментарный остеохондроз позвоночника. Аллергоанамнез спокойный. Травму отрицает.



**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. АД 186/110 мм рт.ст. Кожа физиологической окраски. Красная кайма губ не изменена. Пациент ведет себя беспокойно, просит не дотрагиваться руками до кожи подбородка из-за боязни появления приступа боли. Открывание рта свободное, безболезненное. Слизистая оболочка языка, щек, твердого неба, альвеолярной части нижней челюсти бледно-розовая, влажная, гладкая, блестящая.

**Зубная формула:**

0	1.7	1.6	0	0	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	0	0	2.6	2.7	0
0	0	0	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	0	3.7	3.8

С

На зубах значительное количество мягкого налета, твердых отложений.

3.4 зуб с глубокой кариозной полостью, выполненной пигментированным размягченным дентином, зондирование безболезненное, перкуссия безболезненная.

На панорамной томограмме: губчатая костная ткань нижней челюсти обычной мелкоячеистой структуры. Нижнечелюстные каналы прослеживаются от нижнечелюстного до ментального отверстий в виде полос просветления. Правый нижнечелюстной канал имеет склерозированные стенки толщиной 1,5 мм, его ширина более узкая, чем канала слева.

1. **Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его**
2. **Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?**
3. **Консультация каких врачей-специалистов необходима?**
4. **Проведите дифференциальную диагностику.**
5. **Составьте план лечения, опишите порядок и этапы лечения.**
6. **Какова тактика в отношении 3.4 зуба?**
7. **Какой вид и форма медицинской помощи должна быть предоставлена пациенту?.**
8. **Какие документы федерального и территориального уровня регламентируют гарантированный порядок бесплатного оказания медицинской помощи?**
9. **Сформулируйте рекомендации по гигиеническому уходу за полостью рта.**

### **3. Технологии и критерии оценивания**

За период изучения дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия» предусмотрен зачет с оценкой в 1, 2 семестрах, зачет без оценки в 4 семестре в виде клинического разбора больного, во время которого оцениваются навыки использования методов обследования, диагностики и лечения, и тестового контроля. По результатам испытаний выставляется оценка или «зачтено».

Промежуточная аттестация по дисциплине проводится в форме экзамена в 3 семестре. Цель промежуточной аттестации – оценить степень освоения ординаторами дисциплины «Челюстно-лицевая хирургия» в соответствии с требованиями ФГОС ВО. До экзамена допускаются ординаторы, полностью освоившие программу дисциплины, а также аттестованные по практическим навыкам.

#### **3.1. Критерии оценки этапа приема практических умений и навыков:**

Отлично – проведен подробный расспрос больного или его родственников, определены все детали анамнеза болезни, анамнеза жизни, эпидемиологического, аллергологического анамнеза. Сделаны соответствующие выводы. Проведен осмотр по органам и системам: выделены главные симптомы. Определены ведущие синдромы основного, сопутствующего (при его наличии), фонового (при его наличии) заболевания. Интерпретированы результаты лабораторных анализов (при их наличии). Сформулирован клинический диагноз. Проведен дифференциальный диагноз (при необходимости). Определена тактика лечения, включая сроки госпитализации больного, и ближайший прогноз. При общении с больным или его представителем экзаменуемый проявляет толерантность к социальному, этническому статусу пациента, демонстрирует эмпатию.

Хорошо - то же самое, но при наличии замечаний, имеющих несущественный характер при сборе анамнеза и осмотре больного, Неполная формулировка клинического диагноза в части выделения сопутствующих или фоновых заболеваний, затруднение с определением ближайшего прогноза.

Удовлетворительно – имеются замечания по неполному анамнезу, нарушению методики осмотра больного, диагноз основного заболевания сформулирован с наводящими вопросами, но тактика его лечения и сроки изоляции определены правильно, не выделены сопутствующие и фоновые болезни, не определен прогноз.

#### **3.2. Критерии оценки этапа тестирования:**

Результат оценивается как «зачтено» или «не зачтено», знания по дисциплине засчитываются, если есть положительный ответ на 70% и более тестовых заданий по данной дисциплине.

1. Положительный ответ на менее чем 70% тестовых заданий свидетельствует о несформированности компетенций по дисциплине.
2. Положительный ответ на 70– 80% тестовых заданий свидетельствует о низком уровне сформированности компетенций по дисциплине.
3. Положительный ответ на 81– 90% тестовых заданий свидетельствует о среднем уровне сформированности компетенций по дисциплине.
4. Положительный ответ на 91–100% тестовых заданий свидетельствует о высоком уровне сформированности компетенций по дисциплине.  
71-80% правильных ответов – удовлетворительно.  
81-90% правильных ответов – хорошо.  
91% и выше – отлично.

### **3.3. Критерии оценки этапов клинического разбора больного, решения ситуационной задачи:**

Отлично – если обучающийся демонстрирует умение анализировать информацию, выделяет главные и второстепенные признаки болезни, правильно использует терминологию, ставит диагноз согласно действующих классификаций, МКБ, выбирает оптимальный метод лечения, диагностики, реабилитации, профилактики, разрабатывает план диспансерного наблюдения в зависимости от нозологии, индивидуальных особенностей пациента, устанавливает причинно-следственные связи и уверенно аргументирует собственную точку зрения

Хорошо – если допускает незначительные ошибки, не способные негативно повлиять на течение и исход болезни

Удовлетворительно – если допускает ошибки, способные привести к осложненному течению болезни и ухудшить прогноз

Неудовлетворительно – если допущена грубая диагностическая ошибка (неправильно сформулирован диагноз), определена неверная лечебная тактика.