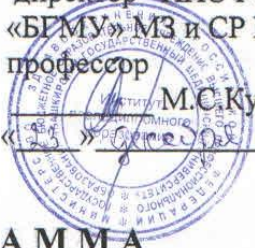


ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ» ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНСТВА ПО
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ И ЧЕЛЮСТНО – ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

УТВЕРЖДАЮ
директор ИПО ГОУ ВПО
«БГМУ» МЗ и СР РФ
профессор
М.С. Кунафин
2010 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
цикла общего усовершенствования (ОУ)
«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»

Учебная дисциплина: челюстно – лицевая хирургия

Специальность: челюстно – лицевая хирургия

Контингент слушателей: челюстно – лицевые хирурги

Продолжительность обучения: 1 месяц (144 часа, 3Е-4)

Лекций	56	часов
Практические занятия	47	часов
Семинарские занятия	35	часов
Экзамен	6	часов
Всего	144	часов

Уфа – 2010 г.

Рабочая программа цикла общего усовершенствования (ОУ) «Челюстно-лицевая хирургия», продолжительностью 144 часа, 4 недели, 1 месяц составлена на основании Государственного образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности- 040126.08 « Челюстно- лицевая хирургия». – М.:ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001, и Типовой программы дополнительного профессионального образования по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.

Составители:

к.м.н. доцент Ю.Н. Шестаков, к.м.н. доцент В.И. Авраменко под общей редакцией д.м.н., профессора Г.Г. Мингазова

Рецензенты:

Зав. кафедрой стоматологии и челюстно- лицевой хирургии д.м.н., профессор И.М. Байриков.

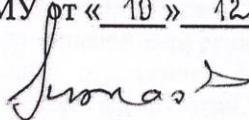
Казанский Государственный Медицинский Университет, профессор кафедры стоматологии д.м.н., профессор Р.Г. Хафизов

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ИПО БГМУ от « 01 » 10 2010 г., протокол № 120.

Зав. кафедрой стоматологии и челюстно- лицевой хирургии д.м.н. профессор Мингазов Г.Г.

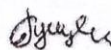
Рабочая программа одобрена методическим советом специальности хирургического профиля ИПО БГМУ от « 10 » 12 2010 г., протокол № 15.

Председатель МСС,
д.м.н. профессор



С.Н. Хунафин

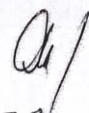
Секретарь, к.м.н.



А.И. Пуцман

Рабочая программа утверждена координационным научно- методическим советом ИПО БГМУ от « 23 » 12 2010 г., протокол № 5.

Председатель КНМС ИПО БГМУ
д.м.н., профессор



М.С. Кунафин

Секретарь, д.м.н. профессор



Л.П. Фаизова

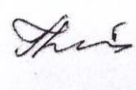
Рабочая программа утверждена на Ученом Совете ИПО БГМУ от « 23 » 12 2010 г., протокол № 4.

Председатель Ученого Совета ИПО БГМУ,
д.м.н., профессор



М.С. Кунафин

Секретарь, д.м.н., профессор



Г.П. Ширяева

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

1.	Пояснительная записка	
1.1.	Актуальность и предпосылка создания программы	
1.2.	Цели изучения дисциплины	
1.3.	Задачи изучения дисциплины	
2.	Положение о враче – специалисте челюстно – лицевом хирурге	
2.1.	Общие положения	
2.2.	Квалификационные требования, предъявляемые к врачу специалисту челюстно – лицевому хирургу	
3.	Квалификационная характеристика врача специалиста челюстно – лицевого хирурга	
4.	Содержание разделов дисциплины	
4.1.	Модули учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения данной учебной дисциплины	
4.2.	Содержание учебных материалов по тематическим модулям	
4.3.	Учебно – тематический план	
4.4.	Перечень тем семинарских занятий по тематическим модулям	
4.5.	Порядок проведения семинарских занятий	
5.	Результаты изучения материала дисциплины	
6.	Методы контроля и учета результатов усвоения материала дисциплины	
7.	Учебно – методическое обеспечение дисциплины	
7.1.	Используемые технические средства	
7.2.	Используемые технические средства	
7.3.	Учебные слайды, видеофильмы	
7.4.	Перечень методических указаний, рекомендаций	
7.5.	Учебно – отчетная документация	
8.	Список литературы	
8.1.	Законодательные и нормативные акты в России	
8.2.	Основная литература	
8.3.	Дополнительная литература	
8.4.	Директивные документы, нормативы, инструкции	
9.	Квалификационные тесты	

1. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА.

1.1. Актуальность и предпосылки создания программы

Челюстно-лицевая хирургия представляет собой дисциплину, в которой неразрывно связаны между собой такие области клинической медицины как офтальмология, оториноларингология, нейрохирургия.

Челюстно-лицевая хирургия как составная часть клинической медицины, изучает в основном процессы, связанные с патологией челюстно-лицевой области (ЧЛО) и шеи, разрабатывает современные методы диагностики, профилактики и лечения воспалительных заболеваний, травматических повреждений, новообразований, дефектов и деформаций ЧЛО и шеи как врожденного, так и приобретенного характера, а также способы профилактики их осложнений. Усилия челюстно-лицевой хирургии как науки направлены на исследование этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечение заболеваний челюстно-лицевой области.

Специалисты в области челюстно-лицевой хирургии должны иметь знания и умения по медицинским наукам, релевантным челюстно-лицевой области, включая все клинические аспекты диагностики, консервативного и хирургического лечения, а также профилактики заболеваний органов лица.

Несмотря на большие достижения современной медицины, некоторые виды патологии, касающиеся области челюстно-лицевой хирургии, продолжают представлять собой серьезную медико-социальную проблему. В связи с этим постоянно растет потребность в квалифицированных врачах – челюстно-лицевых хирургах, владеющих в полном объеме на должном уровне знаниями и навыками комплексного лечения различных заболеваний челюстно-лицевой области. Такими специалистами высокого класса призваны стать врачи – челюстно-лицевые хирурги, прошедшие обучение в клинической ординатуре и получившие сертификат по специальности 040126.08 челюстно – лицевая хирургия.

Челюстно-лицевые хирурги, будучи высококвалифицированными специалистами, смогут осуществлять не только лечебно-профилактическую работу, но и административно-управленческую, медико-социальную и организационно-методическую работу.

В связи с этим, вышеуказанное обуславливает полную востребованность челюстно-лицевого хирурга, имеющего сертификат.

Согласно учебному плану, на цикле общего усовершенствования по специальности «челюстно-лицевая хирургия» предусмотрена дневная форма обучения продолжительностью 144 часа (1 месяц). На теоретические занятия отводится 91 час (из них 56 часов – лекционный курс, 35 часов – семинарские занятия). На практические занятия отводится 47 часов.

Занятия проводятся на базе кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии ИПО БГМУ – городская клиническая больница № 21 г.Уфы.

Теоретическое обучение по специальности проводится в виде семинарских занятий по всем разделам челюстно-лицевой хирургии и включает 5 тематических блоков (методы обследования и обезболивания в челюстно-лицевой хирургии, хирургия органов полости рта, неотложная челюстно-лицевая хирургия, онкология ЧЛО и восстановительная хирургия).

Практическое обучение проводится на поликлинических базах кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии ИПО БГМУ, профильных отделениях стационаров и диагностических отделений специализированных центров республиканского и городского масштаба. Оно включает в себя самостоятельное осуществление лечебно-диагностических манипуляций и процедур, интерпретацию результатов дополнительных исследований, заполнение медицинской документации и курацию больных в соответствии с перечнем практических навыков в рамках каждого модуля.

Практическое обучение проводится под руководством заведующего кафедрой, профессора и ответственного доцента по специальности «Челюстно

– лицевая хирургия», и доцентов кафедры других стоматологических специальностей.

Контроль обучения осуществляется путем проверки протоколов ежедневной работы с указанием доли самостоятельного участия слушателя, а также проведения ПК (промежуточный контроль) и ИК (государственная итоговая аттестация).

1.2. Цели изучения дисциплины.

Целью обучения на цикле повышения квалификации по специальности челюстно-лицевая хирургия (040126.08) является подготовка высококвалифицированных специалистов, владеющих в должном объеме знаниями, умениями и практическими навыками, необходимыми в современной практике, соответствующими требованиям сертификации и последующего лицензирования в качестве специалистов.

1.3. Задачи изучения дисциплины:

- обучить современным методам;
- развить знания по использованию современных методов диагностики различных патологических состояний челюстно-лицевой области с учетом сопутствующих заболеваний и возраста;
- развить навык самостоятельного определения необходимого объема и набора лечебно-диагностических мероприятий, используемых в практике;
- научить осуществлять необходимые и адекватные лечебные и диагностические манипуляции и процедуры больным с различными заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области в амбулаторных и стационарных условиях с учетом детского возраста;
- развить умение интерпретировать результаты современных лабораторных и инструментальных исследований, используемых в повседневной практике челюстно-лицевого хирурга;
- развить навык оказания высококвалифицированной помощи на современном

уровне при неотложных состояниях, связанных с травмами и воспалительными процессами челюстно-лицевой области;

- развить навык проведения интенсивной терапии при осложнениях воспалительных процессов и в послеоперационном периоде;
- развить знания по проведению комплекса социальных и трудовых реабилитационных мероприятий у больных с заболеваниями челюстно-лицевой области;
- развить умение реализации профилактических мероприятий по снижению уровня наиболее распространенных инфекционных заболеваний челюстно-лицевой области.

2. Положение о враче – специалисте челюстно – лицевом хирурге

2.1. Общие положения.

- Врач челюстно-лицевой хирург - специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную и плановую квалифицированную медико-социальную помощь населению.

- Подготовка челюстно-лицевого хирурга осуществляется в вузах на стоматологических, лечебных и педиатрических факультетах с последующим обязательным прохождением клинической ординатуры в специализированных стационарах (приказ №112,210,705,415). Тематическое усовершенствование врачей челюстно-лицевых хирургов осуществляется в институте последипломного образования БГМУ с применением очной формы обучения.

- Врач челюстно-лицевой хирург осуществляет свою деятельность, как правило, в государственном медицинском учреждении (стационар); при наличии лицензии и в негосударственном медицинском учреждении (малое, акционерное, коллективное предприятие), а также в порядке частной практики.

- Врач челюстно-лицевой хирург может работать по контракту (договору) с государственными, муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями и др. медицинскими учреждениями.

- Контингент составляют больные с врожденными и приобретенными деформациями и дефектами в области лица, поверхностных тканей головы и шеи.

- врач челюстно-лицевой хирург осуществляет также амбулаторно-консультативный прием, оказание неотложной помощи при повреждениях лица, челюстей и поверхностных тканей головы и шеи.

- Врач челюстно-лицевой хирург осуществляет амбулаторный прием, оказание неотложной помощи, проведение комплекса профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

- Врачу челюстно-лицевому хирургу непосредственно подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также по согласованию с органами социальной защиты - социальный работник.

- Врач челюстно-лицевой хирург руководствуется настоящим положением, законодательными и отраслевыми нормативными документами Российской Федерации по вопросам охраны здоровья населения.

- Контроль за деятельностью врача челюстно-лицевого хирурга проводится в установленном порядке органами управления здравоохранением по месту работы врача.

- Назначение и увольнение врача челюстно-лицевого хирурга осуществляется в соответствии с действующим законодательством и условиями контракта.

Обязанности челюстно-лицевого хирурга

Основной обязанностью является оказание первичной и плановой квалификационной помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом.

- Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний.

- Оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях.

- Своевременная консультация и госпитализация больных в установленном порядке.

- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий и объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.

- Ведение утвержденных форм учетной и отчетной документации.

Права врача челюстно-лицевого хирурга.

Врач челюстно-лицевой хирург имеет право:

- Контролировать работу подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

- Заключать договоры на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с любыми органами, предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке.

- Получать плату за медицинские услуги, не предусмотренные условиями контракта, на основе дополнительного договора.

- Вносить предложения по вопросам улучшения медико-социальной помощи.

- Принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам лечебно-профилактической помощи, состоять членом различных общественных и профессиональных организаций, чья деятельность не противоречит целям и задачам врача общей практики, а также действующему законодательству.

- Использовать медицинские учреждения для повышения своей квалификации на условиях договора с оплатой как за счет средств нанимателя, так и за собственный счет.

- проводить в установленном порядке экспертизу качества оказания медицинской помощи пациенту другими специалистами.

- заявлять иски в суд и арбитраж и отвечать по ним.

Ответственность врача челюстно-лицевого хирурга

Врач челюстно-лицевой хирург несет ответственность в пределах своих прав за самостоятельно принимаемые решения. За противоправные действия или бездействия, повлекшие за собой ущерб здоровью или смерть пациента, несет ответственность в соответствии с действующим законодательством.

2.2. Квалификационные требования, предъявляемые к врачу специалисту челюстно – лицевому хирургу.

Слушатель цикла общего усовершенствования по специальности «челюстно-лицевая хирургия» должен:

иметь представление:

- о современных проблемах и магистральных направлениях развития медицины;
- о новых технологиях в диагностике и лечении патологии челюстно-лицевой области;

знать и уметь использовать:

- эпидемиологические сведения, влияние этиологических факторов и факторов риска, современные теории патогенеза, классификации, современные методы диагностики, в том числе ранней, схемы лечения на различных этапах и профилактику заболеваний ЧЛЮ;

иметь навык:

- высококвалифицированного расспроса больных с заболеваниями ЧЛЮ;
- выполнения в совершенстве физикального обследования больных с заболеваниями ЧЛЮ;
- определения объема необходимых лечебно-диагностических мероприятий, используемых в челюстно-лицевой хирургии;
- самостоятельного проведения необходимых лечебных и диагностических манипуляций больным с патологией ЧЛЮ;
- интерпретации результатов дополнительных исследований (лабораторных, микробиологических, морфологических, функциональных,

антропометрических, рентген-радиологических,);

-самостоятельного проведения комплексного индивидуализированного лечения больных с патологией ЧЛЮ в условиях поликлиники и стационара;

- проведения некоторых реанимационных мероприятий и оказания помощи при неотложных состояниях;

-разработки и проведения реабилитационных мероприятий;

-оказания консультативной помощи больным с заболеваниями ЧЛЮ;

-ведения врачебной медицинской документации.

3. Квалификационная характеристика врача специалиста челюстно – лицевого хирурга

В соответствии с требованиями специальности врач челюстно – лицевой хирург должен знать и уметь:

1. Общие знания:

- основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения;
- общие вопросы организации стоматологической помощи в стране, организацию работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- правовые вопросы;
- топографическую анатомию головы и челюстно-лицевой области, особенности кровоснабжения, иннервации и лимфооттока; строение зубов, эмбриологию зубочелюстной области и основные нарушения эмбриогенеза;
- основные вопросы нормальной физиологии и патологической физиологии заболеваний челюстно-лицевой области; взаимосвязь функциональных систем организма и уровни их регуляции;
- патофизиологию, профилактику и терапию шока и кровопотери;
- физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов;

- основы иммунобиологии;
- общие и функциональные методы обследования больных с челюстно-лицевой патологией; показания и противопоказания к применению рентгеновского и радиологического методов обследования и лечения;
- клиническую симптоматику основных заболеваний челюстно-лицевой области, пограничных состояний у взрослых и детей, их профилактику, диагностику и лечение;
- вопросы асептики и антисептики; раневой процесс и его осложнения, гнойные инфекции;
- принципы, приемы и методы обезболивания в челюстно-лицевой хирургии, вопросы интенсивной терапии и реанимации у взрослых и детей;
- основы фармакотерапии в хирургической стоматологии;
- принципы диетотерапии при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- применение физиотерапии в челюстно-лицевой хирургии, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению;
- принципы подготовки больных (взрослых и детей) к операции и ведение послеоперационного периода;
- вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы; диспансеризацию;
- организацию диспансеризации стоматологических больных;
- оборудование операционных и палат интенсивной терапии, технику безопасности при работе с аппаратурой; хирургический инструментарий, применяемый при различных операциях в челюстно-лицевой области;
- вопросы организации и деятельности медицинской службы гражданской обороны и военно-полевой хирургии.

Общие умения:

- получить информацию о заболевании; выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии; оценить тяжесть состояния больного; определить

объем и последовательность реанимационных мероприятий; оказать необходимую срочную помощь больному;

- определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, радиоизотопных, функциональных и др.). интерпретировать их результаты;
- провести дифференциальную диагностику основных стоматологических заболеваний у взрослых и детей, обосновать клинический диагноз; обосновать схему, план и тактику ведения больных, показания и противопоказания к операции; определить показания к госпитализации;
- разработать план подготовки больного к экстренной и плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку к операции всех функциональных систем;
- обосновать наиболее целесообразную технику операции при данной челюстно-лицевой патологии и выполнить ее в необходимом объеме;
- разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику послеоперационных осложнений;
- оформить медицинскую документацию;
- провести диспансеризацию больных.

Специальные знания и умения:

Специалист челюстно – лицевой хирург должен знать профилактику, диагностику, клинику и лечение при следующих состояниях:

- травматический шок;
- острый сосудистый коллапс;
- острая кровопотеря;
- острая сердечная и дыхательная недостаточность.

Должен уметь установить диагноз и провести необходимое лечение при следующих заболеваниях:

- повреждение мягких тканей лица;

- ушибы лица;
- переломы нижней и верхней челюсти, скуловой кости и дуги костей носа;
- острый и привычный вывих челюсти;
- раны языка и слизистой оболочки полости рта:
- переломы в вывихи зубов;
- переломы альвеолярного отростка;
- пульпит, периодонтит, перикоронарит;
- радикулярные и фолликулярные кисты челюстей;
- периостит;
- абсцессы мягких тканей и дна полости рта; аденофлегмоны;
- флегмоны около нижней челюсти; флегмоны около верхней челюсти;
- артриты и артрозы височно-нижнечелюстного сустава;
- нервно-мышечный дисбаланс височно-нижнечелюстного сустава;
- острые и хронические воспалительные заболевания слюнных желез и слюнных протоков;
- болезнь Сьегрена;
- одонтогенный остеомиелит челюстных костей; травматический остеомиелит; гематогенный остеомиелит;
- гайморит острый и хронический;
- тромбоз вен лица;
- невралгия, неврит тройничного нерва;
- вегеталгия;
- глоссалгия и глоссодиния;
- лимфадениты, фурункулы, карбункулы;
- слюнокаменная болезнь;
- ретенционные кисты;
- лимфангиомы, гемангиомы;
- лейкоплакия;
- папилломы;
- атеромы;

- пигментные невусы;
- бронхиогенные кисты и свищи;
- злокачественные опухоли полости рта и языка, их диагностика; предраковые состояния слизистой полости рта;
- амелобластома; одонтома; остеокластобластома;
- врожденные расщелины верхней губы и неба.

Манипуляции:

- местная проводниковая анестезия на верхней и нижней челюсти;
- удаление разрушенных зубов, ретенированных;
- операция цистотомии, цистэктомии, резекция верхушки корня фронтальных зубов;
- наложение шины на зубы при переломах челюстей;
- вскрытие абсцессов со стороны полости рта;
- промывание протоков слюнных желез; рентгеноконтрастирование
- биопсия при подозрении на опухолевый процесс;
- накладывание лигатурных повязок, повязок из быстротвердеющей пластмассы при переломах альвеолярного отростка и вывихах зубов;
- удаление ретенционных кист губы и полости рта атеромы кожи лица;
- операция у десневого края переходной складки по поводу периодонтита;
- ушивание ран при случайной перфорации гайморовой пазухи;
- хирургическая обработка раны лица и полости рта;
- вправление вывиха нижней челюсти;
- удаление камня из протока подчелюстной железы;
- ампутация корня или гемисекции зуба;
- удаление уздечки языка и верхней губы;
- определение группы крови;
- внутривенные и внутриартериальные вливания;
- искусственное дыхание;
- массаж сердца;
- трахеотомия;

- промывание желудка.

4. Содержание разделов дисциплины.

4.1. Модули учебных дисциплин и их разделов, необходимых для изучения данной учебной дисциплины.

Обучение на цикле общего усовершенствования по специальности «челюстно-лицевая хирургия» базируется на знаниях и умениях, приобретенных в клинической ординатуре.

1. Нормальная анатомия (строение органов лица и шеи).
2. Нормальная физиология (функциональная физиология органов лица и шеи).
3. Патологическая анатомия и гистология (макро- и микроскопический субстрат болезни при воспалительных и онкологических заболеваниях).
4. Патологическая физиология (механизмы развития воспалительных процессов и онкологических заболеваний ЧЛЮ, адаптивно-компенсаторные реакции и закономерности нарушения гомеостаза организма при сопутствующих заболеваниях).
5. Биохимия (основные биохимические реакции, лежащие в основе развития заболеваний ЧЛЮ).
6. Микробиология (микробиологические и биохимические характеристики этиологических агентов, методы их идентификации и способы выбора оптимального противомикробного лечения инфекционных заболеваний ЧЛЮ).
7. Анестезиология и реаниматология (оказание неотложной помощи и проведение реанимационных мероприятий при тяжёлых осложнениях и в послеоперационном периоде).
8. Инфекционные болезни (диагностические критерии и принципы лечения наиболее часто встречающихся инфекционных болезней ЧЛЮ).

9. Фтизиатрия (поражение органов лица при туберкулезе, клинико-лабораторные, инструментальные диагностические критерии).

10. Дерматовенерология (поражение кожи лица и слизистой полости рта при кожных и венерических заболеваниях, диагностические критерии).

11. Онкология (ранние клинические признаки онкологических заболеваний ЧЛЮ, лабораторно-инструментальные критерии).

12. Психиатрия (психосоматические синдромы, ятрогенные нарушения психики).

13. Нервные болезни (клинические проявления, неврологические симптомы и синдромы при повреждениях тройничного и лицевого нервов).

14. Клиническая фармакология (механизм действия, фармакодинамика, фармакокинетика, взаимодействие лекарственных средств).

15. Нейрохирургия (оказание неотложной помощи и проведение специализированных мероприятий при сочетанных повреждениях мозгового и лицевого скелета).

16. ЛОР болезни (оказание неотложной помощи и проведение специализированных мероприятий при заболеваниях ЧЛЮ и сопутствующими болезнями уха, горла и носа)

17. Офтальмология (оказание неотложной помощи и проведение специализированных мероприятий при заболеваниях ЧЛЮ в сочетании с глазными болезнями)

Требования к семинарским занятиям:

- Ксерокопирование части литературы для подготовки к семинарским занятиям.
- Подготовка сообщения на клинической конференции по отдельному вопросу (вопросам) семинарского занятия.
- Составление таблиц, схем, алгоритмов по ключевым вопросам семинарских занятий.
- Решение усложненных ситуационных задач по теме семинарского занятия.
- Решение усложненных тестовых заданий по теме семинарского занятия.

- Использование различных вариантов интерактивных игр в обучении
- Разбор клинических случаев по теме семинарского занятия.

Требования к практической деятельности клинического ординатора:

- Самостоятельный осмотр амбулаторных и стационарных больных.
- Самостоятельное обследование стационарных больных
- Составление и осуществление комплекса необходимых лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий.
- Участие в клинических, патологоанатомических конференциях, клинических разборах больных.
- Оценка и интерпретация результатов дополнительных методов исследования.
- Разбор «тематических» больных.
- Участие в обследованиях и манипуляциях больных, производимых специалистами-консультантами.
- Заполнение амбулаторных карт, историй болезни, статистических талонов и др. медицинской врачебной документации.
- Оформление ежедневных протоколов работы с указанием доли самостоятельного участия резидента.

Контрольные мероприятия для оценки знаний слушателя челюстно-лицевого хирурга:

1. текущий контроль по теме семинарского занятия в виде собеседования;
2. промежуточный контроль;
3. итоговый контроль, проводимый в конце каждого семестра в виде письменного тестового опроса по пройденным темам семинарских занятий и освоенным практическим навыкам;

Новые технологии обучения:

- Решение обучающих и контролирующих тестов по всем разделам теоретического раздела программы и практической деятельности с использованием компьютера.
- Раздаточный информационный материал (ксерокопии научных статей и

тезисов, учебные пособия, информационные листы, рекламные проспекты лекарственных препаратов, методические рекомендации и пособия).

- Таблицы, слайды.
- Обучающие видео- и аудиокассеты, DVD – диски .
- Видеофильмы, компьютерные обучающие и контролирующие программы.
- Ролевые игры
- Работа в сети «Интернет».

4.2. Содержание учебных материалов по тематическим модулям.

Вопросы по темам семинарских занятий, выделенные на самостоятельное изучение (в пределах 30% от всего объема теоретического материала) определяются учебным планом и расписанием.

Методы обследования и обезболивание в челюстно-лицевой хирургии у взрослых и детей.

Клинические методы обследования больных челюстно-лицевой области. Пальпация органов полости рта и лица. Перкуссия зубов. Зондирование зубов, зубодесневого кармана, выводных протоков слюнных желез. Лабораторные методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области (общий анализ крови и мочи, биохимические, бактериологические). Морфологические методы (цитологический, гистологический). Взятия мазка со слизистой оболочки полости рта и соскоб с поверхности раны для микробиологических и морфологических исследований; проведение пункции и биопсии. Инструментальные методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области (ультразвуковые методы диагностики, электромиография, ЭОД, дентальная рентгенография, рентгенография – фас и профиль лицевого скелета, ортопантомограмма, телерентгенография, сиалография, фистулография, КТ, ЯМР и др.)

Анатомо-топографическое строение тройничного нерва. Местное инфильтрационное и проводниковое обезболивание, особенности в детской практике. Общая анестезия, подготовка к проведению, показания и противопоказания. Методы проведения. Современные обезболивающие средства их физические и фармакологические свойства. Осложнения анестезии. Реанимационные мероприятия в условиях стационара и поликлиники.

Хирургия органов полости рта у взрослых и детей

Анатомо-топографическое строение органов полости рта. Особенности анатомического строения зубов мудрости. Механизм прорезывания молочных и постоянных зубов. Воспалительные заболевания, связанные с затрудненным прорезыванием зуба. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и методы лечения. Периодонтит. Классификация, клиника, диагностика и хирургические методы лечения - удаление зуба, резекция верхушки корня, гемисекция, ампутация корня, коронарно-радикулярная сепарация. Одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение, особенности течения болезни у детей. Абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств органов полости рта. Повреждения мягких тканей слизистой полости рта. Клиника, диагностика, лечение. Вывих и перелом зубов и альвеолярного отростка челюстей. Клиника, диагностика, лечение, особенности у детей.

Аномальное положение зуба. Неполная и полная ретенция зуба. Методы хирургического лечения. Болезни пародонта. Этиология, классификация, клиника, диагностика, методы хирургического лечения. Понятие мелкого преддверия и методы хирургического его устранения. Укороченная уздечка верхней и нижней губы. Причины первичной и вторичной, полной и неполной адентии. Оценка функционального состояния организма и подготовка к зубной имплантации. Показания и противопоказания для проведения операции. Виды дентальных имплантатов. Общие принципы операций и дополнительные

операции при зубной имплантации. Осложнения зубной имплантации, их профилактика, пути устранения.

Неотложная челюстно-лицевая хирургия у взрослых и детей

Анатомо-топографическое строение клетчаточных пространств ЧЛО. Анатомо – топографическое строение и функциональное состояние слюнных желез и ВНЧС. Этиология, патогенез воспалительных заболеваний ЧЛО. Факторы неспецифической защиты, иммунной реактивности больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вопросы диагностики, клиники и принципы лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи.

Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи. Остеомиелит челюстей. Современные представления об этиопатогенезе, принципы лечения остеомиелита челюстей в зависимости от фазы заболевания и возраста. Абсцессы и флегмоны отдельных локализаций челюстно-лицевой области. Одонтогенный гайморит: острый и хронический. Клиника, диагностика и лечения. Лимфаденит и аденофлегмона. Сиадениты, слюнно-каменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Диагностика, клиника, лечение. Фурункул и карбункул лица. Специфические воспалительные заболевания: актиномикоз, туберкулез, сифилис, СПИД. Медиастенит, тромбоз вен, тромбоз пещеристого синуса, сепсис, внутричерепные осложнения. Интенсивная терапия больных гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Неврит, невралгия тройничного нерва, клиника, диагностика, лечение. Артрит ВНЧС, клиника, диагностика и лечение.

Анатомо-топографическое строение костей лицевого скелета. Кровоснабжение лица.

Организация и осуществление первой неотложной помощи при травматических повреждениях ЧЛО. Характеристика и классификация травм

челюстно-лицевой области. Принципы лечения повреждений челюстно-лицевой области, хирургическая обработка ран. Механизмы возникновения переломов костей лицевого скелета. Повреждение зубов, альвеолярного отростка, челюстей и костей средней зоны лица, сочетанные травмы челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Методы и средства иммобилизации. Ортопедические и хирургические методы лечения. Осложнения при повреждениях лица и челюстей, их предупреждение и лечение. Уход и кормление больных с травмами челюстно-лицевой области.

Онкология челюстно-лицевой области и восстановительная хирургия у взрослых и детей

Организация и структура онкологической службы. Анатомо-топографическое строение регионарной лимфатической системы лица и шеи. Особенности морфологического строения кожи лица, слизистой полости рта, зубов, челюстей и слюнных желез. Теория происхождения опухолей. Этиопатогенез. Современные методы обследования онкологических больных. Онкологическая настороженность, диспансеризация. Облигатные и факультативные предраковые заболевания. Классификация опухолей лица и полости рта. Международная гистологическая классификация, TNM система. Доброкачественные опухоли мягких и костных тканей (органоспецифические и органонеспецифические). Клиника, диагностика, лечение. Опухолоподобные образования. Клиника, диагностика, лечение. Кисты слюнных желез и челюстных костей. Клиника, диагностика, лечение. Кисты и свищи срединный и боковой поверхности шеи. Диагностика злокачественных опухолей и определение места лечения.

Анатомо-топографическое строение лицевого нерва и мимических мышц. Врожденные пороки развития лица, классификация. Приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей, классификация; Аномалии развития челюстей и костей лицевого скелета, классификация. Планирование восстановительных операций. Показания и противопоказания к восстановительным операциям. Проведение местно-пластических операций. Свободная пересадка кожи,

пластика встречными треугольными лоскутами. Формирование различных модификаций лоскута на ножке и Филатовского стебля. Костно-пластические, реконструктивные операции. Использование микрохирургии в восстановительных операциях ЧЛЮ. Осложнения операций, методы их устранения.

4.3. Учебно – тематический план

№ п/п	Тематика занятий	Всего часов	Лек.	Пр. Зан.	Сем.	Форма контро ля
I.	Социальная гигиена. Организация хирургической стоматологической помощи. Вопросы врачебной этики и деонтологии	6	4	1	1	ТК
2	Топографическая анатомия и оперативная хирургия челюстно – лицевой области	8	4	2	2	ТК
5	Вопросы анестезиологии	6	2	2	2	ТК
7	Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области	28	14	8	6	ТК
8	Заболевания и повреждения височно – нижнечелюстного сустава	6	2	2	2	ТК
10	Неврогенные заболевания лица и челюстей	6	2	2	2	ТК
11	Врожденные пороки и аномалии развития лица и челюстей	6	2	2	2	ТК
12	Травма челюстно – лицевой	12	4	4	4	ТК

	области					
13	Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования	12	4	4	4	ТК
14	Предраки челюстно – лицевой области	6	2	2	2	ТК
15	Злокачественные опухоли челюстно – лицевой области	12	4	4	4	ТК
16	Основы восстановительной хирургии челюстно – лицевой области	6	2	2	2	ТК
	По дополнительным программам	24	10	12	2	
	Итоговый экзамен	6				
	<u>Итого:</u>	144	56	47	35	

4.4. Перечень тем семинарских занятий по тематическим модулям.

Методы обследования и обезболивания в челюстно-лицевой хирургии.

- Клинико-лабораторные, микробиологические и морфологические методы обследования челюстно-лицевых больных. Антропометрические измерения
- Рентгенологические исследования ЧЛО. RG- фас, профиль, ортопантомограмма, телерентгенография, дентальная RG, сиало- и фистулография. КТ, ЯМР
- Функциональные методы исследования: ЭОД, ЭМГ, УЗИ, реография, остеоцинтиграфия, остеометрия
- Анатомо-топографическое строение тройничного нерва.
- Обезболивание в области верхней челюсти и методы проведения. Виды анестетиков.
- Обезболивание в области нижней челюсти и методы проведения.
- Особенности проведения анестезии у детей

- Методы центрального обезболивания. Осложнения во время и после проведения анестезии

Хирургия органов полости рта

- Анатомо-топографическое строение органов полости рта. Особенности анатомо-топографического строения 8|8 зубов.
- Операции удаления зубов и корней на верхней челюсти. Инструментарий.
- Операции удаления зубов и корней на нижней челюсти. Инструментарий.
- Механизм прорезывания. Болезни прорезывания зубов. Перикоронорит. Клиника, диагностика, лечение
- Аномалии положения зубов. Клиника, диагностика, лечение
- Болезни пародонта. Клиника, диагностика, лечение.
- Хирургическая подготовка полости рта к протезированию: френулотомия губ и языка, устранение мелкого преддверия полости рта, удаление торусов и экзостозов и др.
- Зубная имплантация.

Неотложная челюстно-лицевая хирургия

- Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез. Классификация.
- Хронический периодонтит, периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
- Остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
- Анатомо-топографическое строение клетчаточных пространств прилежащих к верхней челюсти
- Абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств прилежащих к верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
- Анатомо-топографическое строение клетчаточных пространств прилежащих к нижней челюсти и шея
- Абсцессы и флегмоны клетчаточных пространств прилежащих к нижней челюсти и шея. Клиника, диагностика, лечение.
- Одонтогенный гайморит .

- Фурункул, карбункул лица. Клиника, диагностика, лечение.
- Воспалительные заболевания слюнных желез. Острый, хронический. Клиника, лечение.
- Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области.
- Осложнения при воспалительных процессах челюстно-лицевой области. Медиастенит, тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса и сепсис.
- Неврит, невралгия тройничного нерва. Артрит ВНЧС. Клиника, лечение.
- Особенности течения воспалительных процессов ЧЛЮ в детском возрасте
- Анатомо-топографическое строение костей лицевого скелета.

Кровоснабжение лица

- Характеристика, классификация травм ЧЛЮ. Особенности повреждений мягких тканей лица. ПХО
- Вывихи и переломы зубов. Механизм возникновения переломов верхней челюсти. Переломы верхней челюсти. Клиника, диагностика.
- Переломы верхней челюсти. Ортопедические и хирургические методы лечения.
- Механизм возникновения переломов нижней челюсти. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика.
- Переломы нижней челюсти. Ортопедические и хирургические методы лечения.
- Переломы костей средней зоны лица. Клиника, диагностика, лечение.
- Особенности диагностики, клиники и принципы лечения детей с травмами ЧЛЮ

Онкология ЧЛЮ и восстановительная хирургия

- Онкогенез. Онкологическая настороженность, диспансеризация. Международная гистологическая классификация.
- Предопухолевидные образования кожи лица и слизистой оболочки полости рта.

- Доброкачественные опухоли мягких тканей. Клиника, диагностика, лечение.
- Доброкачественные костеобразующие опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
- Одонтогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
- Одонтогенные кисты. Клиника, диагностика, лечение.
- Кисты и свищи срединной и боковой поверхности шеи. Клиника, диагностика, лечение.
- Опухолеподобные системные образования. Клиника, диагностика, лечение.
- Сосудистые опухоли
- Доброкачественные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
- Злокачественные опухоли ЧЛО. Анатомо-топографическое строение регионарной лимфатической системы лица и шеи, TNM система. Комплексное лечение больных со злокачественными опухолями ЧЛО
- Особенности диагностики, клиники и принципы лечения детей с опухолями ЧЛО
- Дефекты и деформации лица и челюстей. Классификация. Восстановительные операции. Показания и противопоказания. Планирование.
- Пластика местными тканями.
- Пластика при помощи стебля Филатова.
- Костная пластика. Консервация, ауто-, ксено-, аллотрансплантация. Челюстно-лицевая имплантация.
- Анкилоз ВНЧС и контрактуры нижней
- Аномалии развития костей лицевого скелета, их хирургическое устранение
- Микрохирургия в восстановительных операциях челюстно-лицевой области.
- Диспансеризация.

Хирургическая стоматология

- Хирургическая стоматология
- Клиническая психология, этика, деонтология и психотерапия.
- Особенности проведения психотерапии при ряде стоматологических заболеваний. Показания и виды психологического лечения. Способы и средства, используемые при проведении психотерапии, их характеристика. Этика и деонтология при оказании хирургической стоматологической помощи
- Ведение медицинской документации
- Лабораторные и специальные методы исследования
- Реаниматология и интенсивная терапия
- Гериатрическая стоматология
- Определение понятий “геронтология” и “гериатрия”. Современные теории старения. Проблемы “возрастной нормы”. Функциональные изменения и адаптационные возможности при старении. Структура стоматологической заболеваемости в пожилом и старческом возрасте. Особенности клинического проявления, течения и лечения стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста
- Физиотерапия
- Медицинская профилактика и реабилитация
- Экспертиза нетрудоспособности
- Общее и местное обезболивание в хирургической стоматологии
- Общее и местное обезболивание в практике хирургической стоматологии. Новые препараты для местной анестезии и общего обезболивания, их характеристика, показания к применению в условиях стационара и поликлиники
- Виды и методы премедикации. Препараты, используемые для премедикации, показания к их применению, схемы назначения в зависимости от возраста, сопутствующих заболеваний, аллергоанамнеза и т.д.

- Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
- Клинико-лабораторные критерии диагностики типа течения одонтогенных воспалительных процессов (гипоэргия, нормоэргия, гиперэргия). Особенности планирования комплекса лечебных мероприятий у больных с различными типами течения воспалительной реакции у пациентов с одонтогенными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области
- Новые консервативные нефармакологические методы лечения одонтогенных абсцессов и флегмон (местные и общие) челюстно-лицевой области
- Антибактериальные и иммуно-корректирующие методы лечения у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Характеристика препаратов, показания к их выбору в зависимости от иммунного статуса, возраста, сопутствующих заболеваний, характера микрофлоры и обширности поражения. Критерии оценки степени интоксикации организма
- Индивидуальный подход к выбору методов оперативного и консервативного лечения у больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами. Современные материалы и способы пластического закрытия ороантрального сообщения
- Особенности клинического течения, диагностики и лечения специфических воспалительных процессов челюстно-лицевой области (туберкулез, сифилис, актиномикоз)
- Особенности клинического течения, диагностики и лечения некоторых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (фурункул, карбункул, сибирская язва, рожа, нома, ВИЧ-инфекция, дифтерия)
- Болезни слюнных желез
- Особенности клинического течения воспалительных и дистрофических (сиаладеноз) заболеваний слюнных желез у больных в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний. Современные способы

лучевой и нелучевой диагностики заболеваний слюнных желез. Выбор схем лечения.

- Заболевания и поражения нервов лица и височно-нижнечелюстного сустава
- Диагностика, анализ и способы устранения миогенных, неврогенных, артрогенных и психогенных нарушений в комплексном лечении больных с миофасциальным синдромом болевой дисфункции, невритами и невралгиями.
- Дентальная имплантация
- Современные виды имплантатов, их характеристика, показания к выбору. Подготовка полости рта к имплантации: увеличение высоты альвеолярных отростков, синуслифтинг.
- Болезни пародонта
- Использование биокomпозиционных материалов на основе гидроксилапатита и биомембран при использовании хирургических методов лечения заболеваний пародонта.
- Огнестрельные и неогнестрельные повреждения лица
- Оценка тяжести повреждения мягких и твердых тканей челюстно-лицевой области. Выбор методов лечения при оказании экстренной медицинской помощи и составление плана лечения при различных локализациях и объемах травмы лица с учетом сочетанных и комбинированных повреждений.
- Ранняя диагностика, прогнозирование, лечение и профилактика различных посттравматических осложнений лица.
- Современные аппараты и методы проведения остеосинтеза при лечении переломов костей лица. Показания к выбору методов остеосинтеза.
- Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты челюстно-лицевой области и шеи
- Современные способы диагностики опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области в условиях поликлиники и

стационара. Диагностические возможности на различных этапах оказания медицинской помощи. Критерии доброкачественности и злокачественности

- Клинические особенности проявлений различных видов опухолей и опухолеподобных образований в зависимости от локализации, размера и уровня их дифференцировки. Учет этих моментов при выборе способа лечения.
- Восстановительная хирургия лица и челюстей
- Особенности планирования восстановительных операций в челюстно-лицевой области в зависимости от характеристики дефекта или деформации, анамнестических данных, общесоматической патологии, возраста, характера перенесенного лечения.
- Характеристика и профилактика осложнений во время проведения восстановительных операций и в отдаленный период. Лечение осложнений, возникающих при проведении и после реконструктивных операциях в челюстно-лицевой области.

Смежные специальности

- Терапевтическая стоматология.
- Особенности проявлений заболеваний слизистой оболочки полости рта и заболеваний пародонта у больных разных возрастных групп и с различными вариантами неспецифической и иммунологической реактивности организма.
- Особенности проявлений общесоматической патологии в полости рта. Корреляция с тяжестью и формами заболеваний.
- Изменения на слизистой оболочке полости рта при заболеваниях крови, инфекционных болезнях. Особенности этих проявлений при сочетании со стоматологической патологией. Тактика врача.
- Объем терапевтической помощи у пациентов с острыми одонтогенными воспалительными процессами, возможности сохранения причинного зуба.

- Травма зубов. Показания к выбору консервативных методов лечения при переломах коронковой части и корня зуба.

Ортопедическая стоматология.

- Ортопедические методы лечения при огнестрельных и неогнестрельных переломах челюстей. Характеристика и особенности внеротовых и внутриротовых аппаратов, шин лабораторного типа, применяемых при лечении травмы и посттравматических дефектов и деформаций челюстей.
- Особенности экто - и эндопр-тезирования после расширенных онкологических операций в челюстно-лицевой области. Функциональные и косметические особенности. Показания и противопоказания к их применению
- Миография и телерентгенография при болезнях височно-нижнечелюстного сустава.

Стоматология детского возраста.

- Возрастные иммунологические, неспецифические особенности организма детей и подростков, а так же особенности функции, анатомии, психики, которые необходимо учитывать при лечении хирургических заболеваний челюстно-лицевой области.
- Особенности клинического течения и динамика острых одонтогенных воспалительных заболеваний у детей разного возрастного периода.
- Переломы зубов и челюстей у детей. Выбор консервативных и хирургических методов лечения в зависимости от возраста и сопутствующих заболеваний.
- Особенности проведения реабилитационных мероприятий у детей и подростков при лечении дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

Кожные и венерические болезни.

- Особенности клинического течения хронических заболеваний слизистой оболочки полости рта. Дифференциальная диагностика.
- Клиническая характеристика ВИЧ инфекции в полости рта. Болезни

передающиеся половым путем, их диагностика, дифференциальная диагностика. Методы профилактики.

- Особенности проявления кожных заболеваний в полости рта у различных возрастных групп больных в зависимости от наличия общесоматической патологии
- Сочетание дерматовенерологической и стоматологической патологии. Роль врача-стоматолога-хирурга в диагностике, лечении и диспансеризации больных этой группы.
- Характеристика и особенности дефектов и деформаций челюстно-лицевой области, возникающих при третичном сифилисе. Показания для выбора способа пластического лечения и сроков оперативного вмешательства
- Взаимодействие врача-стоматолога-хирурга и дерматолога при лечении, реабилитации и диспансеризации больных с кожными и венерическими заболеваниями.

Стоматоневрология.

- Особенности обследования стоматоневрологических больных. Современные методы диагностики и дифференциальной диагностики глоссалгии и стомалгии.
- Прозопалгии, возникающие на фоне общесоматических заболеваний, их характеристика и особенности диагностики. Роль врача-стоматолога-хирурга в лечении прозопалгий.
- Варианты и особенности проявлений общеневрологических заболеваний в челюстно-лицевой области.
- Клиническая картина и методы дифференциальной диагностики болевых синдромов лица
- Комплексные методы лечения и реабилитации стоматоневрологических больных.

Лучевая диагностика и терапия

- Современные методы, способы и схемы назначения лучевого лечения у

больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области.

- Возможности сочетания лучевого лечения с хирургическим, проведением гипотермии и гипертермии, химиотерапией в зависимости от гистогенеза и стадии опухоли, наличия метастазов.
- Современные методы лучевой диагностики, их возможности и особенности, показания к использованию. Сочетание современных методов лучевой диагностики с традиционными. Использование компьютерной техники для анализа полученных результатов.
- Фундаментальная подготовка

Топографическая анатомия и оперативная хирургия

- Топографо-анатомические особенности мышц, фасций клетчаточных пространств челюстно-лицевой области. Их границы, сообщения. Особенности костно-мышечно-фасциальных пространств в возрастном аспекте.
- Анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов (локализация, направление, глубина и др.) при вскрытии абсцессов и флегмон, восстановительной и реконструктивной хирургии.
- Типовые оперативные вмешательства при различных болезнях челюстно-лицевой области

Патологическая физиология.

- Закономерности функционирования здорового организма и механизмы обеспечения здоровья с позиций теории функциональных систем. Методики исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья, применяемые в профессиональной деятельности врача-стоматолога-хирурга.

Клиническая фармакология

- Фармакокинетика и принципы фармакотерапии стоматологическими иммунокор-регулирующими препаратами
- Общие сведения о нелекарственных методах лечения. Принципы

психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении стоматологических заболеваний.

Медицинская информатика

- Общие принципы использования компьютерной техники во врачебной практике. Принципы работы с компьютером (теоретические основы и практическое овладение).
- Конкретные возможности компьютеризации организационной, диагностической и лечебной деятельности врача. Формирование банка данных и возможности его использования. Использование компьютерной техники для составления программ обследования и лечения.

Общественное здоровье и здравоохранение

- Общественное здоровье и страховая медицина
- Юридические основы профессиональной деятельности
- Медицина катастроф

4.5. Порядок проведения семинарских занятий.

Семинарские занятия проводятся по утвержденной программе и оцениваются в соответствии с положением о рейтинговой системе контроля знаний врачей челюстно-лицевых хирургов.

Подготовка к семинарским занятиям осуществляется в виде составления конспектов, ксерокопий материалов, схем, таблиц, подготовки по материалам проработанных монографий, тезисов, статей, учебно-методических пособий, а также в виде подготовки доклада по истории болезни тематического больного.

Отдельные вопросы семинарского занятия по наиболее актуальным разделам могут быть подготовлены одним или несколькими слушателями ординаторами в виде доклада с использованием демонстрационного материала.

5. Результаты изучения материала дисциплины.

Практическая часть (манипуляции)

Поликлиника. Обследование.

Цель: Овладение навыками самостоятельного приема больных в условиях консультативной поликлиники на основе разработанных алгоритмов с постановкой предварительного диагноза и наиболее распространенными методами рентгенологической и функциональной диагностики, используемыми в челюстно-лицевой хирургии.

Место проведения: стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение; рентгенологическое и физиотерапевтическое отделения).

Обезболивание у взрослых и детей

Цель: Овладение методами местного обезболивания при вмешательствах в челюстно-лицевой хирургии и их особенности в детской практике.

Место проведения: детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение), кабинет челюстно – лицевого хирурга ГКБ № 21 г. Уфы; кабинет приемного отделения (покоя) ГКБ № 21 г. Уфы.

Неотложная оральная хирургия у взрослых и детей.

Цель: Овладение методами амбулаторных операций при воспалительных и травматических процессах органов полости рта.

Место проведения: стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение), детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение), кабинет челюстно – лицевого хирурга ГКБ № 21 г. Уфы; кабинет приемного отделения (покоя) ГКБ № 21 г. Уфы.

Плановая оральная хирургия у взрослых и детей

Цель: Овладение методами амбулаторных операций при различных дефектах и деформациях органов полости рта и зубосохраняющих операций.

Место проведения: стоматологическая поликлиника № 5 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение), детская стоматологическая поликлиника № 7 г. Уфы (поликлиническое хирургическое отделение), кабинет челюстно – лицевого хирурга ГKB № 21 г. Уфы; кабинет приемного отделения (покоя) ГKB № 21 г. Уфы.

Стационар. Вскрытие абсцессов и флегмон

Цель: Овладение современными методами диагностики и лечения воспалительных заболеваний ЧЛО и до- и послеоперационного ведения больных в стационаре.

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГKB № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы.

Плановая гнойная хирургия у взрослых и детей

Цель: Овладение методами лечения хронических воспалительных заболеваний ЧЛО.

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГKB № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы.

Первичная хирургическая обработка раны и ортопедическая иммобилизация переломов челюстей у взрослых и детей

Цель: Овладение методами первичной хирургической обработки ран и консервативно-ортопедическим методам лечения переломов костей лицевого скелета

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГKB № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы.

Хирургическая иммобилизация переломов челюстей у взрослых и детей

Цель : Овладеть хирургическими методами лечения при повреждениях костей лицевого скелета.

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГКБ № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы.

Удаление опухолей мягких ткани у взрослых и детей

Цель: Ознакомление с клиникой, методами диагностики и хирургического лечения опухолей мягких ткани челюстно-лицевой области.

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГКБ № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы, отделение головы и шеи республиканского онкодиспансера г. Уфы.

Удаление опухолей костных ткани у взрослых и детей

Цель: Ознакомление с клиникой, методами диагностики и хирургического лечения опухолей костных ткани челюстно-лицевой области

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГКБ № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы, отделение головы и шеи республиканского онкодиспансера г. Уфы.

Местно-пластические операции у взрослых и детей

Цель: Овладеть техникой восстановительных операций на мягких тканях лица и шеи.

Место проведения: отделение челюстно – лицевой хирургии ГКБ № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы, отделение микрохирургии ГКБ № 21 г. Уфы.

Костная-реконструктивная хирургия у взрослых и детей

Цель: Овладеть техникой костно-реконструктивных операций на лицевом скелете.

Место проведения отделение челюстно – лицевой хирургии ГKB № 21 г. Уфы и отделение детской челюстно – лицевой хирургии ДРКБ г. Уфы, отделение микрохирургии ГKB № 21 г. Уфы.

6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала дисциплины

Процесс формирования и усвоения знаний, приобретения практических умений и навыков контролируется постоянно и непрерывно и состоит из 2 этапов.

1 этап - текущий контроль (ТК).

Теоретические знания - во время семинарского занятия и последующего тестового контроля.

Практические навыки слушателей - во время тематических практических занятий.

2 этап - итоговый контроль по специальностям (ИК) проводится в виде письменного тестового опроса в объеме пройденного теоретического раздела программы и освоенных практических навыков в рамках соответствующей программы практических занятий.

5.1. Учебная нагрузка кафедры - 144 часа.

5.2. Критерии ТК теоретического и практического раздела программы.

Критерии текущей оценки знаний слушателя челюстно-лицевого хирурга.

Уровень оценки (%)	Критерии
100	Ответ оригинален, с творческим подходом-использованием дополнительной информации, задание выполнено на уровне, превышающем требования

	программы. Практические навыки по соответствующим разделам учебного плана освоены в полном объеме на высоком уровне. Наличие первичного материала и протокола ежедневной работы в полном объеме.
До 95	Высокое качество ответа или выполненного задания на уровне высокого требования программы. Практические навыки освоены в полном объеме на высоком уровне. Наличие первичного материала подготовки к семинарским занятиям и протоколов ежедневной работы.
86 – 90	Ответ или задание правильные, полные, практические навыки освоены в полном объеме на высоком уровне, наличие первичного материала подготовки к семинарским занятиям и протоколов ежедневной работы.
76-85	Ответ или выполненное задание выше среднего уровня, в основном соответствует требованиям программы. Практические навыки освоены в полном объеме на хорошем уровне. Наличие первичного материала.
65 – 75	Ответ или выполненное задание на среднем уровне, с отдельными погрешностями и ошибками. Имеются отдельные погрешности в освоении практических навыков, первичные материалы имеются в неполном объеме, протоколы ежедневной работы.
Менее 65	Ответ или выполненное задание ниже минимального уровня требования и не подлежит аттестации. Освоение практических навыков низкое, не в полном объеме, первичные материалы и протоколы

	ежедневной работы не в полном объеме, с погрешностями и грубыми ошибками.
--	---

Критерии итоговой оценки знаний слушателя челюстно-лицевого хирурга.

Уровень оценки (%)	Критерии
100-86	Ответ или выполненное задание высшего качества, на уровне максимальных требований теоретического и практического раздела программы.
76-85	Ответ или выполненное задание хорошего уровня, в основном соответствует требованиям программы, возможны отдельные погрешности.
65-75	Ответ или выполненное задание среднего уровня с отдельными неточностями и несерьезными ошибкам на минимальном уровне программы.
Менее 65	Ответ или выполненное задание ниже минимального уровня требований программы и не может быть аттестовано.

7. Учебно – методическое обеспечение дисциплины.

7.1. Используемые технические средства.

Компьютер, сканер, оверхед-проектор, негатоскоп, телевизор, видеомагнитофон, диапроектор, DVD – проигрыватель, мультимедийный проектор

7.2. Таблицы, рисунки, схемы

1. По разделу гнойно-воспалительного заболевания
2. Заболевания и повреждения нервов
3. Травмы ЧЛО
4. Наборы рентгенологических снимков
5. Муляжи
6. Анатомические препараты
7. Стенды: «Пластическая хирургия», «Свободная пересадка кожи», «Огнестрельные ранения»

7.3. Учебные слайды, видеофильмы.

Слайды по разделам: гнойно-воспалительного заболевания, «Заболевания и повреждения нервов», «Травмы ЧЛО».

Видеофильмы:

- «Местное обезболивание»,
- «Дезинфекция»,
- «Болезни пародонта»,
- «Реанимация»
- «Профилактика атрофии альвеолярного отростка челюстей».

7.4. Перечень методических указаний, рекомендаций

Для преподавателей разработаны методические указания лекционного курса и по проведению семинарских занятий.

Для слушателей врачей челюстно-лицевых хирургов разработаны методические рекомендации по практическим занятиям.

7.5. Учебно- отчетная документация

Учебно – отчетная документация оформляется соответственно требований ИПО БГМУ.

8. Список литературы

8.1 ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНЫЕ АКТЫ В РОССИИ.

- Основной закон (Конституция РФ и РБ)
- Кодексы
- Федеральные законы
- Решение Конституционного суда
- Постановление правительства
- Указы президенты
- Приказы министерств
- Нормативные акты министерств и ведомств

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СИСТЕМЫ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ И СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

1.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ . ПРИКАЗ. № 112.от 20 марта 2008 г. ОНОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКОМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ.

2. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 9 декабря 2008 года. № 705н
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

(в ред. Приказа Минздравразвития РФ от 12.08.2009 № 581н)

3. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 23 апреля 2009 года № 210н.

О НОМЕНКЛАТУРЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ.

4. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 7 июля 2009г. № 415н.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

5.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

ПРИКАЗ. 3 августа 1999г. №303. О ВВЕДЕНИИ В ДЕЙСТВИЕ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА «ПРОТОКОЛЫ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ»

6.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

ПРИКАЗ. 15 ноября 2001г. № 408. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ИНСТРУКЦИИ ПО РАСЧЕТУ УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦ ТРУДОЕМКОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ-СТОМАТОЛОГОВ И ЗУБНЫХ ВРАЧЕЙ.

7. ПРИКАЗ МЗ РФ О ВВЕДЕНИИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ» от 06.02.01 г. №33.

8.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.

ПРИКАЗ. От 8 августа 2002г. № 562-Д.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РАСЧЕТОВ УСЛОВНЫХ ЕДИНИЦ ТРУДОЕМКОСТИ РАБОТЫ ВРАЧЕЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.

9.МИНИСТЕРСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО НАЛОГАМ И СБОРАМ.

ПИСЬМО. От 8 февраля 2002г. № 03-1-09/18/291-Д504.О НАЛОГЕ НА ДОБАВЛЕННУЮ СТОИМОСТЬ.

10.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

ПРИКАЗ. 14 апреля 2006г. №289 .

О МЕРАХ ПО ДАЛЬНЕЙШЕМУ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТАМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.

11. ФЕДЕРАЛЬНОЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЕ АГЕНТСТВО.

ПРИКАЗ.

5 марта 2007г. №53. О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ОКАЗАНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ ОРГАНИЗАЦИЙ ОТДЕЛЬНЫХ ОТРАСЛЕЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ С ОСОБО ОПАСНЫМИ УСЛОВИЯМИ ТРУДА В УСЛОВИЯХ ПРОВЕДЕНИЯ МОДЕРНИЗАЦИИ СЛУЖБЫ В 2008-2010Г.

12. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН №1024-Д. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ БАШКОРТОСТАН. № 261-Д. ПРИКАЗ. От 11 июля 2008 года. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ РАСХОДНЫХ МАТЕРИАЛОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРИОБРЕТАЕМЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

13.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН

№1506-Д. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН.
№ 358-Д. ПРИКАЗ. От 6 октября 2008 года. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СПИСКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ОКАЗАНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПАРОДОНТА И СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА И ПРИОБРЕТАЕМЫХ ЗА СЧЕТ СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

14.МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 9 декабря 2008 года.

№ 705н

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ЗНАНИЙ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РАБОТНИКОВ

(в ред. Приказа Минздравразвития РФ от 12.08.2009 № 581н)

15. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 7 июля 2009г. №

415н.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К СПЕЦИАЛИСТАМ С ВЫСШИМ И ПОСЛЕВУЗОВСКИМ МЕДИЦИНСКИМ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

16. ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА. ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПОСТАНОВЛЕНИЕ. От 7 июля 2009 г. № 48. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНПИН 2.1.3.2524-09.

17. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ. 6 ноября 2009г. №

869. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ЕДИНОГО КВАЛИФИКАЦИОННОГО СПРАВОЧНИКА ДОЛЖНОСТЕЙ РУКОВОДИТЕЛЕЙ, СПЕЦИАЛИСТОВ И СЛУЖАЩИХ, РАЗДЕЛ «КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДОЛЖНОСТЕЙ РАБОТНИКОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

18.МИНИСТЕРСТВО ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СТАТИСТИКИ.

ПРИКАЗ. От 12 ноября 2009 г. № 249.

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАТИСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ МИНЗДРАВСОЦРАЗВИТИЯ РОССИИ ФЕДЕРАЛЬНОГО СТАТИСТИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ.

19. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ. ПРИКАЗ 3 декабря 2009 г. № 946н. ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, СТРАДАЮЩИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

20. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ИНФОРМАЦИОННОЕ ПИСЬМО от 21 декабря 2009 г. № 20-0/10/2-10360. О ФОРМИРОВАНИИ И ЭКОНОМИЧЕСКОМ ОБОСНОВАНИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА 2010 ГОД.

21. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА.

22. ДОЛЖНОСТНЫЕ ИНСТРУКЦИИ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА.

23. ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА 02. 10. 2009 г. № 811.

О ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ ОКАЗАНИЯ
БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНАМ РФ НА 2010г.

24. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ

БАШКОРТОСТАН. ПРИКАЗ. № 552 Д. от 16 мая 2007г. г.Уфа. О МЕРАХ ПО
ОБЕСПЕЧЕНИЮ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ДЕТЬМИ
ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

25. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО

РАЗВИТИЯ РФ от 28 апреля 2007 года № 307. О СТАНДАРТЕ
ДИСПАНСЕРНОГО (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО) НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА В
ТЕЧЕНИИ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ.

26. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ №183 от 21 апреля 2008г.

О ПРОВЕДЕНИИ В 2009-2010г. ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАХОДЯЩИХСЯ В
СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ.

27. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ. ПРИКАЗ № 620. от 30

декабря 2003г. (Москва) : ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРОТОКОЛОВ ВЕДЕНИЯ
ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.

28.ПРИКАЗ МЗ РФ № 183 н от 21.04.2008 год «О ПРОВЕДЕНИИ В 2008-2010

ГОДУ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРНЫХ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ-СИРОТ»

29.ПРИКАЗ МЗ РФ № 452 от 02.07.2007 года «О ПРОВЕДЕНИИ

ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ, НАХОДЯЩИХСЯ В СТАЦИОНАРЕ
УЧРЕЖДЕНИЯХ ДЕТЕЙ СИРОТ И ДЕТЕЙ,ОСТАВШИХСЯ БЕЗ
ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ»

8.2. Дополнительная литература

1. Атлас реконструктивных операций на челюстях. М. М., 1984 г.
Сукачев В.А.
2. Белокуров Ю.Н., Граменицкий А.Б., Молодкин В.М. Сепсис. - М.:
«Медицина», 1983.
3. Бернадский Ю.И. Травматология и восстановительная хирургия
челюстно-лицевой области: Учеб. пособ. для мед. ин-тов, стоматологов-

- интернов и слушателей ин-тов (фак.) усовершен. врачей/ Ю. И. Вернадский. - Киев: Вища шк., 1985. - 391 с
4. Владыченкова Т. Н. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи: (учеб.-метод. пособие)/ Т. Н. Владыченкова, А. С. Забелин, Н. И. Локтев; под ред. А. Г. Шаргородского; Смоленский гос. мед. ин-т. - Смоленск: [Б. и.], 1986. - 67 с.
 5. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М. М., 1985 г. Шагородский А.Г.
 6. Водолацкий М.П. Клинико-эмбриологические параллели врожденных пороков развития лица: учебное пособие/ М. П. Водолацкий, В. М. Водолацкий; Ставропольская гос. мед. акад.. - Ставрополь: СтГМА, 2004
 7. Водолацкий М.П. Терапевтическая стоматология детского возраста: учебное пособие для студентов по спец. 040400-стоматология/ М. П. Водолацкий, Т. М. Борданова, А. А. Павлов. - Ставрополь: СГМА, 2006.
 8. Водолацкий М.П. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учеб. пос./ М. П. Водолацкий; Ставропольская гос. мед. акад., Кафедра челюстно-лицевой хирургии и стоматологии детского возраста. - Ставрополь: СтГМА, 2004.
 9. Врождённые расщелины верхней губы и неба: Учебное пособие/ С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова; Под ред. С. В. Чуйкина. - М.: Б. и., 2002.
 10. Врожденные несращения верхней губы и неба: методическое пособие для врачей стоматологов, педиатров, ЛОР-специалистов, психологов, логопедов/ Л. В. Харьков [и др.]. - Киев: Четверта хвиля, 2004.
 11. Врожденные пороки развития челюстно-лицевой области у детей: Учеб.-метод. пособие/ А. К. Корсак, Т. Н. Терехова, С. В. Кузнецова и др. - Минск: МГМИ, 2000
 12. Врожденные расщелины верхней губы и неба: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Л. П. Назарова; под ред. С. В. Чуйкина; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - М.: [б. и.], 2003.

13. Врачебно-трудовая экспертиза в стоматологии. М. М., 1984 г
14. Выбор врачебной тактики и методы лечения переломов мышечкового отростка нижней челюсти: Метод, рекомендации/Ленингр. сан.-гигиен. мед. ин-т; Сост.: А. С. Иванов. - Л.: Б. и., 1987. - 12 с.
15. Герасимова Л.П. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава у детей: монография/ Л. П. Герасимова, Л. С. Персин, Н. А. Давлетшин. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2005.
16. Гнойная рана. Киев, «Здоров'я», 1985 г. Даценко Б.М. и др.
17. Гнойная инфекция в хирургии. М. М., 1985 г. Курбангалеев С.М.
18. Гнойная челюстно-лицевая хирургия. Киев, «Здоров'я», 1983 г. Бернадский Ю.И. и др.
19. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни. М. М., 1989 г. Струков А.И.
20. Заболевания пародонта. М.М., 1993 г. Данилевский Н.Ф. и др.
21. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ/ Под ред. Проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. – М.: МЕДпресс, 2001. – 320 с
22. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава: Учеб. пособ. для студ. мед. вузов/ В. М. Безруков, В. А. Семкин, Л. А. Григорьянц, Н. А. Рабухина. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. -48 с.
23. Кабаков Б.Д., Лукьяненко В.И., Аржанцев П.З. Учебное пособие по военной челюстно-лицевой хирургии, терапевтической и ортопедической стоматологии. – М.: «Медицина», 1980.
24. Клиника, диагностика и лечение больных с сочетанными деформациями и аномалиями челюстей: Метод, рекомендации/ [ЦНИИ стоматологии МЗ СССР; Сост.: В. И. Гунько, В. М. Безруков]. - М.: Б. и., 1990.
25. Козин Н.А. Эстетическая хирургия врожденных расщелин лица. М.: «Мартис», 1996
26. Компрессионный, компрессионно-дистракционный методы остеосинтеза в лечении осложненных переломов нижней челюсти: Метод,

- рекомендации/ [Сост.: О. П. Чудаков, А. З. Бармуцкая]. - Минск: Б. и., 1989. - 30,[1] с
- 27.Конструктивные и реконструктивные костно-пластические операции в челюстно- лицевой области: Респ. сб. науч. тр./ Моск. обл. н.-и. клинич. ин-т им. М. Ф. Владимирского; [Редкол.: А. М. Сазонов (отв. ред.) и др.]. - М.: МОНИКИ, 1985. -167 с
- 28.Костур Б. К. Челюстно-лицевое протезирование: научное издание/ Б. К. Костур, В. А. Миняева. - Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1985. -165 с:
- 29.Колесов А.А. Стоматология детского возраста М. «Медицина» 1985
- 30.Мирсаева Ф. З. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики туберкулеза челюстно-лицевой области: учеб, пособие/ Ф. З. Мирсаева, А. Ю. Байкова; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004. - 64 с. - Библиогр.: с. 62-64.
- 31.Мусаев К.Д. Неэпителиальные опухоли верхней челюсти. Ташкент 1996
- 32.Неотложная помощь при гнойно-воспалительных заболеваниях ЧЛО, травмах и других неотложных состояниях. Уфа-2002 г, Учебно-методическое пособие. Мингазов Г.Г. и др
- 33.Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь в хирургической стоматологии: Учеб. пособие/Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, Э. Д. Поздеева, Л. Е. Ахмедова; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 1999. - 65 с
- 34.Овруцкий Г. Д. Неоперативное лечение околокорневых кист челюстей: монография/ Г. Д. Овруцкий, Ю. Н. Лившиц, Л. М. Лукиных. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1999. -117,[3] с.
- 35.Организация комплексной реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: (Метод. рекоменд. для студ. стомат. фак., врачей-интернов, врачей-стоматологов, педиатров, оториноларингологов, психоневрологов, генетиков, логопедов)/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин, Ю. В. Андрианова. - Уфа: БГМУ, 2001.

36. Организация лечения и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба в условиях специализированного центра: метод. рекомендации для студентов старших курсов, врачей интернов, врачей стоматологов, педиатров, детских хирургов, оториноларингологов, психоневрологов, генетиков, логопедов/ Башк. гос. мед. ун-т; сост.: С. В. Чуйкин, Л. П. Герасимова, Н. А. Давлетшин [и др.]. - Уфа: БГМУ, 2003.
37. Применение брeфоостeопласта в практике хирургической стоматологии: Метод, рекомендации/ ЦНИИ стоматологии; Сост.: В. В. Паникаровский, А. С. Григорьян, А. П. Безрукова. - М.: Б. и., 1989. - 11 с.
38. Применение в лечении флегмон челюстно-лицевой области медикаментозной защиты головного мозга: Метод, рекомендации/ Сост. Н. Н. Бажанов и др. - М.: Б. и., 1989.
39. Программа по хирургической стоматологии: Для студ. стомат. фак. мед. вузов/ Всерос. учебно-научно-метод. центр по непрерыв. мед. и фармац. образованию. - М.: ВУНМЦ, 1996. - 37 с. - Библиогр.: с. 35-37.
40. Профилактика зубочелюстных аномалий: метод. рек. для самостоятельной внеаудиторной работы студентов стомат. фак./ Башк. гос. мед. ун-т; сост.: С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Т. В. Снеткова, С. А. Гунаева. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007.
41. Практическая эндодонтия. М. М., 1984 г. Иванов В.С. и др.
42. Ранняя диагностика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области: Метод. рекомендации/ Сост. Н. Н. Бажанов и др. - М.: Б. и., 1989.
43. Раны и раневая инфекция. М. М., 1984 г. Кузин М.И.
44. Сборник комплексных квалификационных задач для контроля знаний по стоматологии детского возраста на итоговом междисциплинарном экзамене: Учеб. пособие/ БГМУ; Сост.: С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Е. Ш. Мухаметова. - М.: Б. и., 2001.
45. Сборник комплексных клинических ситуационных задач для контроля знаний по специальности стоматология детского возраста на курсовом

- экзамене: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Г. Г. Акатьева, Е. Ш. Мухаметова [и др.]; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004.
- 46.Справочник по детской стоматологии: справочное издание/ под ред. А. С. Камерон, Р. П. Уидмера; пер. с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой [и др.]. - М.: МЕДпресс-информ, 2003.
- 47.Стоматологическая профилактика у детей: Рук-во для студ. и врачей/ [В. Г. Сунцов, В. К. Леонтьев, В. А. Дистель, В. Д. Вагнер]. - М.: Мед. Книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2001.
- 48.Стоматология детей и подростков: Учеб. пособ. для студ., обучающихся по спец. 040400 - Стоматология/ Пер. с англ. под ред. Т. Ф. Виноградовой; Под ред. Р. Е. Мак-Дональда, Д. Р. Эйвери. - 7-е изд. - М.: МИА, 2003.
- 49.Солнцев А.М., Тимофеев А.А. Одонтогенные воспалительные заболевания. – М.: «Медицина», 1989.
- 50.Сысолятин С.П. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии: монография/ С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин. - М.: Медицина, 2005. -145 с.
- 51.Хорошилкина Ф.Я. Ортодонтическое и ортопедическое лечение аномалий прикуса, обусловленных врожденным несращением в челюстно-лицевой области: [монография]/Ф. Я. Хорошилкина, Г. Н. Гранчук, И. И. Постолаки; Кишиневский гос. мед. ин-т. - Кишинев: Штиинца, 1989. -144 с.
- 52.Эпидемический паротит. Л.М., 1988 г. Казанцева А.П.
- 53.Остеомиелиты челюстей. М. М., 1986 г. Лукьяненко В.И.
- 54.Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: учеб, пособ. для студ. стомат. фак. мед. ин-тов и ун-тов, врачей-интернов и врачей-курсантов мед. акад. последиплом. образования/А. А. Тимофеев. - Киев: ООО Червона Рута-Туре, 2002. -1024 с.

- 55.Травма зубов у детей: научное издание/ С. В. Чуйкин [и др.]; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2006.
- 56.Травма зубов у детей: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2003.
- 57.Травма зубов у детей: учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, Е. Ш. Мухаметова, Г. Г. Акатьева, С. В. Аверьянов; Башкирский гос. мед. ун-т (Уфа). - Уфа: БГМУ, 2004
- 58.Типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по специальности "Стоматология детская": учебные программы/ Всероссийский учебно-научно-метод. центр по непрерыв. мед. и фармац. образованию, Российская мед. акад. последиплом. образования. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.
- 59.Третьякович А.Г. Справочник клинических симптомов и синдромов в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: научное издание/А. Г. Третьякович, А. В. Глинник. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1999. - 206,[2] с.
- 60.Фалилеев Г.В. Опухоли шеи. - М.: «Медицина», 1978.
- 61.Фришберг И.А. Косметические операции на лице. М. «Медицина» 1984
- 62.Функциональная реабилитация детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба: Метод. рекомендации для врачей-стоматологов, педиатров, логопедов, родителей/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, Т. В. Снеткова, С. Э. Бикчентаева. - Уфа: БГМУ, 2001
- 63.Харьков Л.В. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учебник для студ. мед. вузов III-IV уровней аккредитации/ Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко, И. Л. Чехова; под ред. Л. В. Харькова. - М.: Книга плюс, 2005.
- 64.Чуйкин С.В. Деонтология в детской стоматологии: Учебное пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - М.: Б. и., 2002
- 65.Чуйкин С.В. Неотложная помощь в детской стоматологии: Учеб. пособие/ С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2003.

66. Чуйкин С.В. Организация амбулаторной стоматологической помощи детскому населению Республики Башкортостан: научное издание/ С. В. Чуйкин; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2005.
67. Чуйкин С.В. Реабилитация детей с врожденной расщелиной верхней губы и неба: монография/ С. В. Чуйкин, Н. А. Давлетшин, Л. П. Герасимова ; под ред. С. В. Чуйкина; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2005.
68. Чуйкин С.В. Стоматологическая и соматическая заболеваемость у детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области, проживающих в Республике Башкортостан: научное издание/ С. В. Чуйкин, Ю. В. Андрианова, С. В. Аверьянов; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2006.
69. Этиология зубочелюстных аномалий: Метод. рекомендации для студ. стомат. фак., врачей-интернов, врачей-стомат., педиатров/ Башк. гос. мед. ун-т; Сост.: С. В. Чуйкин, С. В. Аверьянов, Г. Г. Акатьева. - Уфа: БГМУ, 2001.

8.3. Литература

1. **Асептика и антисептика** при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа и В-гепатита: Метод. указ. для студ. стомат. фак./ Башк. гос. мед. ун-т; Сост. Ф. З. Мирсаева. - Уфа: БГМУ, 2001. - 10 с.
 2. **Воспалительные заболевания и травмы** челюстно-лицевой области: Дифференциальный диагноз, лечение/ А. С. Артюшкевич, А. А. Герасимчук, И. Н. Ковальчук и др. - Минск: Беларусь, 2001. - 254 с. - Библиогр.: с. 238. - Предм. указ.: с. 239-251
 3. **Восстановительное лечение в** челюстно-лицевой области: Метод. пособие для студ. стомат. фак. - 2-е изд., доп. и перераб. - М.: ГОУ ВУНМЦ. - 20..
- Ч. 9/ Всероссийский учеб.-науч.-метод. центр по непрерывному мед. и фармац. образованию (Москва); Сост.: В. Ф. Рудько, С. В. Ланюк, Т. П. Шипкова и др.. - 2000. - 71 с.**
4. **Косметическая хирургия челюстно-лицевой области:** Учебное пособие/

- П. И. Ивасенко, В. П. Конев, А. К. Попов, А. Ф. Сулимов. - М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. - 107 с.
5. **Клиническая стоматология**/ под ред. И. Дж. Честнатта, Дж. Гибсона, пер. с англ. под общ. ред. А. Г. Притыко = Clinical Dentistry/ edited by Ivor G. Chestnutt, John Gibson: справочное издание. - М.: МЕДпресс-информ, 2004. - 623 с
6. **Малышев, Василий Алексеевич.**
Переломы челюстей: научное издание/ В. А. Малышев, Б. Д. Кабаков. - 2-е изд., перераб. - СПб.: СпецЛит, 2005. - 223 с
7. **Мирсаева, Фания Зартдиновна.**
Военная челюстно-лицевая хирургия: рук-во к практическим занятиям/ Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, Л. А. Рябых; Башкирский гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2005. - 251 с. - Библиогр.: с. 250-251.
8. **Муковозов, Иван Николаевич.**
Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области: научное издание/ И. Н. Муковозов. - М.: МЕДпресс, 2001. - 224 с. - Библиогр.: с. 219-221.
9. **Обезболивание тканей при хирургических вмешательствах на нижней челюсти:** Метод. указ. для студ. стомат. фак./ Башк. гос. мед. ун-т; Сост. Ф. З. Мирсаева. - Уфа: БГМУ, 2001. - 19 с.
10. **Обезболивание тканей при хирургических вмешательствах на верхней челюсти:** Метод. указ. для студ. стомат. фак./ БГМУ; Сост. Ф. З. Мирсаева. - Уфа: БГМУ, 2001. - 22 с.
11. **Опухолевые, невоидные и паранеопластические поражения кожи лица и слизистой оболочки полости рта:** Учеб. пособие для врачей стоматологов и челюстно-лицевых хирургов/ М. М. Гафаров, Г. Г. Мингазов, З. Р. Хисматуллина и др.; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа; М.: БГМУ, 2003. - 27 с.
12. **Основные вопросы челюстно-лицевой хирургии:** Метод. указ. для студ. леч. фак./ Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, А. А. Хафизов и др; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2002. - 102 с

13. Рабухина, Нина Александровна.

Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Атлас рентгенограмм/ Н. А. Рабухина, А. П. Аржанцев. - М.: МИА, 2002. - 304 с.

Рабухина, Нина Александровна.

14. Спиральная компьютерная томография при заболеваниях челюстно-лицевой области: монография/ Н. А. Рабухина. - М.: МЕДпресс-информ, 2006. - 127 с

15. Рузин, Геннадий Петрович.

Краткий курс лекций по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: пособие для иностранных студентов/ Г. П. Рузин. - Киев: Книга плюс, 2006. - 231 с.

16. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Учебник: В 2-х т./ [В. М. Безруков, Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев и др.]; Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина. - 2000

Т. 1. - 2000. - 771,[3] с.: ил. - Библиогр.: с. 768-769.

17. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Учебник: В 2-х т./ [В. М. Безруков, Т. Г. Робустова, В. В. Афанасьев и др.]; Под ред. В. М. Безрукова, Т. Г. Робустовой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина. - 2000

Т. 2. - 2000. - 487,[1] с.: ил. - Предм. указ.: с.473-484.

Сабо, Дьёрдь.

18. Хирургия полости рта и челюстно-лицевой области: учебное пособие/ Д. Сабо ; под ред. Л. В. Харькова и А. Л. Харькова; пер. Е. А. Смирновой и Ю. В. Смирнова. - Киев: Книга плюс, 2005. - 302 с

19. Сельский, Натан Евсеевич.

Применение биоматериала "Аллоплант" в челюстно-лицевой хирургии: Монография/ Н. Е. Сельский. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2000. - 224 с. - Библиогр.: с. 188-220.

20. Сулимов, Анатолий Филиппович.

Дисплазия соединительной ткани в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: научное издание/ А. Ф. Сулимов. - М.: Мед. книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 132 с

Сысолятин, Святослав Павлович.

21. Эндоскопические технологии в челюстно-лицевой хирургии: монография/ С. П. Сысолятин, П. Г. Сысолятин. - М.: Медицина, 2005. - 145 с.

22. **Тимофеев, Алексей Александрович.**

Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: учеб. пособие для студ. стомат. фак. мед. ин-тов и мед. ун-тов, врачей-интернов и врачей-курсантов мед. акад. последипломного образования/ А. А. Тимофеев. - 4-е изд. перераб. и доп. - Киев: Червона Рута-Турс, 2004. - 1062 с.

23. **Тимофеев, Алексей Александрович.**

Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии: учеб. пособ. для студ. стомат. фак. мед. ин-тов и ун-тов, врачей-интернов и врачей-курсантов мед. акад. последиплом. образования/ А. А. Тимофеев. - Киев: ООО Червона Рута-Турс, 2002. - 1024 с.

24. **Типовые тестовые задания** для итоговой государственной аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений по специальности 060105 (040400) "Стоматология": в 2-х ч./ под ред. Г. М. Барера; Московский государственный медико-стоматологический университет Росздрава. - М.: ФГОУ ВУНМЦ Росздрава. - 2006

Ч. 2/ сост. Э. М. Кузьмина [и др.]. - 2006. - 335 с.

Травмы мягких тканей и костей лица: руководство/ А. Г. Шаргородский

25. [и др.] ; под ред. А. Г. Шаргородского. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. - 383 с.: цв.ил., рис., табл.. - Библиогр.: с. 358-383.

26. **Учебное пособие по** хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии детского возраста: рек. УМО по мед. и фармакологич. образованию вузов России в качестве учеб. пособия для студ.,

обучающихся по спец. 040400 - Стоматология/ под ред. Б. Н. Давыдова. - Тверь: Триада, 2004. - 288 с.

27. Харьков, Леонид Викторович.

Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста: учебник для студ. мед. вузов III-IV уровней аккредитации/ Л. В. Харьков, Л. Н. Яковенко, И. Л. Чехова; под ред. Л. В. Харькова. - М.: Книга плюс, 2005. - 470 с. - Библиогр.: с. 467-470.

Шаргородский, Аркадий Григорьевич.

- 28.** Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области и шеи: учебное пособие/ А. Г. Шаргородский. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 271 с

Квалификационные тесты

Вариант 1

1. Свищ, находящийся в нижней трети шеи на передней границе кивательной мышцы, является результатом нарушения развития

- а) первой жаберной щели
- б) первого жаберного мешка
- в) второй жаберной щели
- г) второго жаберного мешка
- д) третьей жаберной щели

2. Медиальная стенка орбиты образована

- а) клиновидной, лобной и скуловой костями
- б) клиновидной, лобной и слезной костями
- в) верхнечелюстной, клиновидной и сфеноидальной костями
- г) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями
- д) верхнечелюстной, сфеноидальной и клиновидной костями

3. Слизистая латеральной стенки носа иннервируется

- а) передним клиновидным нервом
- б) носо-небным нервом
- в) парасимпатическими волокнами крылонебного узла
- г) всеми вышеперечисленными

4. Лимфоотток из области век осуществляется

- а) в поверхностные шейные лимфатические узлы
- б) в околоушные лимфатические узлы
- в) в поднижнечелюстные лимфатические узлы в области угла нижней челюсти
- г) верно б) и в)
- д) в подбородочные лимфатические узлы

5. В сонном треугольнике (футляре), кроме сонной артерии, располагаются

- а) глубокие шейные лимфатические узлы
- б) блуждающий нерв
- в) внутренняя яремная вена
- г) диафрагмальный нерв
- д) верно а), б), в)

6. Мандибулярная ветвь тройничного нерва иннервирует следующие мышцы

- а) мышцу, опускающую небную занавеску
- б) мышцу, поднимающую небную занавеску
- в) небо-язычную
- г) язычок
- д) щечную

7. Околоушная железа

а) состоит из двух долей: поверхностной и глубокой

б) лежит между жевательной мышцей, кивательной мышцей и хрящевой основой наружного слухового прохода

в) лежит на несколько мм ниже угла нижней челюсти и выше скуловой дуги

г) нижняя граница глубокой доли находится в тесном взаимоотношении с внутренней сонной артерией и яремной веной

д) все вышеперечисленное верно

8. В поднимании нижней челюсти не участвует

- а) жевательная мышца
- б) медиальная крыловидная мышца
- в) верхняя часть височной мышцы
- г) латеральная крыловидная мышца

9. Дермоидная киста

- а) обычно располагается подкожно
- б) обычно располагается внутрикожно
- в) не содержит волосы и сальные железы
- г) может содержать мезодермальный компонент
- д) верно а) и г)

10. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

- а) к замедлению продуцирования коллагена фибропластами
- б) к воспалительной реакции
- в) к вазодилатации
- г) к замедлению митотической активности эпителия
- д) ни одно из перечисленных

11. Нарушение остеорепаративных процессов при переломе нижней челюсти может быть вызвано

- а) неадекватной резорбцией кости
- б) плохой иммобилизацией
- в) реакцией на чужеродный металл
- г) системным заболеванием
- д) инфекцией
- е) всем вышеперечисленным

12. Носовая полость образована

- а) крыльными хрящами
- б) костями носа

- в) перпендикулярной пластинкой решетчатой кости
- г) хрящами перегородки носа
- д) верно б) и г)

13. Иннервация слизистой оболочки носа происходит

- а) от подглазничного нерва
- б) от надблокового нерва
- в) от крыло-небного узла
- г) от переднего решетчатого нерва
- д) зубного сплетения

14. Носослезный канал формируется

- а) из соединения латерального носового и максиллярного отростков
- б) из соединения медиального носового и максиллярного отростков
- в) из латерального носового отростка
- г) из медиального носового отростка
- д) из максиллярного отростка

15. Из второй жаберной дуги формируются

- а) собственно жевательная мышца
- б) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- в) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- г) височная мышца

16. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплегикам

17. Лидокаин относится

- а) к амину
- б) к эфиру
- в) к амиду
- г) к производному изохинолина
- д) к адамантильному радикалу

18. Какой из местных анестетиков является эфиром пара-аминобензойной кислоты?

- а) азакаин
- б) совкаин
- в) новокаинамид
- г) новокаин
- д) мезокаин

19. Абсорбция местных анестетиков в тканях зависит

- а) от растворимости в тканях, степени васкуляризации тканей
- б) от концентрации препарата

- в) от разрушения тканевыми ферментами

20. Каким путем осуществляется инактивация местных анестетиков?

- а) гидролиза псевдохолинэстеразной плазмы, редукции в печени
- б) соединения с гликулироновой кислотой печени
- в) окисления
- г) выделения почками

21. Лидокаин оказывает антиаритмическое действие

- а) при внутривенном введении в дозе 1-2 мг/кг
- б) не вызывая значительного снижения сердечного выброса
- в) вследствие снижения возбудимости миокарда
- г) значительно быстрее у пациентов во время анестезии, чем у бодрствующих пациентов
- д) у ослабленных пациентов

22. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают

- а) дикаин, лидокаин
- б) совкаин
- в) моррин
- г) новокаин

23. Действие местного анестетика на ЦНС зависит

- а) от сочетанного применения местных анестетиков
- б) от концентрации
- в) от дозы
- г) от скорости введения
- д) от способа введения
- е) верно б), в), г), д)

24. Внутривенное введение лидокаина с целью дополнения к общей анестезии вызывает

- а) угнетение глоточных рефлексов, угнетение дыхания, угнетение гортанный рефлексов
- б) экстрасистолию, брадикардию

25. При сравнении хлористоводородного и углекислого лидокаина отмечается, что

- а) углекислый лидокаин оказывает более сильное действие. Латентный период углекислого лидокаина на 30% короче хлористоводородного
- б) рН углекислого лидокаина составляет 7.6

- в) длительность действия углекислого лидокаина увеличивается на 50%
- г) анальгетическое действие углекислого лидокаина больше, чем у хлористоводородного

26. Новокаин является

- а) антигистаминным препаратом
- б) местным препаратом анальгизирующего действия
- в) противозудным препаратом
- г) ингибитором моноаминоксидаз
- д) противошоковым препаратом

27. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

- а) мианозом, сонливостью; уменьшается назначением в премедикации
- б) судорогами
- в) тошнотой и рвотой

28. Наибольшей длительностью действия обладает

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин, анакаин

29. Максимальной дозой наиболее часто применяемых вазоконстрикторов является

- а) адреналин 0.2 мг
- б) адреналин 0.02 мг
- в) норадреналин 0.4 мг
- г) норадреналин 0.2 мг
- д) вазопрессин 0.4 мг
- е) все вышеперечисленные

30. Для новокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная анестезия
- б) проводниковая анестезия
- в) внутривенная инъекция
- г) спонгиозная инъекция
- д) внутримышечная инъекция

31. Для тримекаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтративная инъекция
- б) проводниковая инъекция
- в) поднадкостничная инъекция
- г) внутривенная инъекция
- д) спонгиозная инъекция

32. Для лидокаина преимущественное значение имеет

- а) инфильтрационная инъекция, проводниковая инъекция
- б) спонгиозная инъекция

- в) внутривенная инъекция

- г) внутримышечная инъекция

33. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка

- б) для нижнего первого моляра

- в) для центральных нижних резцов

34. Для симпатомимических аминов характерны следующие эффекты

- а) адреналин вызывает увеличение сердечного выброса, а также увеличение кровотока во всех органах

- б) норадреналин вызывает брадикардию

- в) мезатон вызывает вазоконстрикцию

- г) адреналин и норадреналин вызывают увеличение почечного кровотока

35. При применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты

- а) положительное инотропное действие на сердце

- б) гипергликемия и повышение метаболизма в организме

- в) увеличение коронарного кровотока

- г) вазоконстрикция сосудов почек

- д) повышение работы миокарда

36. Норадреналин вызывает

- а) спазм артерий и расширение вен

- б) расширение артерий и спазм вен

- в) расширение артерий и вен

- г) спазм артерий и вен

- д) причина поражения почек неясна

37. Наименьший клинический эффект достигается при

- а) подкожном пути введения адреналина

- б) внутримышечном пути введения адреналина

- в) внутривенном пути введения адреналина

- г) эпидуральном пути введения адреналина

- д) субарахноидальном пути введения адреналина

- е) спинномозговом пути введения адреналина

- ж) периферическом пути введения адреналина

38. Никакого радикала

парааминобензойной кислоты не имеет следующий местный анестетик

- а) лидокаин, совкаин

- б) новокаин

39. Стерилизовать автоклавированием можно

- а) лидокаин, дикаин

- б) тримекаин

40. Болевые рецепторы содержат

- а) роговица глаза, дентин зуба
- б) сухожилия коленного сустава
- в) надкостница альвеолярного отростка
- г) вещество головного мозга

41. Деполаризация постсинаптической мембраны предшествует

- а) проникновение Ca^{2+} в клетку
- б) вхождение Na^{+} в клетку
- в) увеличение проницаемости постсинаптической мембраны
- г) возникает деполаризация постсинаптической мембраны
- д) вхождение K^{+} в субневральное пространство

42. Проведение импульса по нерву обусловлено

- а) деполаризацией мембраны
- б) накоплением натрия внутри клетки
- в) проникновением иона кальция
- г) холинэстеразой
- д) выходов иона магния

43. Нормальная нервно-мышечная проводимость обеспечивается следующими компонентами, за исключением

- а) ацетилхолина
- б) ацетилхолазы
- в) псевдохолинэстеразы
- г) холинэстеразы
- д) рецепторной субстанции

44. Нижняя челюсть иннервирует ветвь тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

45. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

46. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

- а) через сонное отверстие
- б) через овальное отверстие
- в) через остистое отверстие
- г) через круглое отверстие

47. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) задних
- б) средних

- в) передних

48. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

- а) 876 678
- б) 8 8
- в) 54 45
- г) 87654 45678
- д) 76 67

49. При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

- а) средних и задних
- б) передних и задних
- в) передних и средних

50. В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 4321 1234, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 4321 1234, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны

51. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада

- а) носонезного нерва
- б) большого небного нерва
- в) среднего верхнего зубного сплетения

52. В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

53. В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а) с небной стороны
- б) с вестибулярной стороны
- в) с вестибулярной и небной сторон

54. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва

- а) I-ой
- б) II-ой
- в) III-ей

55. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие

- а) сонное
- б) круглое
- в) овальное
- г) остистое

56. Двигательной ветвью тройничного нерва называется

- а) n. masseter
- б) n. auroculotemporalis
- в) n. temporalis anterior profundus
- г) n. temporalis medialis profundus

57. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является

- а) моляры
- б) височный гребешок
- в) позадиомолярная ямка
- г) крыловидночелюстная складка

58. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание а) торусальная

- б) подскуловая по Егорову
- в) из поднижнечелюстной области

59. При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а) язычного и щечного
- б) язычного и нижнелуночкового
- в) язычного, щечного и нижнелуночкового
- г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного

60. В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от третьего моляра и

- а) до клыка
- б) до первого резца
- в) до первого премоляра

61. При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а) первого моляра
- б) второго моляра
- в) третьего моляра

62. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

63. Выключение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится

- а) при рубцовой контрактуре
- б) при вправлении скуловой кости
- в) при воспалительной контрактуре

64. Целью проведения анестезии по Берше является блокада

- а) язычного и нижнелуночкового нервов
- б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
- в) двигательных волокон тройничного нерва

65. Стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

- а) малотравматичных
- б) длительных вмешательств
- в) малотравматичных и длительных операциях

66. При стволовой анестезии зона обезболивания включает

- а) зубы
- б) всю половину челюсти
- в) слизистую оболочку челюсти

67. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

68. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится

- а) у сонного отверстия
- б) у овального отверстия
- в) у остистого отверстия
- г) у круглого отверстия

69. Ориентиром для проведения стволовой анестезии II и III ветвей тройничного нерва служит

- а) подвисочный гребень
- б) передний край жевательной мышцы
- в) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

70. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной

- а) 3-4 см
- б) 7-8 см
- в) 10-15 см

71. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит

- а) суставной бугорок

б) скулоальвеолярный гребень

в) середина трагоорбитальной линии

72. При анестезии нижнечелюстного нерва у овального отверстия по Вайсблату после достижения наружной пластинки крыловидного отростка необходимо развернуть иглу на 1 см

а) книзу

б) кзади

в) кверху

г) кпереди

73. Местное осложнение после проведения проводникового обезболивания

а) неврит

б) невралгия

в) заопатия

74. Непосредственным местным осложнением стволковой анестезии является

а) обморок

б) повреждение лицевой артерии

в) попадание иглой в полость носа

75. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является

а) обморок

б) гематома

в) контрактура

76. Токсичность местных анестетиков проявляется

а) при гипертиреозе

б) при увеличении концентрации анестетика

в) при попадании анестетика в кровяное русло

77. Непосредственные общие осложнения, возникающие при передозировке анестетика

а) тризм

б) двигательное возбуждение, судороги

а) гиперемия в области введения анестетика

78. Общим обезболиванием является

а) атаралгезия

б) эндотрахеальный наркоз

в) проводниковая анестезия

г) вагосимпатическая блокада

д) инфильтрационная анестезия

79. Общим обезболиванием является

а) внутривенный наркоз

б) стволковая анестезия

в) спинальная анестезия

г) паранефральная блокада

80. Для ингаляционного наркоза используется

а) калипсол

б) фторотан

в) дроперидол

г) оксибутират натрия

81. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза

а) фторотан

б) калипсол

в) циклопропан

г) закись азота

82. Способами неингаляционного наркоза являются

а) масочный

б) внутривенный

в) эндотрахеальный

83. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) фторотан

в) сомбревин

г) закись азота

84. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) трилен

в) гексенал

г) закись азота

85. Для неингаляционного наркоза применяется

а) эфир

б) кетамин

в) хлороформ

г) закись азота

86. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях

а) масочный

б) внутривенный

в) электронаркоз

г) эндотрахеальный

87. При нейролептаналгезии препараты вводят

а) энтерально

б) внутривенно

в) ингаляционно

г) внутримышечно

88. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

- а) промедол, трентал
- б) циклопропан, морфин
- в) гексенал, сомбревин
- г) дипидолор, пенталгин
- д) фентанил, дроперидол

89. Признаком наступления нейролептаналгезии является

- а) релаксация
- б) двигательное возбуждение
- в) нойровегетативное торможение
- г) психоэмоциональная индифферентность

90. Атаралгезией называется

- а) разновидность нейролептаналгезии
- б) самостоятельный способ обезболивания
- в) способ проведения ингаляционного наркоза
- г) способ проведения неингаляционного наркоза

91. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

- а) седативных
- б) снотворных
- в) транквилизаторов

92. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

- а) наркотиков
- б) анальгетиков
- в) атарактиков

93. Показанием к проведению общего обезболивания является

- а) травматичность операции
- б) длительность вмешательства

- в) неуравновешенность психики больного

94. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

- а) полный желудок
- б) аллергия к местным анестетикам
- в) неуравновешенность психики больного

95. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

- а) внутривенно 1 мл атропина
- б) внутривенно 1 мл мезатона
- в) внутримышечно 1 мл норадреналина

96. Во время коллапса сознание

- а) сохранено
- б) не сохранено

97. Коллапс - это

- а) аллергическая реакция на антиген
- б) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

98. Во время коллапса кожные покровы

- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные
- в) сухие, гиперемизированные
- г) влажные, гиперемизированные

99. Пульс во время коллапса

- а) частый, нитевидный
- б) нитевидный, редкий
- в) частый, хорошего наполнения
- г) редкий, хорошего наполнения

100. Артериальное давление во время коллапса

- а) повышено
- б) понижено

эталон ответов к варианту 1:

1 - г)	11 - е)	21 - а)	31 - б)	41 - а)	51 - б)	61 - б)	71 - в)	81 - а)	91 - в)
2 - б)	12 - д)	22 - а)	32 - а)	42 - а)	52 - а)	62 - б)	72 - б)	82 - б)	92 - в)
3 - в)	13 - в)	23 - е)	33 - а)	43 - а)	53 - а)	63 - в)	73 - а)	83 - в)	93 - а)
4 - г)	14 - а)	24 - а)	34 - а)	44 - в)	54 - в)	64 - в)	74 - в)	84 - в)	94 - а)
5 - д)	15 - б)	25 - а)	35 - г)	45 - б)	55 - в)	65 - б)	75 - а)	85 - б)	95 - а)
6 - а)	16 - в)	26 - а)	36 - г)	46 - г)	56 - а)	66 - б)	76 - а)	86 - г)	96 - а)
7 - д)	17 - в)	27 - а)	37 - д)	47 - а)	57 - г)	67 - г)	77 - б)	87 - б)	97 - в)
8 - г)	18 - г)	28 - г)	38 - а)	48 - а)	58 - в)	68 - г)	78 - б)	88 - д)	98 - б)
9 - д)	19 - а)	29 - е)	39 - а)	49 - б)	59 - в)	69 - в)	79 - а)	89 - г)	99 - а)
10 - д)	20 - а)	30 - а)	40 - а)	50 - г)	60 - а)	70 - б)	80 - б)	90 - а)	100 - б)

Вариант 2

1. Дыхание во время коллапса

- а) глубокое
- б) поверхностное

2. Анафилактический шок

преимущественно развивается на фоне

- а) диатеза
- б) интоксикации
- в) хронического панкреатита
- г) перенесенной ранее аллергической реакции

3. При подозрении на развитие у больного анафилактического шока на введенный анестетик, проводимая терапия должна включать в себя препараты

- а) аналептики
- б) гормональные
- в) антигистаминные
- г) антигистаминные и аналептики
- д) антигистаминные и гормональные
- е) антигистаминные, аналептики и гормональные

4. Анафилактический шок - это

- а) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
- б) наиболее тяжелая аллергическая реакция на антиген
- в) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

5. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде осуществляется

- а) стоматологом
- б) средним медицинским персоналом
- в) врачами специализированной службы

6. Количество толчков в одну минуту при проведении непрямого массажа сердца

- а) 30
- б) 60
- в) 90

7. При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются

- а) на эпигастрии
- б) на нижней трети грудины
- в) на средней трети грудины

8. При наступлении клинической смерти внутрисердечно вводят раствор адреналина гидрохлорида

- а) 1%

- б) 10%

- в) 0.1%

9. При разрыве периферического нерва проксимальный конец волокна

- а) не подвергается дегенерации
- б) дегенерация распространяется до первого узла Ранвье
- в) не происходит разложения миелина и фрагментации нейрофибрил
- г) дегенерации подвергаются только безмиелиновые волокна до спинного мозга
- д) дегенерации подвергаются безмиелиновые волокна до следующего узла Ранвье

10. Наиболее верным признаком кислородной недостаточности является

- а) гипертензия
- б) тахикардия
- в) углубленное дыхание
- г) гипотония
- д) повышенное систолическое давление

11. Наиболее часто встречающимися осложнениями при проведении общей анестезии является

- а) угнетение дыхания
- б) нарушение проходимости дыхательных путей
- в) нарушение сердечного ритма
- г) тахикардия
- д) цианоз

12. Правильный порядок следующих анатомических образований по степени уменьшения чувствительности к кислородной недостаточности следующий

- а) кора, мозжечок, продолговатый мозг, спинной мозг
- б) кора, продолговатый мозг, мозжечок, спинной мозг
- в) кора, продолговатый мозг, спинной мозг, мозжечок
- г) продолговатый мозг, кора, мозжечок, спинной мозг
- д) кора, мозжечок, спинной мозг, продолговатый мозг

13. К функциям крови относятся

- а) дыхание
- б) экскреция

- в) транспорт антител и гормонов, питание
- г) баланс жидкости в организме

14. Выраженные болевые ощущения наблюдаются

- а) при воспалении
- б) при расширении артерий
- в) при растяжении мягких тканей
- г) при растяжении полых органов
- д) при давлении на ткани

15. Доводом для различия между "быстрой" и "медленной" болью является

- а) скорость проведения по нервным волокнам различного диаметра
- б) начало реакции тканей пораженной области
- в) замедленная сосудистая реакция в пораженной области
- г) местная вазоконстрикция
- д) местная вазодилатация

16. Применение следующей методики естественного дыхания создает наибольший дыхательный объем

- а) положение на животе: сдавление грудной клетки со стороны спины - выдох, поднимание за руки - вдох
- б) положение на спине: сдавление грудной клетки - выдох, поднимание рук - вдох
- в) положение с запрокинутым подбородком с валиком под плечи
- г) искусственная вентиляция "рот в рот"
- д) поднимание ног

17. При применении кислородотерапии поток кислорода следует увеличивать до тех пор, пока

- а) не нормализуется дыхание
- б) артериальное давление не превысит исходный уровень
- в) не исчезнет цианоз
- г) не наступит наибольший уровень пульса
- д) ликвидируется дефицит пульса

18. Риск экстренной операции у пациентов наименьший

- а) при стенокардии с учащением приступов за последнее время
- б) при начальных признаках сердечной недостаточности
- в) при полной поперечной блокаде с приступами Адамса - Стокса

- г) если в анамнезе инфаркт миокарда
- д) при выраженном стенозе аорты

19. Правильно проводимый непрямой массаж сердца

- а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
- б) должен проводиться при положении пациента на твердой поверхности, может сопровождаться отломом мечевидного отростка
- в) обеспечивает до 50% от нормального сердечного выброса
- г) может сопровождаться переломом одного или более ребер

20. Первым признаком шока является

- а) снижение центрального венозного давления
- б) снижением сердечного выброса
- в) снижение артериального давления
- г) повышение артериального давления
- д) увеличение венозного возврата

21. Пульсовое давление при выраженном сосудистом коллапсе

- а) увеличивается
- б) остается неизменным
- в) уменьшается, а затем увеличивается
- г) уменьшается
- д) вариабельно

22. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

- а) дентофобия
- б) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией
- в) заболевания центральной нервной системы
- г) детский возраст
- д) все вышеперечисленные противопоказания

23. Обязательным при общем обезболивании не является

- а) наркоз, сон
- б) анальгезия
- в) арефлексия
- г) все перечисленные выше
- д) поддержание адекватного газообмена и гемодинамики

24. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется

- а) постоянный ток
- б) переменный ток

25. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе

а) с положительного полюса

б) с отрицательного полюса

26. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе

а) с положительного полюса

б) с отрицательного полюса

27. К диадинамическому току относится

а) однотоковый непрерывный ток

б) двухтактный непрерывный ток

в) прерывистый ритмичный ток

г) все вышеперечисленные

28. В основе диадинамических токов лежит

а) снижение рН внутритканевой жидкости

б) нервно-рефлекторные механизмы

в) раздражение вегетативных образований

29. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет

а) направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул

б) за счет межтканевой жидкости

в) за счет механического перемещения тканей

30. В основу образования ультразвука положен следующий принцип

а) высокочастотные колебания электрического поля

б) магнитострикционный эффект пьезоэлектрических датчиков

31. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?

а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот

б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях

32. Магнитотерапия при переломах назначается

а) на 1-2 день

б) на 2-3 день

в) на 4-5 день

33. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия

а) с 2-1 дня

б) с 3-4 дня

34. Напряженность магнитного поля измеряется

а) в теслах

б) в амперах

в) в вольтах

35. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется

а) в ваттах

б) в теслах

в) в амперах

36. Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов ультразвук назначается

а) сразу после операции

б) через 3-5 дней после операции

в) через 4-6 дней после снятия швов

37. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается

а) с 1-3 дня

б) с 4-6 дня

в) с 7-10 дня

38. При клиническом методе обследования жалобы и анамнез включают в себя

а) общие сведения о больном

б) анамнез жизни

в) анамнез заболевания

г) перенесенные и сопутствующие заболевания

д) все перечисленные выше

39. Как поступать, если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания?

а) не предавать этому значения

б) задавать наводящие вопросы

в) вызвать на беседу родственников

г) записать в истории болезни, что собрать анамнез заболевания не удалось

д) верно б) и в)

40. Если больной доставлен в приемное отделение без сознания,

а) жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

б) история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

в) история болезни заполняется после нормализации состояния

41. Следует ли писать в истории болезни: "при внешнем осмотре отмечается асимметрия лица"?

- а) обязательно
- б) нет, так как нет симметричных лиц

42. В истории болезни при внешнем осмотре больного отражается

- а) локализация изменений
- б) характер изменений (припухлость, деформация, рубец, дефект)
- в) функциональные нарушения (речи, глотания, жевания)
- г) цвет кожных покровов (нормальные, бледные, цианотичные, гиперемизированные)
- д) верно а), б), г)

43. Последовательность осмотра слизистой полости рта

- а) губ, щек, альвеолярных отростков, твердого и мягкого неба, языка, подъязычной области
- б) губ, альвеолярного отростка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, языка, щек
- в) губ, языка, твердого и мягкого неба, подъязычной области, щек, альвеолярных отростков

44. Существуют следующие виды риноскопии

- а) передняя
- б) средняя
- в) задняя
- г) боковая

45. При передней риноскопии можно осмотреть носоглоточное пространство

- а) да
- б) нет

46. Для проведения риноскопии нужны следующие инструменты

- а) лобный рефлектор, носовое зеркало, маленькие зеркала диаметром 8-10 мм
- б) риноскоп
- в) лобный рефлектор, носовой расширитель, стоматологическое зеркало

47. Пальпация относится

- а) к клиническому методу обследования больного
- б) к дополнительному методу обследования больного
- в) к лабораторному методу обследования больного

48. Ложная флюктуация - это

- а) флюктуация воспринимается в одном направлении
- б) отсутствие колебаний жидкости в полости

- в) колебание жидкости во всех направлениях

49. Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?

- а) да
- б) нет

50. Как правильно проводить пальпацию?

- а) от "здорового" к "больному" участку тела
- б) от "больному" к "здоровому" участку тела

51. Бимануальная пальпация применяется

- а) во всех случаях патологии челюстно-лицевой области
- б) в челюстно-лицевой области не применяется
- в) при патологии тканей дна полости рта
- г) только при заболевании поднижнечелюстных слюнных желез
- д) только при локализации процесса в щечной области
- е) при локализации процесса на шее

52. Перкуссия грудной клетки при обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области

- а) не применяется
- б) проведение перкуссии грудной клетки у больных с патологией челюстно-лицевой области не обязательно
- в) можно применять по показаниям
- г) обязательно применяется, как один из методов обследования больного

53. При перкуссии грудной клетки можно судить о расширении переднего средостения при медиастените

- а) да
- б) нет

54. При перкуссии зубов определяется

- а) болевая реакция
- б) некроз пульпы
- в) перелом коронки зуба
- г) перелом корня зуба
- д) подвижность зубов

55. Аускультация патологически измененных тканей применяется

- а) при флегмоне челюстно-лицевой области
- б) при гемангиоме
- в) при переломе верхней челюсти
- г) при переломе нижней челюсти
- д) при лимфангиоме
- е) при злокачественных опухолях
- ж) верно б) и д)

56. Зондирование используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

- а) при наличии свищей
- б) при наличии резанных и колотых ран
- в) при переломах челюстей
- г) при заболеваниях слюнных желез
- д) при флегмонах челюстно-лицевой области
- е) верно а), б), г), ж)
- ж) при патологии слезоотводящих путей

57. Бужирование применяется

- а) при травматическом остеомиелите нижней челюсти
- б) при стенозе выводного протока околоушных желез
- в) при неполном свище слюнных желез
- г) при стенозе слезоотводящих путей
- д) при дакриоцистите
- е) при гайморите
- ж) при ретенционных кистах нижней губы
- з) при радикулярной кисте нижней челюсти
- и) верно б), г), д)
- к) при гингивите

58. Для рентгенологического обследования костей челюстно-лицевой области используются следующие проекции

- а) рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
- б) аксиальные и полуаксиальные рентгенограммы
- в) все перечисленное выше
- г) обследование нижней челюсти
- д) обследование височно-нижнечелюстного сустава
- е) обследование твердого неба
- ж) обследование гайморовой пазухи
- з) обследование дна полости рта

59. Панорамной рентгенографией можно различить нижеперечисленные детали 1) капилляры кровеносных

сосудов 2) кортикальные пластинки в области периодонта 3) межальвеолярные гребни 4) мелкие очаги разрушения и уплотнения костной ткани

- а) да
- б) нет

60. При обследовании каких органов челюстно-лицевой области используется томография?

- а) височно-нижнечелюстного сустава
- б) придаточных пазух носа
- в) слюнных желез
- г) нижней челюсти
- д) костей носа

61. Рентгенокинематография - это

- а) рентгенография на расстоянии
- б) рентгенография в положении лежа
- в) рентгенография движущихся объектов
- г) рентгенография сидя
- д) рентгенологическое обследование, при котором источник вводится в полость рта

62. Следующая рентгенологическая методика позволяет тщательно изучить те отделы черепа, которые из-за особенностей геометрической формы не могут быть сняты в различных проекциях

- а) электрорентгенография
- б) ортопантомография
- в) рентгенокинематография
- г) панорамная рентгенография
- д) электрорентгенография

63. Размеры черепа влияют на качество изображения при ортопантомографии

- а) да
- б) нет

64. Вместо рентгеновской пленки при выполнении электрорентгенографии используются

- а) селеновые пластины
- б) графитные пластины
- в) белая бумага
- г) сажа

65. Виды контрастных веществ

- а) жирорастворимые
- б) водорастворимые
- в) кислоторастворимые

г) щелочнорастворимые

д) верно а) и б)

66. Селективная ангиография - это

а) изучение всего бассейна общей сонной артерии

б) изучение бассейна внутренней сонной артерии

в) изучение бассейна наружной сонной артерии

г) ангиография бассейна нескольких ветвей наружной сонной артерии

д) ангиография бассейна одной ветви наружной сонной артерии

67. Возможно ли выполнение ангиографии без введения контрастных веществ?

а) да

б) нет

68. Ангиография используется при следующей патологии челюстно-лицевой области

а) при гемангиоме

б) при лимфангиоме

в) при злокачественных опухолях

г) при переломе верхней челюсти

д) при ушибе головного мозга

69. Контрастное исследование височно-нижнечелюстных суставов возможно

а) да

б) нет

70. Газообразные вещества при двойном контрастировании поднижнечелюстной слюнной железы

вводятся

а) в ткань железы

б) под капсулу железы

в) в мышцы дна полости рта

г) в подкожно-жировую клетчатку

д) в проток железы

71. Чем отличаются

нижеперечисленные названия? 1)

реография 2) реоплатизмография 3)

электроплатизмография 4)

импедантная плетизмография

а) это синонимы

б) названия зависят от приборов, применяемых при реографии

в) название реографии в зависимости от места ее проведения

г) различные виды исследований кровотока

72. Реодентография - это

а) исследование пульпы зуба

б) исследование тканей пародонта

73. С помощью реографии можно оценить эффективность местной анестезии

а) да

б) нет

74. С помощью реографии можно подтвердить или подвергнуть диагнозу повреждения тройничного нерва

а) да

б) нет

75. Метод полярографии позволяет определить

а) напряжение кислорода в тканях

б) напряжение углекислоты в тканях

в) избыток углекислоты в тканях

г) избыток кислорода в тканях

д) нарушение окислительного-восстановительных процессов в тканях

е) верно а) и б)

76. Инвазивной методикой является

а) реография

б) полярография

в) стоматоскопия

г) эхография

77. Виды электромиографии

а) глобальная

б) локальная

в) стимуляционная

г) все вышеперечисленные

78. С помощью стоматоскопии можно установить злокачественность процесса

а) да

б) нет

79. При стоматоскопии используются

а) метиленовая синь

б) раствор Люголя

в) бриллиантовая зелень

г) раствор йода

д) йодонат

80. Скорость ультразвука в костной ткани тела нижней челюсти в норме

а) 3000 см/сек

б) 3200 см/сек

в) 3500 см/сек

г) 4000 см/сек

д) 4500 см/сек

81. Скорость прохождения

ультразвука при переломе челюсти

а) увеличивается

б) уменьшается

82. Картина крови регенерационного типа

а) лейкоцитоз, выраженный сдвиг влево

б) лейкопения, выраженный сдвиг влево

в) лейкоцитоз, лейкоцитарная формула изменена

г) эритромия, высокие цифры СОЭ

д) лейкоцитоз, высокие цифры СОЭ

83. Фиброген является специфическим фактором воспаления

а) да

б) нет

84. Удельный вес мочи

а) 1.0001

б) 1.005

в) 1.0020

г) 1.0010

д) 1.0015

85. Методами выбора материала для цитологического исследования являются

а) пункционный

б) аспирационный

в) соскоб

г) мазок, отпечаток

д) все вышеперечисленное

86. Для клинической радиографии костей лицевого черепа используется изотоп

а) P32

б) Tc105

в) Sc85

г) U131

87. Показаниями к удалению зубов являются

а) хронический периодонтит, не подлежащий лечению; зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления

б) гангренозный пульпит, кариес

в) боли в области нижней челюсти

г) травма коронковой части зуба

д) радикулярная киста

88. Местными противопоказаниями к удалению зубов являются:

а) безуспешность лечения хронического периодонтита

б) вывих зубов

в) зубы с хорошо проходимыми каналами, гангренозный пульпит

г) острый гнойный воспалительный процесс одонтогенного происхождения

д) лицевые боли

89. К общим противопоказаниям к удалению зубов относятся

а) острый лейкоз

б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы

в) хронический периодонтит в стадии обострения

г) гипертоническая болезнь легкой степени

д) общая слабость

90. Подготовка больного к операции удаления зубов заключается

а) в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании

б) в измерении артериального давления

в) в снятии зубного камня

г) в измерении температуры тела

д) в снятии электрокардиограммы

91. Особенности подготовки больного с сердечно-сосудистыми заболеваниями заключаются

а) в консультации невропатолога

б) в общих и клинических анализах

в) в консультации кардиолога, электрокардиограмме, премедикации, клинических анализах

г) в психологической подготовке

д) в гемотрансфузии

е) верно в) и д)

92. Особенности подготовки больных с заболеваниями крови

а) консультация гематолога, анализы крови

б) введение за 6 часов до операции викасола

в) проведение гемотрансфузии

г) проведение электрокардиограммы

д) рентгенографическое исследование легких

е) верно а) и в)

93. Особенности подготовки больных с психическими заболеваниями

а) консультация психиатра, коррекция психологического статуса, премедикация, участие санитара

б) внутривенное введение седативных средств

- в) внутримышечное введение аминозина
- г) проведение электрокардиограммы
- д) консультация психиатра

94. Методика удаления зубов заключается

- а) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси
- б) в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
- в) в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции
- г) в наложении щипцов на коронку зуба, без отделения слизистой десны
- д) в иссечении десневого края, тракции, экстракции

95. Гемисекция - это

- а) удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов
- б) удаление зуба с последующим установлением на прежнее место после его предварительной обработки
- в) резекция корня
- г) расчленение зуба вместе с корнем
- д) частичная резекция корня и коронки зуба

96. Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов

- а) 12-14 дней
- б) 1 месяц
- в) 7-10 дней
- г) 1 год
- д) 3-4 месяца

97. К симптомам обморока, возникшего во время удаления зуба, относятся

- а) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, спадение век, учащение дыхания, частый пульс, снижение артериального давления
- б) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, тошнота, резкое побледнение кожных покровов
- в) двигательное и речевое возбуждение, резкая бледность кожи, расширение зрачков, дыхание поверхностное
- г) потеря сознания, вегетативные симптомы, тонические судороги,

прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

- д) повышение артериального давления, головокружение, общая слабость, двоение в глазах

98. Признаками коллапса являются

- а) двигательное и речевое возбуждение, запавшие неподвижные глаза, расширенные зрачки, резкая бледность, поверхностное дыхание, резкое падение артериального давления
- б) бледность кожных покровов, синюшность лица, сухой язык, учащение дыхания, частый пульс, умеренное падение артериального давления
- в) кратковременная потеря сознания, общая слабость, головокружение, звон в ушах, резкое побледнение кожи, тошнота, иногда рвота
- г) повышение артериального давления, частый пульс, общая слабость, двоение в глазах
- д) потеря сознания, вегетативные симптомы, судороги, прикусывание языка, самопроизвольное мочеиспускание, галлюцинаторные феномены

99. К наиболее частым причинам кровотечения после удаления зубов относятся

- а) повреждение сосудов
- б) гипертоническая болезнь, системные заболевания крови
- в) перелом коронки зуба
- г) травматическое удаление зубов
- д) верно б) и г)

100. К признакам альвеолита относятся

- а) воспаление мягких тканей в области лунки
- б) кратковременная боль без признаков воспаления
- в) боли постоянного характера, воспаление мягких тканей в области лунки удаленного зуба, зловонный запах изо рта
- г) наличие в лунке мелких секвестров
- д) "сухая" лунка

Эталон ответов к варианту 2:

1 - б)	11 - б)	21 - г)	31 - а)	41 - б)	51 - в)	61 - в)	71 - а)	81 - б)	91 - е)
2 - г)	12 - а)	22 - е)	32 - в)	42 - д)	52 - г)	62 - а)	72 - а)	82 - а)	92 - е)
3 - е)	13 - в)	23 - г)	33 - б)	43 - а)	53 - а)	63 - б)	73 - б)	83 - а)	93 - б)
4 - б)	14 - а)	24 - а)	34 - а)	44 - а), в)	54 - а)	64 - а)	74 - б)	84 - б)	94 - в)
5 - в)	15 - а)	25 - а)	35 - а)	45 - б)	55 - ж)	65 - а)	75 - е)	85 - д)	95 - г)
6 - б)	16 - г)	26 - б)	36 - б)	46 - а)	56 - е)	66 - д)	76 - б)	86 - в)	96 - д)
7 - б)	17 - а)	27 - г)	37 - а)	47 - а)	57 - и)	67 - в)	77 - г)	87 - а)	97 - б)
8 - в)	18 - г)	28 - б)	38 - д)	48 - а)	58 - а)	68 - а)	78 - а)	88 - в)	98 - б)
9 - б)	19 - б)	29 - а)	39 - д)	49 - б)	59 - а)	69 - а)	79 - г)	89 - б)	99 - д)
10 - б)	20 - в)	30 - а)	40 - б)	50 - а)	60 - а)	70 - г)	80 - б)	90 - а)	100 - в)

Вариант 3

1. Рентгенологические признаки остеомиелита лунки

- а) остеопороз костных стенок лунки
- б) остеосклероз костных стенок лунки
- в) сочетание остеопороза и остеосклероза
- г) без изменений
- д) наличие секвестров в челюсти

2. К методам лечения альвеолита относятся

- а) кюретаж лунки
- б) кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада
- в) тугая тампонада лунки
- г) промывание лунки антисептиками и тампонада
- д) физиотерапия

3. Наиболее частой локализацией перелома нижней челюсти при травматичном удалении зуба является

- а) альвеолярный отросток
- б) тело челюсти
- в) мышечковый отросток
- г) угол нижней челюсти
- д) верно а) и г)

4. К признакам повреждения дна гайморовой пазухи относятся

- а) обильное кровотечение из лунки
- б) выраженный болевой синдром
- в) бессимптомно
- г) обильное кровотечение из лунки, прохождение воздуха из носа в полость рта, кровотечение из носа
- д) кровотечение из носа

5. Тактика при попадании корня в гайморовую пазуху

- а) лечение не проводить

- б) пластика соустья местными тканями без удаления корня

- в) радикальная гайморотомия, ревизия гайморовой пазухи с пластикой соустья в условиях стационара

- г) гайморотомия в поликлинике

- д) удаление корня через лунку

6. Первая помощь при вывихе нижней челюсти во время удаления зуба

- а) наложение пращевидной повязки

- б) вправление вывиха, наложение пращевидной повязки

- в) вправление вывиха

- г) обезболивание, наложение пращевидной повязки

- д) направить больного в стационар

7. Реплантация зубов - это

- а) введение в кость имплантата

- б) пересадка одного зуба в лунку другого
- в) увеличение высоты альвеолярного отростка

- г) изменение положения дистопированного зуба

- д) удаление зуба, его обработка, пломбирование, введение в лунку и фиксация

8. Наиболее эффективными физиотерапевтическими методами при альвеолите являются

- а) УВЧ

- б) электрофорез

- в) УФО

- г) лазерная терапия

- д) дарсанвализация

- е) верно в) и г)

9. К показаниям к общему обезболиванию при удалении зуба относятся

- а) беременность
- б) непереносимость местных анестетиков
- в) настоятельная просьба больного
- г) зуб в линии перелома челюсти
- д) обширный инфаркт миокарда

10. При удалении моляров на верхней челюсти необходима

- а) инфильтрационная анестезия
- б) небная проводниковая анестезия
- в) резцовая инфильтрационная анестезия
- г) туберальная анестезия
- д) туберальная, небная, инфильтрационная анестезии

11. Прозопалгия - это

- а) другое название невралгии
- б) боли, обусловленные поражением вегетативной системы
- в) собирательное понятие

12. С V нервом связано

- а) 3 вегетативных узла
- б) 4 вегетативных узла
- в) 5 вегетативных узлов

13. V нерв связан с VII

- а) через малый каменистый нерв
- б) через большой каменистый нерв
- в) через носо-небный нерв

14. V нерв связан с IX

- а) через подчелюстной вегетативный узел
- б) через барабанный нерв
- в) через подъязычный нерв

15. Двигательные волокна в V нерве

- а) сопровождают каждую ветвь
- б) отходят от круглого отверстия
- в) отходят от овального отверстия

16. Точки Валле -

- а) участки кожи с повышенной чувствительностью
- б) место выхода нерва на поверхность лицевых костей
- в) место, соответствующее расположению вегетативных узлов

17. Курковые зоны находятся

- а) на конечном этапе разветвления нерва
- б) курковые зоны не обязательно совпадают с зонами иррадиации боли
- в) в точках Валле

18. Основным симптомом неврита тройничного нерва является

- а) симптом Венсана

- б) длительные парестезии
- в) длительные ноющие боли
- г) кратковременные парестезии
- д) сильные кратковременные приступообразные боли

19. Основным симптомом невралгии тройничного нерва является

- а) симптом Венсана
- б) длительные парестезии
- в) длительные ноющие боли
- г) кратковременные парестезии
- д) сильные кратковременные приступообразные боли

20. Боли при невралгии I ветви

тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в затылочной области

21. Боли при невралгии II ветви

тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в верхней трети лица
- д) в затылочной области

22. Боли при невралгии III ветви

тройничного нерва распространяются

- а) в нижней трети
- б) в средней трети
- в) по всему лицу
- г) в затылочной области
- д) в верхней трети лица

23. Триггерными (курковыми) зонами называются участки

- а) парестезии
- б) гипостезии
- в) гиперстезии
- г) раздражение которых провоцирует приступ боли

24. Основным методом лечения

неврита тройничного нерва является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) алкоголизация
- д) лучевая терапия
- е) комбинированный

25. Клиническая картина невралгии тройничного нерва характеризуется

- а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадирующими в ухо, висок
- б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- в) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
- д) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

26. Клиническая картина неврита тройничного нерва характеризуется

- а) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадирующими в ухо, висок
- б) продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
- в) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- г) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
- д) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности

27. Больных, с подозрением на неврит или невралгию тройничного нерва, необходимо проконсультировать

- а) у окулиста
- б) у терапевта
- в) у нейрохирурга
- г) у невропатолога
- д) у оториноларинголога

28. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают

- а) с невротомии
- б) с трактотомии
- в) с введения спирта
- г) с блокад анестетиком
- д) с противосудорожных средств

29. Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится

- а) параневрально
- б) в курковую зону
- в) по типу инфильтрационной анестезии
- г) поднадкостнично в зону болезненности

30. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять

- а) наряду с блокадами анестетиков
- б) при впервые диагностированном состоянии
- в) после безуспешной консервативной терапии
- г) до лечения противосудорожными препаратами

31. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва проводят раствором спирта в концентрации

- а) 20%
- б) 40%
- в) 50%
- г) 60%
- д) 80%
- е) 96%

32. Из полости черепа I ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- а) остистого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного
- д) верхней глазничной щели

33. Из полости черепа II ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- а) круглого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного
- д) верхней глазничной щели

34. Из полости черепа III ветвь тройничного нерва выходит из отверстия

- а) круглого
- б) овального
- в) затылочного
- г) подбородочного
- д) верхней глазничной щели

35. Место выхода на коже чувствительных волокон верхней

ветви тройничного нерва определяется в области

- а) резцового канала
- б) мышцелкового отростка
- в) надглазничной вырезки
- г) подбородочного отверстия
- д) подглазничного отверстия

36. Место выхода на коже чувствительных волокон средней ветви тройничного нерва определяется в области

- а) резцового канала
- б) мышцелкового отростка
- в) надглазничной вырезки
- г) подбородочного отверстия
- д) подглазничного отверстия

37. Место выхода на коже чувствительных волокон нижней ветви тройничного нерва определяется в области

- а) резцового канала
- б) мышцелкового отростка
- в) надглазничной вырезки
- г) подбородочного отверстия
- д) подглазничного отверстия

38. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва

- а) тахикардия
- б) слезотечение
- в) иррадиация болей
- г) болезненность точек Валле
- д) болезненность паравертебральных точек

39. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) невротомия
- б) остеотомия
- в) редрессация
- г) гайморотомия
- д) экзартикуляция

40. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) остеотомия
- б) неврэкзрез
- в) редрессация
- г) гайморотомия
- д) экзартикуляция

41. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва

- а) остеотомия
- б) редрессация
- в) трактотомия

- г) гайморотомия
- д) экзартикуляция

42. Чаще поражаются при невралгии

- а) II и III ветви
- б) I и II ветви
- в) изолированно одна ветвь

43. При невралгии в нерве бывают следующие структурные изменения

- а) нарушения в стволе
- б) в периневрии
- в) нерв интактный

44. Боли при невралгии

- а) краткие с иррадиацией, сопровождающиеся вегетативными расстройствами
- б) длительные, мучительные, вызывающие тошноту
- в) постоянные, ноющие, сопровождающиеся парестезиями

45. Невралгии Вайзенберга -

- а) поражение крылонебного узла
- б) невралгия носоресничного нерва
- в) невралгия языкоглоточного нерва

46. Невралгия Слудера -

- а) невралгия подчелюстного узла
- б) невралгия крылонебного узла
- в) невралгия ушного узла

47. Глоссодиния -

- а) устаревшее название глоссоалгии
- б) собирательное понятие болей языка
- в) самостоятельное заболевание

48. Гипергейзия -

- а) клиническое подергивание мускулатуры
- б) повышенная кожная чувствительность
- в) извращение вкусовых ощущений

49. Гипаркинозы возникают

- а) перед и во время приступа
- б) тотчас после приступа
- в) в промежутки между приступами

50. Для периартеритов характерно следующее

- а) спазм сосудов на фоне гипертонической болезни
- б) деструктивные изменения стенки сосудов
- в) спазм сосудов на фоне гипотонии

51. Для диагностики невралгии языкоглоточного нерва необходимо применять

- а) сделать мандибулярную анестезию
- б) блокаду подчелюстного узла

в) смазать глотку дикаином

52. Наиболее выражены вегетативные нарушения со стороны слюнных и слезных желез

а) при невралгии I-II ветви

б) при невралгии Слудера

в) при периаартритах

53. Точки Троше находятся

а) у бифуркации сонных артерий

б) у остистых отростков позвонков

в) позади суставных головок нижней челюсти

54. Наиболее целесообразным видом физиотерапии при длительно существующей форме невралгии являются

а) микроволны

б) ионофорез с новокаином

в) ультразвук

55. Эндоназальный ионофорез наиболее эффективен

а) при невралгии носо-ресничного корня

б) при невралгии крылонебного узла

в) при невралгии II ветви V нерва

56. Пальпация верхне-бокового отдела стенки глотки болезненна

а) при невралгии языко-глоточного нерва

б) при синдроме крылонебного узла

в) при мегастелоиде

57. Чаще всего к глоссодинии приводит

а) гипертония II-III степени

б) гепатопанкреатиты

в) воспаление оболочек мозга

48. Начинать лечение невралгии следует

а) с назначения седативных препаратов

б) с диагностических блокад

в) с физиотерапевтических процедур

59. Предпочтительным методом при безуспешности консервативного лечения невралгии является

а) алкоголизация

б) гидротермодеструкция

в) введение пчелиного яда без новокаина

60. При лечении невралгии, осложнившейся после инъекции к стволу нерва невритом, более эффективно

а) мази вирапин, финалгон

б) введение гидрокортизона по 25 мг к нерву

в) витамины B₁₂ в дозе 200 мг к нерву

г) верно б) и в)

61. Какой препарат вводят к нарастающей дозе для лечения невралгии?

а) гидрокортизон

б) финлепсин

в) випраксин

62. К заболеванию невритом II-III ветви чаще приводит

а) сужение выводящих костных отверстий

б) охлаждение

в) опухоли придаточных пазух

63. Для лечения невралгии более эффективны

а) анальгетики

б) нейроплегические - аминазин, трифтазин

в) противосудорожные - карбамазепин

64. Основным симптомом перелома верхней челюсти является

а) головная боль

б) носовое кровотечение

в) патологическая подвижность нижней челюсти

г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

65. Основным симптомом перелома нижней челюсти является

а) головная боль

б) носовое кровотечение

в) патологическая подвижность нижней челюсти

г) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

д) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

66. Основные жалобы при переломе верхней челюсти

а) боль, сухость во рту, кровоподтеки

б) нарушение прикуса, боль, припухлость

в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

67. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

а) боль, сухость во рту, кровоподтеки

б) нарушение прикуса, боль, припухлость

в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

68. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

69. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

70. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III

- а) суббазальный
- б) суборбитальный
- в) отрыв альвеолярного отростка

71. Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- а) дуга Энгля
- б) остеосинтез
- в) аппарат Збаржа
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

72. Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- а) дуга Энгля
- б) остеосинтез
- в) метод Адамса
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

73. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- а) дуга Энгля
- б) метод Адамса
- в) остеосинтез по Макиенко
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

74. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- а) дуга Энгля
- б) метод Адамса
- в) лобно-челюстной остеосинтез
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

75. Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти

- а) дуга Энгля
- б) метод Адамса

- в) остеосинтез минипластинами
- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

76. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти

- а) ЭОД
- б) биопсия
- в) рентгенография
- г) радиоизотопное
- д) цитологическое

77. Под действием тяги жевательных мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

78. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

79. Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при двухстороннем ангулярном переломе происходит

- а) книзу и кзади
- б) кверху и вперед
- в) медиально и вперед
- г) латерально и кверху

80. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

- а) нижней челюсти
- б) суббазальном верхней челюсти
- в) суборбитальном верхней челюсти
- г) альвеолярного отростка верхней челюсти

81. Перелом костей основания черепа как правило происходит

- а) при отрыве альвеолярного отростка
- б) при суббазальном переломе верхней челюсти
- в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

82. Нарушение функций черепно-мозговых нервов как правило происходит

- а) при стрыве альвеолярного отростка

- б) при суббазальном переломе верхней челюсти
- в) при суборбитальном переломе верхней челюсти

83. Обязательным симптомом перелома основания черепа является

- а) ликворея
- б) кровотечение из носа
- в) патологическая подвижность нижней челюсти
- г) патологическая подвижность верхней челюсти
- д) кровстечение из наружного слухового прохода

84. О наличии ликвореи при кровотечении из носа или наружного слухового прохода свидетельствует

- а) симптом Малевича
- б) положительная реакция Вассермана
- в) положительный тест двойного пятна
- г) снижение количества альбуминов в крови
- д) наличие крепитации в области сосцевидных отростков

85. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

86. Симптом нагрузки при переломах нижней челюсти определяется давлением

- а) на скуловые кости снизу вверх
- б) на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- в) на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- г) на крючок крыловидного отростка снизу вверх

87. Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) нагноение костной раны

88. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

- а) двубрюшная
- б) круговая рта
- в) поднимающая угол рта
- г) собственно жевательная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

89. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) челюстно-подъязычная
- г) собственно жевательная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

90. Мышца, опускающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) собственно жевательная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

91. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) собственно жевательная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

92. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

- а) височная
- б) круговая рта
- в) поднимающая угол рта
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

93. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) наружная крыловидная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

94. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть

- а) круговая рта
- б) поднимающая угол рта
- в) внутренняя крыловидная
- г) подбородочно-подъязычная
- д) грудино-ключично-сосцевидная

95. Характерный симптом при одностороннем переломе мышечного отростка нижней челюсти

- а) открытый прикус
- б) кровотечение из носа

- в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

96. Характерный симптом при двухстороннем переломе мышечкового отростка

нижней челюсти

- а) открытый прикус
б) кровотечение из носа
в) разрыв слизистой альвеолярного отростка
г) изменение прикуса моляров со стороны перелома
д) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

97. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

- а) книзу
б) кверху
в) медиально

- г) латерально

98. Для фиксации фрагментов нижней челюсти используются внеротовые аппараты

- а) шина Порты
б) аппарат Збаржа
в) аппарат Рудько

99. Остеосинтез по Макиенко проводится

- а) спицей
б) минипластинами
в) стальной проволокой
г) бронзо-алюминиевой лигатурой
д) компрессионно-дистракционным аппаратом

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

- а) ежедневно
б) ежемесячно
в) еженедельно
г) 3 раза в месяц
д) 2 раза в неделю

эталон ответов к варианту 3:

1 - а)	11 - в)	21 - б)	31 - д)	41 - в)	51 - в)	61 - в)	71 - г)	81 - б)	91 - в)
2 - б)	12 - в)	22 - а)	32 - д)	42 - а)	52 - б)	62 - б)	72 - в)	82 - б)	92 - а)
3 - а), г)	13 - б)	23 - г)	33 - а)	43 - в)	53 - б)	63 - в)	73 - в)	83 - а)	93 - в)
4 - г)	14 - а)	24 - а)	34 - б)	44 - а)	54 - в)	64 - г)	74 - в)	84 - а)	94 - в)
5 - в)	15 - в)	25 - д)	35 - в)	45 - в)	55 - б)	65 - в)	75 - в)	85 - г)	95 - д)
6 - а)	16 - б)	26 - б)	36 - д)	46 - б)	56 - в)	66 - б)	76 - в)	86 - в)	96 - а)
7 - д)	17 - б)	27 - г)	37 - г)	47 - б)	57 - б)	67 - б)	77 - а)	87 - г)	97 - а)
8 - г), е)	18 - в)	28 - г)	38 - г)	48 - в)	58 - б)	68 - в)	78 - в)	88 - а)	98 - в)
9 - д)	19 - д)	29 - а)	39 - а)	49 - а)	59 - б)	69 - б)	79 - а)	89 - в)	99 - а)
10 - д)	20 - г)	30 - в)	40 - б)	50 - б)	60 - г)	70 - а)	80 - б)	90 - г)	100 - г)

Вариант 4

1. Диета пациентов с переломами челюстей

- а) трубчатая (1)
б) трубчатая (15)
в) общий стол (15)
г) хирургическая (1)
д) высококалорийная

2. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина

- а) Порты
б) Ванкевича
в) Тигерштедта

3. Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти применяется шина

- а) Порты
б) Ванкевича
в) Тигерштедта

4. Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются

- а) из стали
б) из бронзы
в) из титана
г) из алюминия

5. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют

- а) спицей
- б) шурупами
- в) проволоочной лигатурой

6. Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей

- а) периостит
- б) фурункулез
- в) рожистое воспаление
- г) травматический остеомиелит

7. Метод физиотерапии, направленный на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти

- а) массаж
- б) парафинотерапия
- в) электрофорез с лидазой
- г) ультрафонофорез с метилурацилом

8. Основной симптом перелома костей носа

- а) деформация носа, гематома
- б) подкожная эмфизема, кровотечение
- в) затруднение носового дыхания, гематома
- г) патологическая подвижность костей носа, деформация
- д) деформация носа, кровотечение из носовых ходов

9. Репозиция костей носа при западении отломков производится

- а) носовым зеркалом
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

10. Репозиция костей носа при смещении отломков производится кнаружи

- а) мануально
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

11. Метод фиксации при переломах костей носа

- а) остеосинтез
- б) наложение пращевидной повязки
- в) тампонада носовых ходов
- г) наружная повязка из гипса или коллодия

- д) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллодия

12. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) деформация носа, гематома
- б) гематома скуловой области
- в) кровоизлияние в нижнее веко
- г) кровотечение из носа, головокружение
- д) уплощение скуловой области, диплопия

13. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) гематома скуловой области
- б) деформация носа, гематома
- в) симптом "ступени", диплопия
- г) кровоизлияние в нижнее веко
- д) кровотечение из носа, головокружение

14. Основные симптомы перелома скуловой кости

- а) гематома скуловой области
- б) деформация носа, гематома
- в) кровоизлияние в нижнее веко
- г) кровотечение из носа, головокружение
- д) симптом "ступени", затрудненное открывание рта

15. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости

- а) гематома
- б) смещение отломков
- в) воспалительная реакция
- г) травма жевательных мышц
- д) артрит височно-нижнечелюстного сустава

16. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости

- а) травма глазного яблока
- б) воспалительная реакция
- в) смещение глазного яблока
- г) травма зрительного нерва
- д) интраорбитальная гематома

17. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют

- а) шпатель
- б) распатор
- в) зажим Кохера
- г) крючок Фарабефа
- д) крючок Лимберга

18. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют

- а) шпатель
- б) распатор
- в) зажим Кохера

- г) крючок Фарабефа
- д) крючок Карапетяна

19. Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна

- а) внеротовой
- б) внутриротовой

20. Доступ для репозиции скуловой кости крючком Лимберга

- а) внеротовой
- б) внутриротовой

21. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги

- а) птоз
- б) гипосаливация
- в) телеангиоэктазии
- г) парез ветвей лицевого нерва
- д) вторичные деформации лицевого скелета

22. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее верхнечелюстную пазуху

- а) радикальная гайморотомия
- б) остеотомия верхней челюсти
- в) гайморотомия с репозицией отломков
- г) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

23. После репозиции фиксация скуловой кости при ее переломе со смещением верхнечелюстную пазуху осуществляется

- а) наружными швами
- б) коллодийной повязкой
- в) пластмассовым вкладышем
- г) тампоном, пропитанным йодоформом

24. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводят через отверстие

- а) в скуловой области
- б) по переходной складке
- в) в области бугра верхней челюсти
- г) в области нижнего носового хода

25. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют

- а) мануальным вправлением
- б) остеотомией костей носа
- в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллодия

26. Через год после перелома деформацию костей носа устраняют

- а) контурной пластикой
- б) мануальным вправлением

- в) тампонадой с одномоментным наложением повязки из коллодия

27. Затруднения открывания рта при переломе скуловой кости обусловлено травмой мышц

- а) височной
- б) жевательной ,
- в) крыловидных

28. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений после застарелого перелома скуловой кости

- а) контурная пластика
- б) остеотомия скуловой кости
- в) радикальная гайморотомия с репозицией отломков

29. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) асфиксия
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

30. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) пародонтит
- в) кровотечение
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

31. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) шок
- б) ОРВЗ
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

32. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) коллапс
- в) пародонтит
- г) потеря сознания
- д) неврит лицевого нерва

33. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

- а) ОРВЗ
- б) асфиксия

в) травматический остеомиелит

34. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) диплопия

в) асфиксия

35. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) слюнные свищи

36. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

37. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) рубцовая контрактура

38. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) ложный сустав

39. Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) асфиксия

в) травматический гайморит

40. Непосредственным поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является

а) ОРВЗ

б) пародонтит

в) потеря сознания

г) парез лицевого нерва

д) вторичное кровотечение

41. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

а) течением раневого процесса

б) быстрым развитием осложнений

в) сроками эпителизации раны

г) несоответствием внешнего вида раненого с его жизнеспособностью

42. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей

а) течением раневого процесса

б) сроками эпителизации раны

в) быстрым развитием осложнений

г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

43. Вторичным ранящими снарядами называются

а) разрывные пули

б) осколки снаряда

в) стреловидные элементы

г) зона некротических изменений костной ткани

д) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

44. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключаются

а) в антисептической обработке, наложении швов и повязки

б) в остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

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

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

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

45. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

а) первого часа

б) 8-12 часов

в) 24 часов

г) 48 часов

д) 72 часов

46. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

а) первого часа

б) 8-12 часов

в) 24-48 часов

г) 3-х суток

д) 8 суток

47. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя

а) 8-12 часов

б) 24 часа

в) 48 часов

г) 8 суток

48. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) на 6-7 сутки

в) на 7-8 сутки

г) на 8-9 сутки

49. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) на 8-9 сутки

в) после эпителизации раны

г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

50. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают

а) на 4-5 сутки

б) после эпителизации раны

в) с началом формирования рубца

г) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

51. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят

а) при эпителизации раны

б) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций

в) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса

52. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение

а) гамма-глобулина

б) антирабической сыворотки

в) стафилококкового анатоксина

г) противостолбнячной сыворотки

53. БМП - это

а) медицинский пункт полка

б) база медицинской поддержки

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

54. МПП - это

а) медицинский пункт полка

б) база медицинской поддержки

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

55. ОМедБ - это

а) медицинский пункт полка

б) основная медицинская база

в) батальонный медицинский пункт

г) отдельный медицинский батальон

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

56. ППХГ - это

а) медицинский пункт полка

б) батальонный медицинский пункт

в) отдельный медицинский батальон

г) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

д) полевой подвижной хирургический госпиталь

е) специализированный хирургический подвижной госпиталь

57. СХППГ - это

а) медицинский пункт полка

б) батальонный медицинский пункт

в) отдельный медицинский батальон

г) полевой подвижной хирургический госпиталь

д) специализированный хирургический подвижной полевой госпиталь

е) специализированный полевой подвижной химический гарнизон

58. Мероприятия при переломах челюстей на БМП

а) остеосинтез

б) наложение гладкой шины скобы

в) наложение бимаксиллярных шин

г) межчелюстное связывание по Айви

д) временная (транспортная) иммобилизация

59. Мероприятия при переломах челюстей на ОМедБ включают в себя

а) наложение бимаксиллярных шин

б) временную (транспортную) иммобилизацию

в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата

г) наложение гладкой шины скобы

д) остеосинтез

60. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

61. Основная задача квалифицированной помощи в ОМедБ раненым в челюстно-лицевую область

- а) коррекция сердечно-сосудистой системы
- б) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- в) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

62. Объем помощи на МПП раненым с переломами челюстей

- а) остеосинтез
 - б) транспортная иммобилизация
 - в) наложение бимаксиллярных шин
- 63. Из ОМедБ не эвакуируют раненых**
- а) соматически больных
 - б) с сочетанной травмой
 - в) при продолжающемся кровотечении
 - г) с острым двухсторонним паротитом
 - д) при подозрении на острую лучевую болезнь

64. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) при угрозе асфиксии
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

65. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) временно не транспортабельных
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

66. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) агонирующих
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом

д) при подозрении на острую лучевую болезнь

67. Объем помощи в СХППГ раненым с переломами челюстей

- а) временная иммобилизация
- б) оперативные методы иммобилизации
- в) консервативные методы иммобилизации
- г) все виды консервативных и оперативных методов лечения

68. Сроки лечения в СХППГ раненых в челюстно-лицевую область

- а) 7 дней
- б) 15 дней
- в) 30-90 суток
- г) 6 месяцев
- д) один год

69. Для длительного лечения раненые в лицо из СХППГ направляются

- а) в МПП
- б) в ОМедБ
- в) в госпитальную тыловую базу
- г) в госпиталь для легкораненых

70. Сроки лечения легкораненых в ОМедБ

- а) 5-7 дней
- б) 7-14 дней
- в) до 1 месяца
- г) 30-90 суток
- д) один год

71. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) временно не транспортабельных
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

72. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) агонирующих
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

73. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) при угрозе асфиксии
- б) соматически больных
- в) с сочетанной травмой
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

74. Из МПП не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) при продолжающемся кровотечении
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

75. Из ОМедБ не эвакуируют раненых

- а) соматически больных
- б) с сочетанной травмой
- в) не выведенных из шока
- г) с острым двухсторонним паротитом
- д) при подозрении на острую лучевую болезнь

76. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

- а) врач
- б) санитарный инструктор
- в) эпидемиологическая служба
- г) служба медицинской разведки полка

77. Первая медицинская помощь на поле боя оказывается

- а) врачом
- б) эпидемиологической службой
- в) службой медицинской разведки полка
- г) в порядке самопомощи и взаимопомощи

78. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает

- а) врач
- б) санитар
- в) эпидемиологическая служба
- г) служба медицинской разведки полка

79. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого
- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) оформить медицинскую карточку
- д) временная остановка кровотечения

80. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого
- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) устранить угрозу асфиксии
- д) временная остановка кровотечения

81. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область

- а) напоить раненого

- б) наложить повязку
- в) перенести в укрытие
- г) противошоковые мероприятия
- д) оформить медицинскую карточку

82. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в медицинском пункте батальона
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в полевом подвижном специализированном госпитале

83. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в медицинском пункте батальона
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в полевом подвижном специализированном госпитале

84. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область на МПП при массовом поступлении

- а) сортировка раненых, подготовка к эвакуации
- б) сортировка раненых, подготовка к эвакуации, кормление
- в) временная остановка кровотечения, устранение угрозы шока, асфиксии, подготовка к эвакуации

85. Объем медицинских мероприятий раненым в челюстно-лицевую область в ОМедБ при массовом поступлении

- а) подготовка к эвакуации, кормление
- б) первичная хирургическая обработка ран, окончательная иммобилизация, сортировка
- в) окончательная остановка кровотечения, сортировка раненых, борьба с шоком, эвакуация

86. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть

- а) частичной и ранней
- б) ранней и окончательной
- в) своевременной и частичной

87. Первый этап медицинской эвакуации, где находится врач-стоматолог

- а) сортировочный пункт

- б) медицинский пункт полка
- в) отдельный медицинский батальон
- г) отделение специализированного госпиталя

- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

88. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) отдельный медицинский батальон
- г) отделение специализированного госпиталя

- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

89. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

90. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают специализированную помощь

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) отделение специализированного госпиталя

91. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в батальонном медицинском пункте
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

92. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется

- а) в сортировочном пункте
- б) в медицинском пункте полка
- в) в госпитальной тыловой базе
- г) в отдельном медицинском батальоне
- д) в отделении специализированного госпиталя

93. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) стандартные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

94. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации до госпитального эшелона

- а) костный шов
- б) назубные шины
- в) импровизированные повязки
- г) компрессионно-дистракционный аппарат

95. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) круговая повязка
- б) шапочка Гиппократа
- в) повязка Померанцевой - Урбанской
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая теменно-подбородочная повязка

96. Стандартные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) круговая повязка
- в) шапочка Гиппократа
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая теменно-подбородочная повязка

97. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократа
- в) круговая лобно-затылочная повязка
- г) компрессионно-дистракционный аппарат
- д) круговая теменно-подбородочная повязка

98. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации

- а) аппарат Збаржа
- б) шапочка Гиппократа
- в) пращевидная повязка

- г) круговая лобно-затылочная повязка
- д) компрессионно-дистракционный аппарат

99. Транспортная иммобилизация накладывается на срок

- а) 3-5 дней или до наложения постоянной иммобилизации
- б) 7 дней
- в) 2 недели
- г) 6 недель

100. Этап медицинской эвакуации, где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей

- а) сортировочный пункт
- б) медицинский пункт полка
- в) батальонный медицинский пункт
- г) отдельный медицинский батальон
- д) полевой подвижной специализированный госпиталь

эталон ответов к варианту 4:

1 - б)	11 - д)	21 - д)	31 - а)	41 - г)	51 - в)	61 - в)	71 - в)	81 - г)	91 - в)
2 - а)	12 - д)	22 - г)	32 - б)	42 - г)	52 - г)	62 - б)	72 - а)	82 - в)	92 - б)
3 - а)	13 - в)	23 - г)	33 - в)	43 - д)	53 - в)	63 - в)	73 - а)	83 - б)	93 - в)
4 - в)	14 - д)	24 - г)	34 - б)	44 - д)	54 - а)	64 - а)	74 - в)	84 - в)	94 - в)
5 - а)	15 - б)	25 - б)	35 - в)	45 - в)	55 - г)	65 - в)	75 - в)	85 - в)	95 - в)
6 - г)	16 - в)	26 - а)	36 - в)	46 - в)	56 - д)	66 - а)	76 - б)	86 - б)	96 - а)
7 - г)	17 - д)	27 - в)	37 - в)	47 - в)	57 - е)	67 - г)	77 - г)	87 - б)	97 - д)
8 - г)	18 - д)	28 - а)	38 - в)	48 - а)	58 - д)	68 - в)	78 - б)	88 - в)	98 - в)
9 - г)	19 - б)	29 - б)	39 - в)	49 - г)	59 - б)	69 - в)	79 - д)	89 - д)	99 - а)
10 - а)	20 - а)	30 - в)	40 - д)	50 - в)	60 - в)	70 - а)	80 - г)	90 - д)	100 - д)

Вариант 5

1. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

2. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей

- а) эвакогоспиталь
- б) сортировочный пункт
- в) медицинский пункт полка
- г) батальонный медицинский пункт
- д) отделение специализированного госпиталя

3. Ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ-

- а) дуга Энгля
- б) остеосинтез
- в) аппарат Збаржа

- г) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

4. Хирургическо-ортопедический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) остеосинтез
- г) аппарат Збаржа
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

5. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) лобно-челюстной остеосинтез
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

6. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез по Макиенко
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

7. Хирургический метод иммобилизации при переломах верхней челюсти, проводимый в СХППГ

- а) Адамса
- б) дуга Энгля
- в) аппарат Збаржа
- г) остеосинтез минипластинами
- д) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

8. Шина для внутриротовой иммобилизации при переломах беззубых челюстей, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

9. Шина для внутриротовой иммобилизации перелома нижней челюсти при беззубой верхней, используемая в СХППГ

- а) Порта
- б) Ванкевича
- в) Тигерштедта

10. Внеротовые средства для иммобилизации перелома нижней челюсти, используемые в СХППГ

- а) Порта
- б) аппарат Збаржа
- в) аппарат Рудько

11. Остеосинтез по Макиенко проводится

- а) спицей
- б) минипластинами
- в) стальной проволокой
- г) бронзо-алюминиевой лигатурой
- д) компрессионно-дистракционным аппаратом

12. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на БМП

- а) остеосинтез
- б) наложение гладкой шины скобы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) межчелюстное связывание по Айви

- д) временная (транспортная) иммобилизация

13. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на ОМедБ

- а) наложение бимаксиллярных шин
- б) временная (транспортная) иммобилизация
- в) наложение компрессионно-дистракционного аппарата
- г) наложение гладкой шины скобы
- д) остеосинтез

14. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей, проводимый на СХППГ

- а) подготовка к эвакуации
- б) временная (транспортная) иммобилизация
- в) оказание всех видов хирургической помощи с последующей реабилитацией
- г) устранение недостатков помощи на предыдущих этапах, подготовка к эвакуации

15. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период

- а) разгара
- б) любой период
- в) первичных реакций
- г) мнимого благополучия
- д) восстановительный период

16. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

17. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации

- а) оперативные
- б) ортопедические

18. Сочетанной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

19. Комбинированной травмой называется

- а) повреждение несколькими травмирующими факторами
- б) повреждение нескольких анатомических областей тела

20. Экстренное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

21. Срочное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

22. Отсроченное специализированное лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается

- а) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания
- б) в лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лица
- в) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лица

23. Особенности ожогов лица заключаются

- а) в течении раневого процесса
- б) в значительной аутоинтоксикации
- в) в неравномерном поражении кожи лица
- г) в быстром развитии гнойно-септических осложнений

24. При ожоге I степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

25. При ожоге II степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

26. При ожоге III(а) степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

27. При ожоге III(б) степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

28. При ожоге IV степени поражаются

- а) все слои эпидермиса
- б) кожа и подлежащие ткани
- в) поверхностный эпидермис
- г) поверхностный эпидермис и капилляры
- д) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

29. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в очаге поражения

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

30. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в БМП

- а) первичная хирургическая обработка

- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

31. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПП

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- г) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

32. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- в) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

33. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области I и II степени, оказываемый в ОМедБ

- а) первичная хирургическая обработка
- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- в) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- д) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

34. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СХППГ

- а) первичная хирургическая обработка

- б) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

- в) исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

- г) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

35. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в тыловой госпитальной базе

- а) наложение сухой асептической повязки, обезболивание
- б) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи, пластика
- в) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
- г) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

36. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя

- а) иссечение обожженной кожи
- б) антисептическую обработку кожи вокруг ожога
- в) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мажевая повязка

37. Пересадку кожи на ожоговую рану производят

- а) как можно позже
- б) как можно раньше
- в) на 5 сутки после ожога
- г) с момента эпителизации
- д) после отторжения струпа и развития грануляций

38. Стимулирует эпителизацию раны

- а) анальгин
- б) коргликон
- в) солкосерил
- г) эмульсия синтомицина
- д) триметилдифтор параамин

39. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

40. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки

- а) клапанная

- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

41. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

42. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей вдыханием жидкого раневого содержимого или рвотных масс

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

43. Асфиксия от частичного и периодического закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

44. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) восстановление анатомического положения органа

45. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) восстановление анатомического положения органа

46. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) вывести и закрепить язык булавкой

47. Лечебные мероприятия при аспирационной асфиксии на поле боя

- а) трахеотомия
- б) введение воздуховода
- в) удаление инородного тела
- г) положить раненого на бок или живот
- д) восстановление анатомического положения органа

48. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается

- а) в трахеотомии
- б) в введении воздуховода
- в) в удалении инородного тела
- г) в восстановлении анатомического положения органа
- д) в очистке полости рта, придания раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

49. Вид асфиксии у раненых с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти

- а) клапанная
- б) стенотическая
- в) обтурационная
- г) аспирационная
- д) дислокационная

50. Для профилактики асфиксии при операциях со значительным смещением тканей дна полости рта проводят

- а) введение воздуховода
- б) наложение трахеостомы
- в) наложение бимаксиллярных шин
- г) прошивание и выведение языка

51. Основной этап операции трахеотомии заключается

- а) в разведении колец трахеи
- б) в иссечении участка колец трахеи
- в) в раздвижении мягких тканей над трахеей

52. Для профилактики асфиксии язык прошивается в направлении

- а) горизонтально
- б) под углом к средней линии
- в) вертикально по средней линии

53. Для профилактики асфиксии язык прошивается

- а) у корня
- б) в передней трети
- в) по средней линии

г) на границе задней и средней трети

54. Свободное дыхание после экстубации обеспечивается

- а) трахеостомией
- б) введением воздуховода
- в) прошиванием и выведением языка

55. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область в МПП заключается

- а) в наложении жгута
- б) в тугой тампонаде
- в) в пальцевом прижатии сосуда
- г) в перевязке сосуда на протяжении

56. Постоянная остановка кровотечения у раненых челюстно-лицевую область в МПП заключается

- а) в тугой тампонаде
- б) в прошивании сосуда в ране
- в) в пальцевом прижатии сосуда
- г) в перевязке сосуда на протяжении

57. При невозможности остановки кровотечения из корня языка или боковой стенки глотки в МПП необходимо сделать

- а) тугую тампонаду
- б) пальцевое прижатие сосуда
- в) положить гемостатическую трубку
- г) экстренную трахеотомию и тугую тампонаду

58. При клапанной асфиксии в МПП необходимо сделать

- а) интубацию
- б) трахеотомию
- в) ввести воздуховод
- г) отсечение "клапана" или устранение его фиксации поврежденных тканей

59. При дислокационной асфиксии в МПП необходимо сделать

- а) интубацию
- б) трахеотомию
- в) ввести воздуховод
- г) прошивание и выведение языка
- д) искусственную вентиляцию легких

60. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
- б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
- в) специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики

61. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области в СХППГ

- а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки
- б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки
- в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны
- г) экономное иссечение тканей в области раны, использование первичной пластики, обшивание раны (подшивание слизистой оболочки к коже)
- д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, ушивание раны на себя

62. В штат СХППГ входят специалисты

- а) окулист, стоматолог
- б) нейрохирург, окулист
- в) окулист, нейрохирург, стоматолог
- г) окулист, нейрохирург, стоматолог, оториноларинголог

63. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу
- б) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока
- в) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации

64. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в СХППГ

- а) дезактивация
- б) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация
- в) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация
- г) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация

65. Лечение раненых с сочетанными поражениями проводится

- а) в ОМедБ
- б) в СХППГ широкого профиля
- в) в СХППГ, отделение «голова, шея»

66. Сроки лечения в СХППГ

- а) до 2-х недель
 - б) до 3-х недель
 - в) до 1 -го месяца
 - г) до 2-х месяцев
 - д) до 3-х месяцев
 - е) до полугода
- 67. Объем стоматологической помощи в СХППГ заключается в лечении**
- а) всех видов
 - б) хирургическом
 - в) ортопедическом
 - г) терапевтическом
- 68. Особенность ухода за ранеными в челюстно-лицевую область**
- а) не требует дополнительного оборудования
 - б) до и после специализированной помощи различен
 - в) соответствует правилам ухода за любыми ранеными
- 69. Основой специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является**
- а) дыхательная гимнастика
 - б) своевременное кормление
 - в) тщательная гигиена полости рта
- 70. Важной частью специального ухода за ранеными в челюстно-лицевую область на этапах эвакуации является**
- а) утоление жажды
 - б) дыхательная гимнастика
 - в) массаж воротниковой зоны
- 71. Раствор для обработки полости рта**
- а) альбумин
 - б) раствор Рингера
 - в) 40% глюкоза
 - г) фурациллина
- 72. Раствор для обработки полости рта**
- а) альбумин
 - б) 40% глюкоза
 - в) раствор Рингера
 - г) марганцевокислого калия
- 73. Раствор для обработки полости рта**
- а) альбумин
 - б) раствор Рингера
 - в) 40% глюкоза
 - г) раствор диоксида
- 74. "Трубочным" столом называется**
- а) диета при ксеростомии
 - б) протертое гомогенное питание
 - в) диета после резекции желудка

75. Военно-врачебная экспертиза проводится:

- а) начальником МПП
- б) начальником ОМедБ
- в) начальником СХППГ
- г) военно-врачебной комиссией

76. Задача военно-врачебной комиссии

- а) выявление нарушений прикуса
- б) определение группы инвалидности
- в) определение степени годности к воинской службе

77. Экспертное решение о степени годности к воинской службе принимается

- а) по окончании хирургического лечения
- б) при поступлении в специализированное отделение
- в) во время лечения в специализированном отделении

78. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при бытовой травме

- а) форма № 6
- б) больничный лист
- в) бытовая справка
- г) консультативное заключение

79. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при производственной травме

- а) форма № 6
- б) больничный лист
- в) бытовая справка
- г) консультативное заключение

80. Документ, подтверждающий нетрудоспособность при травме или заболевании, полученных в состоянии алкогольного опьянения

- а) форма № 6
- б) больничный лист
- в) бытовая справка
- г) консультативное заключение

81. Бытовая справка выдается на срок

- а) 3 дня
- б) 5 дней
- в) 10 дней
- г) 1 месяц

82. Больничный лист при лечении переломов челюстей выдается на срок

- а) 10 дней
- б) 20 дней
- в) 30 дней
- г) на весь срок лечения

д) 4 месяца

83. Больничный лист при сроке лечения до 10 дней подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

84. Больничный лист при сроке лечения более 10 дней подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

85. Больничный лист при сроке лечения более 4-х месяцев подписывается

а) ВТЭК

б) лечащим врачом

в) врачебно-консультационной комиссией

86. Военно-врачебная комиссия функционирует

а) в МПП

б) в ОМедБ

в) в СХППГ

87. Показания для определения инвалидности при травме челюстно-лицевой области

а) отсутствие части органа

б) нарушение функции органа

в) стойкие функциональные нарушения

г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

88. Показания для определения непригодности к военной службе

а) отсутствие части органа

б) нарушение функции органа

в) стойкие функциональные нарушения

г) отсутствие части органа и нарушение функции органа

89. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков для врожденной боковой кисты или свища шеи является

а) припухлость в среднем отделе

боковой поверхности шеи; образование на боковой поверхности шеи существует длительное время (10 лет); температура тела нормальная; болезненности при пальпации не наблюдается; отсутствие разрушенных зубов и хронического тонзиллита

б) быстрое, по срокам (в течение недели), появление припухлости на шее; связь с перенесенным тонзиллитом; покраснение кожных покровов в области припухлости; болезненность при пальпации; повышение температуры
в) инфильтрат на шее синюшной окраски в виде "стеганного ватного одеяла"; в центре инфильтрата свищевой ход с гнойным отделением; "деревянистая" плотность инфильтрата; заболевание длится около полугода; температура тела не повышена

90. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков для врожденного незаращения верхней губы является

а) дефект красной каймы верхней губы; наличие рубцов на верхней губе; наличие рубцов на соседних участках кожи лица; отсутствие передних верхних центральных зубов; дефект переднего отдела альвеолярного отростка верхней челюсти

б) щелевидный дефект красной каймы и кожи верхней губы и дна носового хода; отсутствие травмы в анамнезе; отсутствие рубцов в области щелевидного дефекта; уплощение крыла носа; деформация кончика носа

в) втянутая красная кайма верхней губы; укороченная уздечка верхней губы; диастема между верхними центральными рубцами; отсутствие травмы в анамнезе; отсутствие рубцов на коже верхней губы

91. Причинами развития врожденных деформаций челюстей являются

а) наследственный фактор

б) вредные привычки

в) заболевания ЛОР-органов

г) травма

д) анкилоз ВНЧС

е) эндокринные расстройства

92. Наиболее характерным из 3-х наборов признаков для незаращения неба является

а) дефект переднего отдела альвеолярного отростка; наличие рубцов на твердом и мягком небе; отсутствие передних верхних центральных зубов; в анамнезе травма

б) округлой формы дефект на твердом небе; мягкое небо без патологических

изменений; в анамнезе операция по поводу опухоли неба; передний отдел альвеолярного отростка верхней челюсти без изменений; наличие рубцов на слизистой оболочке твердого неба
в) щелевидной формы дефект мягкого и твердого неба; отсутствие в анамнезе травмы, операции; отсутствие рубцов на твердом и мягком небе; заболевание врожденное; подобное заболевание отмечено у родственников

93. Сроки ортодонтического лечения больных с врожденными деформациями челюстей

- а) детский возраст
- б) подростковый возраст
- в) взрослые
- г) верно а) и б)

94. Сроки хирургического или хирургическо-ортодонтического лечения больных с врожденными деформациями челюстей

- а) детский возраст
- б) подростковый возраст
- в) взрослые

95. Выбор метода остеотомии челюстей зависит

- а) от локализации деформации
- б) от опыта хирурга
- в) от оснащенности операционной
- г) от уровня внутрикостного кровяного давления
- д) от размера площади контакта остеотомированных фрагментов челюсти
- е) верно а), г), д)

96. После реконструктивных операций на челюстях возможны такие осложнения, как

- а) нагноение
- б) рецидив деформации

- в) паралич лицевого нерва
- г) верно а), б), д), е)
- д) артрозы и артриты ВНЧС
- е) ложный сустав

97. Встречаются ли изолированные формы деформаций челюстей?

- а) да
- б) нет

98. Хирургическое лечение сочетанных форм деформаций челюстей осуществляется

- а) одномоментно
- б) в несколько этапов
- в) этапность зависит от ряда объективных факторов (возраст больного, опыт хирурга, возможности анестезиологического обеспечения и другие)

99. Методы фиксации челюстей, наиболее часто применяемые после хирургического лечения деформаций челюстей,

- а) проволочный шов
- б) назубные шины и наочно-внутрикостный остеосинтез
- в) склеивание костей
- г) спица Киршнера
- д) ультразвуковая сварка костей
- е) внеочаговые аппараты

100. Хирургическое лечение врожденных деформаций челюстей следует проводить

- а) в амбулаторных условиях
- б) в районных больницах
- в) в областных, краевых, республиканских больницах и специализированных клиниках
- г) в городских больницах
- д) везде, где имеется по штату челюстно-лицевой хирург

эталон ответов к варианту 5:

1 - д)	11 - а)	21 - в)	31 - в)	41 - д)	51 - б)	61 - г)	71 - г)	81 - б)	91 - а)
2 - д)	12 - д)	22 - б)	32 - г)	42 - г)	52 - а)	62 - г)	72 - г)	82 - г)	92 - в)
3 - г)	13- б)	23 - в)	33 - а)	43 - а)	53 - г)	63 - в)	73 - г)	83 - б)	93 - г)
4 - г)	14 - в)	24 - в)	34 - а)	44 - а)	54 - б)	64 - г)	74 - б)	84 - в)	94 - в)
5 - г)	15 - г)	25 - г)	35 - б)	45 - г)	55 - б)	65 - б)	75 - г)	85 - а)	95 - а)
6 - г)	16 - а)	26 - д)	36 - в)	46 - г)	56 - б)	66 - д)	76 - в)	86 - в)	96 - а)
7 - г)	17 - б)	27 - а)	37 - д)	47 - г)	57 - г)	67 - а)	77 - а)	87 - в)	97 - б)
8 - а)	18 - б)	28 - б)	38 - е)	48 - д)	58 - г)	68 - б)	78 - г)	88 - в)	98 - в)
9 - а)	19 - а)	29- б)	39 - в)	49 - д)	59 - г)	69 - в)	79 - б)	89 - а)	99 - б)
10 - в)	20 - а)	30 - д)	40 - б)	50 - б)	60 - в)	70 - а)	80 - а)	90 - б)	100 - в)

1

. К наиболее характерным из 3-х наборов признаков для порока развития языка относится

- а) больной язык, непомещающийся в полости рта; зубы верхней и нижней челюсти веерообразно развернуты наружу; отсутствие рубцов на языке и слизистой полости рта; заболевание врожденное; невнятная речь
- б) рубцовая деформация языка; невнятная речь; в анамнезе автомобильная травма; рубцы на лице; короткая уздечка языка
- в) половинный дефект языка; зубы интактно; дефект речи; в анамнезе - операция на языке; рубцы на слизистой оболочке дна полости рта

2. Поверхности височно-нижнечелюстного сустава покрыты

- а) гиалиновым хрящом
- б) соединительно-тканым хрящом
- в) фиброзным хрящом

3. Слабое место в капсуле височно-нижнечелюстного сустава

- а) в задней стенке
- б) в наружной стенке
- в) в передней стенке

4. Межсуставный диск при опускании и поднятии челюсти

- а) двигается вместе с головкой
- б) неподвижен
- в) вращается вокруг вертикальной оси

5. К привычному вывиху предрасполагает следующая деформация челюстей

- а) нижняя прогнатия
- б) открытый прикус
- в) нижняя ретрогения

6. Возможны ли движения нижней челюсти при одностороннем вывихе?

- а) нет
- б) только вниз
- в) только вперед

7. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) глубокое резцовое перекрытие

- д) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава

8. Основной причиной вывихов нижней челюсти является

- а) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- б) нижняя макрогнатия
- в) снижение высоты прикуса
- г) глубокое резцовое перекрытие
- д) снижение высоты суставного бугорка

9. Виды вывихов нижней челюсти

- а) средний
- б) передний

10. Виды вывихов нижней челюсти

- а) задний
- б) средний

11. Виды вывихов нижней челюсти

- а) средний
- б) односторонний

12. Виды вывихов нижней челюсти

- а) средний
- б) двухсторонний

13. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти

- а) слезотечение
- б) снижение высоты прикуса
- в) невозможность сомкнуть зубы
- г) ограничение подвижности нижней челюсти

14. Укажите признаки, характерные для вывиха нижней челюсти

- а) слюнотечение изо рта
- б) невозможность закрыть рот
- в) зубы смыкаются во фронтальном участке
- г) сухость в полости рта
- д) лимфаденит подчелюстных лимфатических узлов
- е) верно а) и б)

15. Наиболее характерным набором признаков для одностороннего вывиха височно-нижнечелюстного сустава является

- а) болезненность в области сустава; смещение челюсти в здоровую сторону; невозможность закрыть рот; смещение подбородка вперед и в сторону; жевание невозможно

б) болезненность в области сустава; смещение челюсти в большую сторону; нарушение прикуса; отсутствие движения суставной головки при пальпаторном обследовании; жевание затруднено
в) болезненность в области сустава; болезненность усиливается при открывании рта; рот открывается ограниченно; прикус не нарушен; припухлость в области сустава

г) болезненность медленно нарастала; рот открывается ограниченно; область сустава припухлая; при открывании рта челюсть смещается в большую сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

16. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается

а) в иммобилизации
б) в резекции суставного бугорка
в) в прошивании суставной капсулы
г) в резекции мышечковых отростков нижней челюсти
д) в введении суставной головки в суставную впадину

17. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти

а) наркоз
б) местное
в) нейролептаналгезия
г) стволотная анестезия

18. Вправление вывиха нижней челюсти проводится при положении больного

а) лежа
б) сидя
в) стоя

19. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает

а) на углы нижней челюсти
б) на фронтальную группу зубов
в) на моляры справа и слева или альвеолярные отростки

20. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на моляры осуществляется в направлении

а) вниз
б) вбок
в) книзу
г) снизу вверх
д) фронтальной группы зубов

21. При вправлении вывиха височно-нижнечелюстного сустава ведущим видом местной анестезии является

а) инфильтрационная анестезия области сустава
б) блокада жевательной мышцы
в) анестезия у круглого отверстия

22. Тактика врача после вправлении вывиха, произошедшего впервые

а) рекомендовать щадящую диету
б) межчелюстное шинирование с прокладкой на моляры
в) кратковременная лигатурная фиксация
г) подбородочная праща
д) верно а) и г)

23. К первичному вывиху предрасполагает

а) диабет
б) ревматизм
в) узелковый периартрит

24. Лучшим для лечения первичного вывиха является

а) введение 10% настойки йода периартикулярно
б) введение в жевательные мышцы 70° спирта для ограничения движения в суставе
в) применение аппарата Петросова, шины Ядровой

25. Для острого вывиха в анамнезе характерно

а) наличие периодических болей в области сустава
б) удар в подбородочный отдел
в) наличие постоянной микротравмы (высокая пломба зуба)
г) завышение прикуса при протезировании
д) снижение прикуса при протезировании

26. Для переднего вывиха не характерны следующие причины

а) зевота
б) травматическое удаление зуба
в) откусывание яблока
г) при интубации трахеи
д) удар в область угла нижней челюсти

27. Возникновению переднего вывиха способствуют

а) расслабление связочно-капсулярного аппарата
б) деформация суставных элементов

- в) изменение структуры межкапсулярного диска
- г) все вышеперечисленные
- д) острое гнойное воспаление сустава

28. После вправления вывиха необходима иммобилизация

- а) да
- б) нет

29. При вправлении вывиха нижней челюсти давление на подбородок осуществляется в направлении

- а) вбок
- б) вверх
- в) книзу
- г) снизу вверх и кзади

30. Показания для проведения наркоза при вправлении вывиха нижней челюсти

- а) при привычном вывихе
- б) при выраженной гиперсаливации
- в) при подозрении на тромбоз вены
- г) при рефлекторной контрактуре жевательных мышц

31. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) актиномикоз
- б) острая травма
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

32. Причиной хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) актиномикоз
- б) острая травма
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

33. Причиной острого неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) актиномикоз
- б) ревматическая атака
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

34. Ревматоидный артрит относится

- а) к дистрофическому виду артрита
- б) к инфекционному неспецифическому виду артрита
- в) к инфекционному специфическому виду артрита

35. Изменения в других органах при остром артрите

- а) снижение слуха
- б) боли в глазах при ярком свете
- в) изменений нет

36. При остром артрите предпочтительным видом физиотерапии является

- а) электрофорез с вирапином
- б) кварц
- в) УВЧ

37. Характерные симптомы острого артрита височно-нижнечелюстного сустава в начальной стадии

- а) тризм жевательных мышц
- б) околоушный гипергидроз
- в) боль, ограничение открывания рта
- г) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в височно-нижнечелюстной сустав

38. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) актиномикоз
- б) ревматическая атака
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

39. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) туберкулез
- б) ревматическая атака
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

40. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) сифилис
- б) ревматическая атака
- в) околоушный гипергидроз
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

41. Острая стадия выражена резко

- а) у специфического специфического артрита
- б) у гонорейного специфического артрита
- в) у актиномикотического специфического артрита

42. Неподвижность челюсти служит ведущим признаком в хронической стадии

- а) инфекционного-специфического артрита
- б) гонорейного специфического артрита
- в) актиномикотического специфического артрита

43. Причиной обострения хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава является

- а) актиномикоз
- б) околоушный гипергидроз
- в) распространение инфекции из окружающих тканей
- г) хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава в результате изменения окклюзии

44. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать

- а) с острым отитом
- б) с острым гайморитом
- в) с околоушным гипергидрозом
- г) с переломом верхней челюсти
- д) с флегмоной поднижнечелюстной области

45. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать

- а) с острым гайморитом
- б) с околоушным гипергидрозом
- в) с переломом верхней челюсти
- г) с флегмоной поднижнечелюстной области
- д) с переломом мышечного отростка нижней челюсти

46. Острый артрит височно-нижнечелюстного сустава необходимо дифференцировать

- а) с острым гайморитом
- б) с околоушным гипергидрозом
- в) с переломом верхней челюсти
- г) с флегмоной поднижнечелюстной области

- д) с флегмоной околоушно-жевательной области

47. В комплекс мероприятий при лечении хронического неспецифического артрита височно-нижнечелюстного сустава входят

- а) химиотерапия, иглотерапия
- б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
- в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- г) физиотерапия, удаление мышечного отростка, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава

48. При остром артрите наблюдаются следующие рентгенологические изменения

- а) суставная щель сужена
- б) возможно неравномерное расширение
- в) суставная щель определяется
- г) не определяется

49. К хроническому артриту чаще приводит

- а) бруксизм
- б) переломы нижней челюсти в области угла
- в) двусторонняя частичная адентия

50. В острой фазе травматического артрита в суставе, как правило, отмечается

- а) вывих мениска
- б) разрыв наружной связки
- в) кровоизлияние

51. Накладывать иммобилизацию при остром травматическом артрите целесообразнее на срок

- а) не меньше 7 дней
- б) не меньше 2-х недель
- в) 2-3 дня

52. Какие из нижеперечисленных исследований необходимы для уточнения диагноза "острого ревматического артрита"?

- а) общий анализ крови
- б) сиаловая проба
- в) дифениламиновая проба
- г) на содержание амилазы
- д) остаточный азот
- е) верны ответы б) и в)

53. Характерным путем распространения инфекции для

ревматических и ревматоидных артритов является

- а) гематогенный
- б) лимфогенный
- в) по продолжению (по прилежащим тканям)

54. Для острого травматического артрита характерно снижение слуха

- а) да
- б) нет

55. Укажите признаки, характерные для анамнеза острого травматического артрита

- а) удар, ушиб (одномоментная травма)
- б) удаление (травматическое) зуба
- в) флегмона околоушно-жевательной области
- г) грипп
- д) отит

56. При травматическом артрите нижнечелюстную фиксацию накладывают

- а) на 2-3 дня
- б) на 5-7 дней
- в) на 9-14 дней

57. При травматическом артрите в суставе чаще обнаруживается следующая микрофлора

- а) кокковые формы
- б) смешанная
- в) микрофлоры нет

58. Если больной жуёт одной половиной челюсти, где чаще возникает артрит?

- а) на рабочей стороне
- б) на противоположной стороне
- в) закономерности вывести не удастся

59. Ведущим признаком в морфологии склерозирующего артроза является

- а) неравномерное разрастание отдельных участков суставной головки
- б) гомогенное уплотнение суставной головки
- в) перестройка хрящевой и соединительной ткани с оссификацией

60. Симптомами, характерными для травматического артрита, являются

- а) постоянные боли
- б) длительная тугоподвижность в суставе
- в) периодическое ограничение подвижности сустава, сопровождающееся болями

61. Симптомами, характерными для ревматоидного артрита, являются

- а) нарастающая тугоподвижность в суставе
- б) постоянно иррадирующие боли
- в) привычный вывих

62. Для деформирующего артроза характерен следующий рентгенологический признак

- а) расширение суставной щели
- б) изменение контуров сочленяющихся поверхностей за счет неравномерного разрастания костной ткани
- в) сужение суставной щели

63. Ведущим симптомом анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) множественный кариес
- г) выраженный болевой синдром
- д) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

64. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) артрит
- б) опухоль
- в) мастоидит
- г) околоушный гипергидроз
- д) целлюлит околоушно-жевательной области

65. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) опухоль
- б) мастоидит
- в) околоушный гипергидроз
- г) целлюлит околоушно-жевательной области
- д) травма мышечковых отростков нижней челюсти

66. Основной причиной развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) опухоль
- б) мастоидит
- в) околоушный гипергидроз
- г) остеомиелит нижней челюсти
- д) целлюлит околоушно-жевательной области

67. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

- а) гнойный
- б) фиброзный
- в) слипчивый
- г) катаральный
- д) атрофический

68. Форма анкилоза височно-нижнечелюстного сустава

- а) костный
- б) гнойный
- в) слипчивый
- г) катаральный
- д) атрофический

69. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) множественный кариес
- г) выраженный болевой синдром
- д) смещение нижней челюсти в здоровую сторону

70. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) множественный кариес
- г) выраженный болевой синдром
- д) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне

71. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) множественный кариес
- г) выраженный болевой синдром
- д) тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам

72. Ведущим симптомом клиники двухстороннего костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) шум в ушах
- б) нарушение глотания
- в) множественный кариес
- г) выраженный болевой синдром

д) полное отсутствие движений нижней челюсти

73. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) миография
- б) аудиометрия
- в) биохимия крови
- г) компьютерная томография
- д) электроодонтодиагностика

74. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза височно-нижнечелюстного сустава является

- а) миография
- б) аудиометрия
- в) биохимия крови
- г) томография височно-нижнечелюстного сустава
- д) электроодонтодиагностика

75. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

- а) нижней макрогнатией
- б) верхней микрогнатией
- в) верхней ретрогнатией
- г) профилем "птичьего" лица
- д) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

76. Внешний вид больного с двухсторонним костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

- а) нижней макрогнатией
- б) верхней микрогнатией
- в) верхней ретрогнатией
- г) несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами

д) уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне

77. Рентгенологическая картина костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава характеризуется

- а) прерывистой суставной щелью
- б) сплошным костным конгломератом
- в) четко контурируемыми элементами суставных структур

78. Основной метод лечения больных с костным анкилозом височно-нижнечелюстного сустава

- а) физиотерапия
- б) хирургический
- в) консервативный
- г) ортопедический
- д) ортодонтический

79. Лечение фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается

- а) в редрессации
- б) в физиотерапии
- в) в артропластике
- г) в создании ложного сустава
- д) в остеотомии нижней челюсти

80. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается

- а) в редрессации
- б) в физиотерапии
- в) в создании ложного сустава
- г) в остеотомии нижней челюсти

81. Лечение костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава заключается

- а) в редрессации
- б) в физиотерапии
- в) в артропластике
- г) в остеотомии нижней челюсти

82. При развитии анкилоза височно-нижнечелюстного сустава в детстве деформация нижней челюсти появляется

- а) через 6 месяцев от начала заболевания
- б) через один год после начала заболевания
- в) с началом интенсивного роста костей лица

83. Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является

- а) верхняя макрогнатия
- б) снижение высоты прикуса
- в) укорочение ветвей нижней челюсти
- г) ограничение подвижности нижней челюсти
- д) ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в височно-нижнечелюстном суставе

84. Основным методом лечения контрактур нижней челюсти является

- а) комплексный
- б) хирургический
- в) консервативный
- г) физиотерапевтический

85. Основным хирургическим методом лечения контрактур нежной челюсти заключается

- а) в иссечении рубцов
- б) в рассечении рубцов
- в) в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
- г) в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

86. Дополнительным симптомом клиники контрактур нижней челюсти является

- а) верхняя макрогнатия
- б) снижение высоты прикуса
- в) укорочение ветвей нижней челюсти
- г) ограничение подвижности нижней челюсти в височно-нижнечелюстном суставе
- д) веерообразное положение фронтальной группы зубов

87. Стойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

- а) ослаблением жевательных мышц
- б) параличом мимической мускулатуры
- в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

88. Нестойкая контрактура нижней челюсти обусловлена

- а) ослаблением жевательных мышц
- б) параличом мимической мускулатуры
- в) наличием рубцов в околочелюстных тканях

89. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является

- а) гиперсаливация
- б) частичная адентия
- в) массивные зубные отложения
- г) хроническая травма слизистой оболочки
- д) заболевания желудочно-кишечного тракта
- е) предраковые заболевания

90. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное

новообразование челюстно-лицевой области" относится

- а) физикальный
- б) биохимический
- в) цитологический
- г) иммунологический
- д) ангиографический

91. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится

- а) физикальный

- б) биохимический
- в) гистологический
- г) ангиографический
- д) иммунологический

92. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований

- а) ранних симптомов
- б) препаратов для лечения
- в) профессиональных вредностей
- г) допустимых доз лучевой терапии

93. Под онкологической настороженностью понимают знание

- а) профессиональных вредностей
- б) допустимых доз лучевой терапии
- в) поздних симптомов злокачественных новообразований
- г) препаратов для лечения злокачественных новообразований
- д) системы организации помощи онкологическим больным

94. Под онкологической настороженностью понимают знание

- а) профессиональных вредностей
- б) препаратов для лечения опухолей
- в) допустимых доз лучевой терапии
- г) специальных методов обследования, ранней диагностики
- д) системы организации помощи онкологическим больным

95. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков

- а) жалоб больного
- б) размеров опухоли
- в) жалоб больного, размеров опухоли
- г) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
- д) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

96. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) лучевую терапию
- в) иссечение опухоли
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

97. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) криодеструкцию
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

98. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят

- а) химиотерапию
- б) СВЧ-гипертерапию
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) симптоматическую терапию

99. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация

- б) клиническая
- в) пятибальная
- г) онкологического центра

100. Саркомы развиваются

- а) из эпителия
- б) из железистой ткани
- в) из соединительной ткани

эталон ответов к варианту 6:

1 – а)	11 – а)	21 – в)	31 – б)	41 – б)	51 – в)	61 – а)	71 – д)	81 – в)	91 – в)
2 – а)	12 – б)	22 – д)	32 – г)	42 – в)	52 – е)	62 – а)	72 – д)	82 – в)	92 – а)
3 – а)	13 – в)	23 – б)	33 – б)	43 – г)	53-а),в)	63 – д)	73 – г)	83 – г)	93 – в)
4 – а)	14 – е)	24 – в)	34 – а)	44 – а)	54 – б)	64 – в)	74 – г)	84 – г)	94 – г)
5 – а)	15 – а)	25 – б)	35 – в)	45 – д)	55-а),в)	65 – д)	75 – г)	85 – г)	95 – д)
6 – б)	16 – д)	26 – д)	36 – а)	46 – д)	56 – а)	66 – г)	76 – д)	86 – д)	96 – в)
7 – д)	17 – б)	27 – г)	37 – в)	47 – б)	57 – в)	67 – б)	77 – б)	87 – в)	97 – б)
8 – д)	18 – б)	28 – а)	38 – а)	48 – г)	58 – а)	68 – а)	78 – б)	88 – а)	98 – б)
9 – б)	19 – в)	29 – г)	39 – а)	49 – в)	59 – а)	69 – д)	79 – а)	89 – е)	99 – в)
10 – а)	20 – в)	30 – г)	40 – а)	50 – в)	60 – в)	70 – д)	80 – в)	90 – в)	100 – в)

Вариант 7

1. Саркомы развиваются

- а) из эпителия
- б) из нервных волокон
- в) из железистой ткани

2. Саркомы развиваются

- а) из сосудов
- б) из эпителия
- в) из железистой ткани

3. Саркомы развиваются

- а) из эпителия
- б) из железистой ткани
- в) из мышечных волокон

4. Саркомы развиваются

- а) из эпителия
- б) из железистой ткани
- в) из лимфатических клеток

5. Преимущественный путь метастазирования сарком

- а) лимфогенный
- б) гематогенный

6. Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются

- а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

7. Симптомами саркомы верхней челюсти являются

- а) сукровичное выделяемое из носа
- б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- г) парез ветвей лицевого нерва

8. Симптомами саркомы верхней челюсти являются

- а) экзофтальм
- б) парез ветвей лицевого нерва
- в) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- г) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

9. Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются

- а) деформация челюсти, подвижность зубов
- б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
- в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

10. Рентгенологическая картина при центральной саркоме челюсти характеризуется

- а) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
- б) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
- в) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
- д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

11. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется

- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- б) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
- в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
- г) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- д) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

12. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются

- а) безболезненный инфильтрат мягких тканей
- б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
- в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти
- г) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

13. Основным методом лечения сарком челюстно-лицевой области является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия

14. Наиболее чувствительна к лучевой терапии

- а) фибросаркома
- б) остеосаркома
- в) хондросаркома
- г) гемангиома
- д) ретикулосаркома

15. Наиболее чувствительна к лучевой терапии

- а) саркома Юинга
- б) гемангиома

16. Рентгенологическая картина остеолитической формы саркомы челюсти характеризуется

- а) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

- г) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

17. Рентгенологическая картина остеобластической формы саркомы челюсти характеризуется

- а) деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- г) периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

18. Особенностью саркомы Юинга является

- а) бруксизм
- б) аллопеции
- в) бессимптомное течение
- г) способность к лимфогенному метастазированию

19. Особенностью саркомы Юинга является

- а) бруксизм
- б) аллопеции
- в) бессимптомное течение
- г) лейкоцитоз, повышение температуры

20. Особенностью саркомы Юинга является

- а) бруксизм
- б) аллопеции
- в) циклическое течение
- г) бессимптомное течение

21. Различают формы роста рака языка

- а) дискоидную
- б) экзофитную
- в) актиническую
- г) мультицентрическую

22. Различают формы роста рака языка

- а) дискоидную
- б) эндофитную
- в) актиническую
- г) мультицентрическую

23. Различают формы роста рака языка

- а) дискоидную
- б) актиническую

- в) мультицентрическую
- г) подслизисто-инфильтративную

24. Рак языка метастазирует

- а) лимфогенно
- б) гематогенно

25. Метастазирование в регионарные лимфатические узлы при раке языка начинается

- а) через 1-2 месяца
- б) через 2-3 месяца
- в) через 3-4 месяца
- г) через 4-5 месяцев
- д) через 5-6 месяцев

26. Наиболее распространенными морфологическими формами рака языка являются

- а) сосудистая
- б) межмышечная
- в) цилиндрическая
- г) плоскоклеточная
- д) муко-эпидермоидная

27. Первичным элементов экзофитной формы начальной стадии рака языка является

- а) гумма
- б) гиперкератоз
- в) подслизистый инфильтрат
- г) некроз слизистой оболочки
- д) разрастание слизистой оболочки

28. Первичным элементов эндофитной формы начальной стадии рака языка является

- а) гумма,
- б) гиперкератоз
- в) трещина, язва
- г) подслизистый инфильтрат
- д) некроз слизистой оболочки

29. Первичным элементов подслизисто-инфильтративной формы начальной стадии рака языка является

- а) гумма
- б) гиперкератоз
- в) трещина, язва
- г) подслизистый инфильтрат
- д) некроз слизистой оболочки

30. Основным симптом присоединения вторичной инфекции при раке языка заключается

- а) в явлениях интоксикации
- б) в повышении температуры
- в) в некрозе слизистой оболочки
- г) в болезненности первичного очага

- д) в обострении хронических заболеваний

31. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется

- а) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- б) язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
- в) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
- г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

32. Клиническая картина II стадии рака языка характеризуется

- а) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- б) язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
- в) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
- г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

33. Клиническая картина III стадии рака языка характеризуется

- а) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- б) язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
- в) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
- г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

34. Клиническая картина IV стадии рака языка характеризуется

- а) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- б) язвой до 1.5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы

- в) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
- г) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы

35. Основным методом лечения рака языка является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) лучевая терапия
- г) комбинированный метод

36. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Крайля
- в) Венсана
- г) Колдуэлл - Люка

37. При метастазах рака языка в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) удаление шейной фасции
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

38. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

- а) томография
- б) ангиография
- в) лапароскопия
- г) иридодиагностика
- д) цитологическое исследование

39. Для уточнения диагноза рака языка дополнительно проводится

- а) биопсия
- б) томография
- в) ангиография
- г) лапароскопия
- д) иридодиагностика

40. Основным хирургическим методом лечения рака языка является операция

- а) Крайля
- б) Венсана
- в) Редона
- г) Колдуэлл - Люка
- д) половинная резекция языка

41. Рак слизистой оболочки дна полости рта развивается

- а) из нервной ткани

- б) из мышечной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из эпителиальной ткани
- д) из соединительной ткани

42. Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является

- а) воспалительный инфильтрат
- б) язва без инфильтрации краев
- в) эрозия без инфильтрации краев
- г) изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
- д) гиперемия и отек участка слизистой оболочки

43. Прогностически наиболее благоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта

- а) задний отдел
- б) боковой отдел
- в) передний отдел
- г) подъязычная область
- д) челюстно-язычный желобок

44. Прогностически наиболее неблагоприятная локализация рака слизистой оболочки дна полости рта

- а) передний отдел
- б) подъязычная область
- в) челюстно-язычный желобок
- г) боковой отдел с переходом на язык
- д) задний отдел с переходом на корень языка

45. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

- а) с сифилисом
- б) с актиномикозом
- в) с туберкулезом
- г) с сосудистыми опухолями
- д) с хроническим воспалением

46. Рак слизистой оболочки дна полости рта дифференцируют

- а) с актиномикозом
- б) с сосудистыми опухолями
- в) с красным плоским лишаем
- г) с веррукозной лейкоплакией
- д) с язвенно-некротическим стоматитом

47. Основным методом лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия

д) комбинированный метод

48. Одним из основных хирургических методов лечения рака слизистой оболочки дна полости рта является

- а) операция Крайля
- б) СВЧ-гипертермия
- в) операция по Бильроту
- г) операция Колдуэлл - Люка

49. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы

- а) подмышечные
- б) околоушные
- в) глубокие шейные
- г) поднижнечелюстные

50. В начальных стадиях рака слизистой оболочки дна полости рта метастазирование происходит в лимфатические узлы

- а) подмышечные
- б) околоушные
- в) глубокие шейные
- г) подбородочные

51. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Крайля
- в) Венсана
- г) Колдуэлл - Люка

52. При метастазах рака слизистой оболочки дна полости рта в регионарные лимфатические узлы применяется операция

- а) Редона
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) удаление шейной фасции
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи

53. Наиболее распространенными морфологическими формами рака нижней губы являются

- а) межмышечная
- б) цилиндрическая
- в) плоскоклеточная
- г) муко-эпидермоидная

54. Одной из основных причин развития рака нижней губы является

- а) ретенционная киста
- б) облигатный предрак
- в) факультативный предрак

55. Для ороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно

- а) быстрое развитие, раннее метастазирование
- б) быстрое развитие, позднее метастазирование
- в) медленное развитие, раннее метастазирование
- г) медленное развитие, позднее метастазирование

56. Для неороговевающей формы плоскоклеточного рака нижней губы характерно

- а) быстрое развитие, раннее метастазирование
- б) быстрое развитие, позднее метастазирование
- в) медленное развитие, раннее метастазирование
- г) медленное развитие, позднее метастазирование

57. К экзофитной форме рака нижней губы относят

- а) язвенную
- б) инфильтративную
- в) язвенно-инфильтративную
- г) папиллярную, бородавчатую

58. К эндофитной форме рака нижней губы относят

- а) папиллярную
- б) бородавчатую
- в) некротическую
- г) язвенно-инфильтративную, инфильтративную

59. Пути метастазирования рака нижней губы

- а) невrogenный
- б) лимфогенный
- в) гематогенный

60. Клиническая картина I стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки

- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

61. Клиническая картина II стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

62. Клиническая картина III стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

63. Клиническая картина IV стадии рака нижней губы характеризуется

- а) язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночными метастазами
- б) первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
- в) язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественными метастазами
- г) язвой, распространяющейся на соседние органы, множественными регионарными и отдаленными метастазами

64. Рак нижней губы дифференцируют

- а) с актиномикозом
- б) с декубитальной язвой
- в) с ретенционной кистой
- г) с glandулярным хейлитом

65. Рак нижней губы дифференцируют

- а) с сифилисом
- б) с актиномикозом
- в) с ретенционной кистой
- г) с glandулярным хейлитом

66. Основным методом лечения рака нижней губы является

- а) физиотерапия б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия
- д) комбинированный метод

67. Основным методом лечения рака нижней губы I стадии

- а) физиотерапия
- б) химиотерапия
- в) хирургический
- г) лучевая терапия
- д) комбинированный метод

68. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы (Грей)

- а) 20
- б) 40
- в) 60
- г) 80
- д) 100

69. При одиночных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

- а) Крайля
- б) Венсана
- в) Колдуэлл - Люка
- г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту
- д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

70. При множественных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

- а) Венсана
- б) Колдуэлл - Люка
- в) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по полному варианту

г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

71. При множественных метастазах рака нижней губы в регионарные лимфатические узлы проводится операция

а) Крайля

б) Венсана

в) Колдуэлл - Люка

г) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки по верхнему варианту

72. Рак верхнечелюстной пазухи развивается

а) из нервной ткани

б) из мышечной ткани

в) из лимфатической ткани

г) из эпителиальной ткани

д) из соединительной ткани

73. Клиническими симптомами рака нижнепереднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются

а) онемение и подвижность области премаляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

74. Клиническими симптомами рака нижнепереднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются

а) онемение и подвижность области премаляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

75. Клиническими симптомами рака верхнезаднего внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются

а) онемение и подвижность области премаляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

76. Клиническими симптомами рака верхнезаднего наружного сегмента верхней челюсти (по Онгрелю) являются

а) онемение и подвижность области премаляров и клыка

б) подвижность моляров, ограничение открывания рта

в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва

77. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) затруднение носового дыхания

78. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) подвижность интактных зубов

79. Ранними клиническими симптомами рака верхней челюсти являются

а) насморк

б) снижение зрения

в) кровотечения из носа

г) патологические разрастания в лунке удаленного зуба верхней челюсти

80. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи на ранних стадиях характеризуется

а) мягкотканной тенью в виде купола

б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ

в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ

г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

81. Рентгенологическая картина рака верхнечелюстной пазухи на поздних стадиях характеризуется

а) мягкой тканью в виде купола
б) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ
в) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
г) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

82. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать

а) с ретикулярной кистой
б) с полиморфной аденомой
в) с хроническим гайморитом
г) с дистопией третьих моляров

83. Цитологическое исследование при подозрении на рак верхнечелюстной пазухи проводят исследуя клеточный состав

а) слюны
б) промывных вод пазухи
в) пародонтальной жидкости
г) соскоба задней стенки глотки

84. Наиболее распространенными морфологическими формами рака верхнечелюстной пазухи являются

а) межмышечная
б) цилиндрическая
в) плоскоклеточная
г) муко-эпидермоидная

85. Одним из основных хирургических методов лечения рака верхнечелюстной пазухи является

а) СВЧ-гипертермия
б) операция Крайля
в) операция по Бильроту
г) операция Колдуэлл - Люка
д) резекция верхней челюсти

86. Метастазирование при раке верхнечелюстной пазухи происходит в лимфатические узлы

а) подмышечные
б) околоушные
в) глубокие шейные
г) подбородочные

87. Рентгенологическая картина вторичного рака нижней челюсти характеризуется

а) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара"
б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
в) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
г) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

88. Метастазирование при раке нижней челюсти происходит в лимфатические узлы

а) заглоточные
б) подмышечные
в) околоушные
г) глубокие шейные
д) поднижнечелюстные

89. Наиболее часто встречающейся локализацией вторичного рака нижней челюсти является

а) тело
б) ветвь
в) венечный отросток
г) фронтальный отдел
д) мышечковый отросток

90. Опухоль, при озлокачествлении которой развивается рак нижней челюсти

а) миксома
б) хондрома
в) одонтома
г) амелобластома
д) остеокластома

91. Периостальная реакция при раке нижней челюсти

а) "козырек"
б) "спикулы"
в) отсутствует
г) "луковичные наслоения"
д) равномерное утолщение надкостницы

92. Боли в начальной стадии рака нижней челюсти обусловлены

а) распадом опухоли

- б) инфильтрацией надкостницы
- в) присоединением вторичной инфекции
- г) сдавлением опухолью нижнечелюстного нерва

93. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной аденомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с дистопией третьих моляров
- д) с хроническим остеомиелитом

94. Рак нижней челюсти дифференцируют

- а) с ретенционной кистой
- б) с полиморфной аденомой
- в) с хроническим гайморитом
- г) с одонтогенными опухолями
- д) с дистопией третьих моляров

95. Развитию вторичного рака нижней челюсти способствует

- а) сахарный диабет
- б) строение костной ткани
- в) предраковые заболевания
- г) дистопия третьих моляров
- д) особенности кровоснабжения

96. Одним из основных хирургических методов лечения рака нижней челюсти является

- а) химиотерапия
- б) операция Крайля
- в) операция по Бильроту
- г) операция Колдуэлл - Люка
- д) половинная резекция челюсти

97. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости

- в) опухолевый инфильтрат
- г) парез мимической мускулатуры
- д) нарушение вкусовой чувствительности

98. Основным клиническим симптомом вторичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) парез мимической мускулатуры
- г) нарушение вкусовой чувствительности
- д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

99. Наиболее часто встречающейся локализацией первичного рака нижней челюсти является

- а) тело
- б) угол
- в) ветвь
- г) мышечковый отросток
- д) фронтальный и боковой отделы

100. Рентгенологическая картина первичного рака нижней челюсти характеризуется

- а) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
- б) деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
- в) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
- г) деструкцией костной ткани без четких границ по типу "тающего сахара", разволокнением кортикального слоя
- д) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

Эталон ответов к варианту 7:

1 – б)	11 – д)	21 – б)	31 – а)	41 – г)	51 – б)	61 – а)	71 – а)	81 – б)	91 – в)
2 – а)	12 – а)	22 – б)	32 – б)	42 – г)	52 – д)	62 – в)	72 – г)	82 – в)	92 – г)
3 – в)	13 – б)	23 – г)	33 – г)	43 – в)	53 – в)	63 – г)	73 – а)	83 – г)	93 – д)
4 – в)	14 – д)	24 – а)	34 – в)	44 – д)	54 – б)	64 – б)	74 – б)	84 – в)	94 – г)
5 – б)	15 – б)	25 – б)	35 – г)	45 – а)	55 – г)	65 – а)	75 – в)	85 – д)	95 – в)
6 – в)	16 – а)	26 – г)	36 – б)	46 – г)	56 – а)	66 – д)	76 – г)	86 – в)	96 – д)
7 – а)	17 – г)	27 – д)	37 – д)	47 – д)	57 – г)	67 – в)	77 – г)	87 – а)	97 – в)
8 – а)	18 – г)	28 – в)	38 – д)	48 – б)	58 – г)	68 – в)	78 – г)	88 – д)	98 – д)
9 – а)	19 – г)	29 – г)	39 – а)	49 – г)	59 – б)	69 – д)	79 – г)	89 – а)	99 – д)
10 – а)	20 – в)	30 – г)	40 – д)	50 – г)	60 – б)	70 – в)	80 – в)	90 – г)	100 – б)

Вариант 8

1. Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является

- а) гиперсаливация
- б) обнажение кости
- в) подвижность интактных зубов
- г) парез мимической мускулатуры
- д) эрозия, язва с инфильтрированными краями

2. Основным методом лечения рака нижней челюсти является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) операция Крайля
- г) комбинированное лечение
- д) половинная резекция челюсти

3. Вторичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

4. Первичный рак нижней челюсти развивается

- а) из эпителия
- б) из нервной ткани
- в) из лимфатической ткани
- г) из соединительной ткани
- д) из эпителия островков Малассе

5. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

6. Рак нижней губы на поздних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы

- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

7. Рак верхней губы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

8. Рак задней трети языка на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

9. Рак переднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

10. Рак заднего отдела дна полости рта на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в подбородочные лимфатические узлы
- г) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- д) в легкие и кости гематогенным путем
- е) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы

11. Рак околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы

- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

12. Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

13. Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

14. Рак верхней челюсти на ранних стадиях метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

15. Остеогенная саркома челюстей метастазирует

- а) в шейные лимфатические узлы
- б) в глубокие шейные лимфатические узлы
- в) в заглоточные и шейные лимфатические узлы
- г) в легкие и кости гематогенным путем
- д) в поднижнечелюстные и шейные лимфатические узлы
- е) в подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы

16. Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой дна полости рта заключается в профилактике метастазирования

- а) во внутренние органы
- б) в отдаленные лимфоузлы
- в) в регионарные лимфоузлы

17. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются

- а) врожденными
- б) одонтогенными
- в) травматическими
- г) онкологическими
- д) воспалительными

18. Боковая киста шеи локализуется

- а) по средней линии шеи
- б) в подподбородочной области
- в) в поднижнечелюстной области
- г) по переднему краю m.trapezius
- д) в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus

19. Срединная киста шеи локализуется

- а) по средней линии шеи
- б) над щитовидным хрящом
- в) в области яремной вырезки
- г) в поднижнечелюстной области
- д) по переднему краю m.trapezius

20. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области верхнего полюса миндалины

21. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в области корня языка

д) в поднижнечелюстной области

22. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается

- а) в носоглотке
- б) в щечной области
- в) в подъязычной области
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области слепого отверстия корня языка

23. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается

- а) в щечной области
- б) в подъязычной области
- в) в области корня языка
- г) в поднижнечелюстной области
- д) в области подъязычной кости по средней линии шеи

24. Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи" проводится исследование

- а) биохимическое
- б) цитологическое
- в) радиоизотопное
- г) реакция Вассермана
- д) динамики тимоловой пробы

25. Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" проводится исследование

- а) цитологическое
- б) радиоизотопное
- в) реакция Вассермана
- г) динамики тимоловой пробы
- д) контрастная фистулография

26. Основным клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие

- а) уплотнения кожи на шее
- б) повышение температуры тела
- в) более спастического характера
- г) положительной тимоловой пробы
- д) новообразования округлой формы

27. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид

- а) гноя
- б) лимфы
- в) крови
- г) мутной жидкости
- д) прозрачной опалесцирующей жидкости

28. Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является

- а) криотерапия
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) динамическое наблюдение
- д) оперативное вмешательство

29. При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать

- а) щитовидный хрящ
- б) небную миндалину
- в) участок подъязычной кости
- г) подчелюстную слюнную железу
- д) проток подчелюстной слюнной железы

30. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является

- а) их перевязка
- б) их иссечение
- в) их прошивание
- г) их криодеструкция
- д) их склерозирование

31. Боковой свищ шеи располагается в области

- а) щитовидной артерии
- б) общей сонной артерии
- в) лицевой артерии и вены
- г) лицевой вены и верхней щитовидной артерии
- д) внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

32. Боковая киста шеи располагается

- а) над щитовидной артерией
- б) над лицевой артерией и веной
- в) над подключичной артерией и веной
- г) над бифуркацией общей сонной артерии
- д) над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

33. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи разрез

- а) в надключичной области
- б) по переднему краю m. trapezius
- в) по переднему краю жевательной мышцы
- г) горизонтально по верхней шейной складке

34. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является

- а) парез лицевого нерва
- б) перелом подъязычной области
- в) повреждение крупных сосудов шеи
- г) травма околоушной слюнной железы

35. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является

- а) парез лицевого нерва
- б) парез голосовых связок
- в) перелом подъязычной области
- г) травма околоушной слюнной железы
- д) стеноз верхних дыхательных путей

36. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается

- а) кератокиста
- б) радикулярная киста
- в) фолликулярная киста
- г) нозоальвеолярная киста
- д) киста резцового канала

37. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях развивается

- а) кератокиста
- б) радикулярная киста
- в) фолликулярная киста
- г) нозоальвеолярная киста
- д) киста резцового канала

38. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является

- а) боль
- б) симптом Венсена
- в) нарушение глотания
- г) плотное обызвествленное образование
- д) безболезненная деформация в виде вздутия

39. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани

- а) в виде "тающего сахара"
- б) с нечеткими границами в области образования
- в) в виде нескольких полостей с четкими контурами
- г) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

40. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

- а) с одонтомой
- б) с цементомой
- в) с амелобластомой
- г) с твердой одонтомой
- д) с репаративной гранулемой

41. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать

- а) с одонтомой

б) с цементомой

в) с твердой одонтомой

г) с радикулярной кистой

д) с репаративной гранулемой

42. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани

а) в виде "тающего сахара"

б) с четкими границами и тенью зуба в полости

в) с нечеткими границами в области образования

г) в виде нескольких полостей с четкими контурами

д) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

43. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид

а) лимфы

б) крови

в) мутной жидкости

г) холестеотомных масс

д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

44. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является

а) цистэктомия

б) криодеструкция

в) склерозирование

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

45. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является

а) цистотомия

б) цистэктомия

в) криодеструкция

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

46. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

а) прорастание кисты в полость носа

б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху

в) небольшие размеры в (до 3-х зубов в полости)

г) большие размеры в (до 3-х зубов в полости)

д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

47. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

а) прорастание кисты в полость носа

- а) прорастание кисты в полость носа
- б) одиночная киста с одним корнем в полости
- в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- г) большие размеры (до 3-х зубов в полости)
- д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

48. Цистотомия проводится при

радикулярной кисте челюсти, если

- а) прорастает в верхнечелюстную пазуху
- б) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)
- в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

49. Цистотомия проводится при

радикулярной кисте челюсти, если

- а) прорастает в полость носа
- б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
- в) она имеет небольшие размеры (до 3-х зубов в полости)

50. Оронозальная цистотомия

проводится при радикулярных кистах

- а) оттеснивших полость носа
- б) нижней челюсти больших размеров
- в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху

51. Оронозальная цистотомия

проводится при радикулярных кистах

- а) оттеснивших полость носа
- б) нижней челюсти больших размеров
- в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов

52. Местным отдаленным осложнением цистэктомии является

- а) миозит
- б) рецидив
- в) панкреатит
- г) инфаркт миокарда

53. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является

- а) гематома
- б) одонтогенная инфекция
- в) длительность существования кисты
- г) послеоперационное воспаление раны
- д) не полностью удаленная оболочка кисты

54. Подготовка к операции

цистэктомии включает пломбирование

- а) "причинного" зуба
- б) всех зубов челюсти
- в) зубов-антагонистов
- г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

55. Подготовка к операции цистотомии включает пломбирование

- а) "причинного" зуба
- б) всех зубов челюсти
- в) зубов-антагонистов
- г) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты

56. Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти после цистотомии является

- а) гематома
- б) длительность существования кисты
- в) послеоперационное воспаление раны
- г) не полностью удаленная оболочка кисты
- д) раннее закрытие трепанационного отверстия

57. Двухэтапная цистэктомия на

верхней челюсти проводится, когда киста больших размеров

- а) прорастает поднадкостнично
- б) оттесняет верхнечелюстную пазуху
- в) разрушает костное дно полости носа
- г) располагается в области премоляров

58. Двухэтапная цистэктомия на

нижней челюсти проводится, когда киста больших размеров

располагается в области

- а) клыков
- б) моляров
- в) премоляров
- г) тела и ветви
- д) мышечкового отростка

59. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) носо-небного канала

60. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) шаровидно-верхнечелюстная

61. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) носо-губная
- б) кератокиста
- в) радикулярная
- г) фолликулярная

62. Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) криодеструкция
- г) частичная резекция челюсти
- д) половинная резекция челюсти

63. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением

- а) эмбриогенеза лица
- б) формирования корня зуба
- в) формирования зачатка зуба
- г) развития зубного фолликула

64. При оперативном лечении радикулярных кист челюстей "причинному" зубу производят

- а) гемисекцию
- б) пломбирование канала
- в) эндодентальный электрофорез
- г) резекцию верхушки корня после пломбирования канала

65. К истинным опухолям из фиброзной ткани относятся

- а) эпулис
- б) твердую фиброму
- в) фиброматоз десен

66. Фиброма - это

- а) опухоль слизистой полости рта на ножке
- б) опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
- в) опухоль, состоящая из жировой ткани
- г) опухоль слизистой полости рта на широком основании
- д) опухоль, представленная разрастанием сосудистой ткани

67. Различают

- а) плотную фиброму
- б) мягкую фиброму
- в) смешанную фиброму
- г) твердую фиброму
- д) слизистую фиброму

68. Фиброма, в основном вещество которой произошло слизистое перерождение, называется

- а) кистофибромой
- б) фибромиксомой
- в) ангиофибромой
- г) фиброгранулемой

69. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят

- а) эпулис
- б) мягкую фиброму
- в) фиброматоз десен

70. Для твердой фибромы характерно наличие в ней

- а) незрелой фиброзной ткани
- б) зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
- в) зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани

71. Для мягкой фибромы характерно наличие в ней

- а) зрелой жировой ткани
- б) зрелой фиброзной ткани
- в) зрелой жировой и фиброзной ткани

72. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) щек
- б) губы
- в) дна полости рта

73. Твердая и мягкая фиброма чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) губы
- б) дна полости рта
- в) задней трети языка

74. Клиническая форма - это опухоль округлой формы

- а) на ножке
- б) на широком основании
- в) на инфильтрированном основании

75. Основным методом лечения фибром является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное
- г) иссечение в пределах здоровых тканей

76. Фиброматоз десен - это

- а) диффузное разрастание грубоволокнистой соединительной ткани десны
- б) мягкотканное образование, связанное с альвеолярным краем челюсти при помощи ножки
- в) врожденные опухоли, состоящие из лимфатических сосудов

- г) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов
- д) фиброма, расположенная на альвеолярном отростке нижней челюсти
- е) увеличение межзубных сосочков в период беременности у женщин

77. Фиброматоз относится

- а) к истинным опухолям
- б) к опухолеподобным образованиям

78. Фиброматоз развивается в результате

- а) вредных привычек
- б) нарушения эмбриогенеза
- в) хронического механического раздражения

79. Фиороматоз чаще локализуется на слизистой оболочке

- а) щек
- б) верхней губы
- в) дна полости рта
- г) переходной складки с вестибулярной стороны

80. Основным методом лечения фиброматоза является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное
- г) иссечение новообразования вместе с надкостницей

81. Фибромы, расположенные одновременно с двух сторон в области небной поверхности десен на уровне третьих больших коренных зубов, называются

- а) фиброматоз десен
- б) двойные фибромы
- в) симметричные фибромы
- г) эпulis

- д) дублирующие фибромы

82. Фиброматоз десен относится

- а) доброкачественной опухоли
- б) злокачественной опухоли

83. При фиброме полости рта используется

- а) хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей
- б) прижигание разрастаний
- в) электрохирургическое иссечение
- г) криодеструкция
- д) лучевая терапия

84. Липомы - это

- а) опухоль, состоящая из жировой ткани

- б) опухоль, состоящая из мышечной ткани

- в) опухоль, состоящая из кровеносных сосудов

- г) опухоль, состоящая из элементов кожи

- д) опухоль, состоящая из хрящевой ткани

85. Липома может встретиться

- а) на щеке
- б) в области языка
- в) в области неба
- г) на деснах

86. Липома состоит из жировой ткани

- а) зрелой
- б) незрелой
- в) незрелой и зрелой

87. Чаще всего липома локализуется

- а) в щечной области
- б) в лобной области
- в) в височной области
- г) в околоушной-жевательной области

88. Может ли располагаться липома под слизистой оболочкой полости рта?

- а) да
- б) нет

89. Дифференциальную диагностику при постановке диагноза "липома дна полости рта" необходимо проводить

- а) с папилломой
- б) с радикулярной кистой
- в) с фибросаркомой
- г) с ангиосаркомой
- д) с кератоакантомой

90. Дифференциальную диагностику при липоме шеи необходимо проводить

- а) с срединной кистой, папилломой
- б) с боковой кистой, хеодектомой
- в) с атеромой, фибромой
- г) с узловым зобом, остеомой
- д) с гемангиомой

91. Основным методом лечения липомы является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

92. При липоме дна полости рта используется

- а) хирургический вид лечения
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия

г) консервативное лечение

д) комбинированное лечение

93. Клиническими проявлениями болезни Маделунга являются

а) избыточное отложение жировой клетчатки в подбородочной области, короткая шея, слабоумие, поражение органов зрения

б) избыточное отложение жировой клетчатки в области затылочных бугров, шеи, плечевого пояса, в области лобка

в) общее ожирение, одышка, злоупотребление алкоголем, нарушение жирового обмена

94. При болезни Маделунга используется

а) хирургическое лечение

б) консервативное лечение

в) лучевая терапия

г) химиотерапия

д) комбинированное лечение

95. При липоме шеи используется

а) хирургическое лечение

б) лучевая терапия

в) комбинированное лечение

г) химиотерапия

96. Липоматоз - это

а) опухоль жировой ткани шеи, развивающаяся из эмбриональных остатков бурого жира

б) опухоль шеи, расположенная в проекции бифуркации сонной артерии

в) опухоль жировой ткани шеи гантелеобразной формы

г) опухоль жировой ткани шеи, расположенная в подподбородочной области

д) опухоль жировой ткани, расположенная в области затылочных бугров

97. Предраки - это

а) изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты

б) дистрофические, нестойкие пролифераты не ставшие опухолью

в) доброкачественные новообразования с явлениями воспаления

г) острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица

98. К облигатным предракам относятся

а) лейкоплакия

б) папиллома

в) хейлит Манганотти

г) кожный рог

д) лучевой стоматит

99. К факультативным предракам относятся

а) лейкоплакия

б) бородавчатый предрак

в) хейлит Манганотти

г) кожный рог

д) ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

100. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

а) вторичная адентия

б) острые воспалительные процессы мягких тканей лица

в) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

эталон ответов к варианту 8:

1 – в)	11 – а)	21 – д)	31 – д)	41 – г)	51 – г)	61 – а)	71 – в)	81 – в)	91 – д)
2 – г)	12 – г)	22 – д)	32 – г)	42 – б)	52 – б)	62 – б)	72 – а)	82 – а)	92 – а)
3 – а)	13 – д)	23 – д)	33 – г)	43 – д)	53 – д)	63 – а)	73 – в)	83 – а)	93 – б)
4 – д)	14 – в)	24 – б)	34 – в)	44 – а)	54 – г)	64 – г)	74 – б)	84 – а)	94 – а)
5 – д)	15 – г)	25 – д)	35 – д)	45 – а)	55 – а)	65 – б)	75 – г)	85 – а)	95 – а)
6 – е)	16 – в)	26 – д)	36 – б)	46 – в)	56 – д)	66 – б)	76 – а)	86 – а)	96 – а)
7 – е)	17 – а)	27 – д)	37 – в)	47 – б)	57 – в)	67 – а), б)	77 – б)	87 – а)	97 – б)
8 – б)	18 – д)	28 – д)	38 – в)	48 – в)	58 – г)	68 – б)	78 – в)	88 – б)	98 – в)
9 – е)	19 – б)	29 – в)	39 – г)	49 – а)	59 – г)	69 – б)	79 – г)	89 – в)	99 – г)
10 – б)	20 – д)	30 – б)	40 – в)	50 – г)	60 – г)	70 – г)	80 – г)	90 – б)	100 – в)

Вариант 9

1. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

- а) вторичная адентия
- б) профессиональные вредности
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

2. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются

- а) вредные привычки
- б) вторичная адентия
- в) острые воспалительные процессы мягких тканей лица
- г) острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

3. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие

- а) гиперкератоза
- б) гиперхроматоза ядер
- в) атипического ороговения
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

4. К предраковым заболеваниям кожи лица относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

5. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) атипического ороговения
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) инвазии в подэпителиальные ткани

6. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) гиперхроматоза ядер
- б) обызвествления миоцитов
- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

7. Для морфологической картины предрака характерно наличие

- а) гиперкератоза
- б) обызвествления миоцитов

- в) воспалительного инфильтрата
- г) вторичного казеозного некроза
- д) инвазии в подэпителиальные ткани

8. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

9. К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся

- а) рожистое воспаление
- б) термический и химические ожоги
- в) бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
- г) болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
- д) эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

10. Клиническая картина болезни Боуэна характеризуется наличием

- а) 2-3-х эрозий без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей
- в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок
- г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
- д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

11. Основным методом лечения болезни Боуэна является

- а) химиотерапия
- б) хирургический
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

12. Основным методом лечения болезни Боуэна является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное

г) лучевая терапия

д) иссечение вместе с капсулой

13. Клиническая картина бородавчатого предрака красной каймы губ характеризуется наличием

а) 2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

14. Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием

а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

15. Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием

а) 2-3-х эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) эрозивной поверхности с инфильтрацией подлежащих тканей

в) атрофических уплощенных бляшек покрытых корками, "географический" рисунок

г) ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками

д) болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм

16. Клиническая картина хейлита Манганотти

а) 2-3-х эрозий на красной кайме губ, кровоточивость и их эпителизация, боли, слабо выраженный воспалительный инфильтрат

б) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильная боль, воспалительный инфильтрат

в) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке, бархатистая поверхность, 1-2 западающих очагов поражения, длительное течение, безболезненно

г) бессимптомно

д) сосочковое разрастание с большим количеством сосудов, напоминает цветную капусту, на тонкой ножке, мягкой консистенции

17. Картина лучевого стоматита

а) пятно застойно красного цвета на слизистой оболочке с бархатистой поверхностью, 1-2 очага с западением тканей, длительное течение, безболезненно

б) 2-3 эрозий на красной кайме губ, кровоточивость, выраженная боль, воспалительный инфильтрат

в) бессимптомно

г) сухость во рту, жжение языка, гиперемия слизистой и ее отечность, складки и мутность слизистой оболочки, очаговый пленчатый радиомукозит

д) болезненный узел с бугристой поверхностью, сильные боли, воспалительный инфильтрат, гиперемия слизистой и ее ороговение

18. Видом лечения предраковых заболеваний является

а) физиолечение

б) хирургическое (иссечение в пределах здоровой ткани)

в) комбинированное (хирургическое + облучение)

г) лучевая терапия

д) магнитотерапия

19. Наиболее часто озлокачивается

- а) лейкоплакия
- б) хейлит Манганотти
- в) хронические трещины губ
- г) ограниченный предраковый гиперкератоз
- д) болезнь Боуэна

20. Основным методом печения бородавчатого предрака красной каймы губ является

- а) иссечение
- б) мануальный
- в) химиотерапия
- г) комбинированное
- д) лучевая терапия

21. Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) иссечение вместе с капсулой

22. Основным методом лечения абразивного преинвазивного хейлита Манганотти является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение вместе с капсулой

23. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это

- а) костная опухоль
- б) мягкотканная опухоль
- в) опухолеподобное образование
- г) истинная одонтогенная опухоль

24. Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является

- а) рецидив кисты
- б) острый пульпит
- в) перелом челюсти
- г) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

25. Основным этиологическим фактором развития периферической гигантоклеточной гранулемы является хроническая травма

- а) языка
- б) десны

- в) челюсти
- г) нижнего носового хода

26. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

27. Клиническая картина ангиоматозного эпюлиса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны красного цвета
- в) плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

28. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

29. Рентгенологическая картина фиброзного эпюлиса характеризуется

- а) наличием костных изменений в области эпюлиса
- б) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- в) отсутствием костных изменений в области эпюлиса
- г) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

д) очаговой деструкцией губчатого вещества челюсти в области соседних зубов

30. Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное
- д) иссечение новообразования

31. Радикальная киста - это

- а) одонтогенная киста, развивающаяся в непосредственной связи с корнями зуба
- б) любой очаг деструкции костной ткани челюсти в пределах зубного ряда
- в) участок костной ткани повышенной плотности, связанной с корнями зубов

32. Оболочка кисты представлена

- а) соединительной тканью
- б) эпителиальной тканью
- в) соединительной и эпителиальной тканью
- г) хрящевой и эпителиальной тканью
- д) соединительной и хрящевой тканью

33. Для радикальной кисты характерен такой вид пунктата как

- а) бурая жидкость
- б) ярко-красная жидкость
- в) желтого цвета жидкость, с блестками холестерина
- г) отсутствие жидкости в пунктате
- д) густая молочного цвета жидкость

34. К методам лечения радикальных кист относится

- а) цистотомия
- б) цистэктомия
- в) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- г) лучевая терапия
- д) комбинированное лечение

35. Фолликулярная киста - это

- а) одонтогенная киста, характеризующаяся наличием в просвете кисты рудиментарных или коронковых частей зуба
- б) киста челюсти в период смены прикуса
- в) киста челюсти при полной ее адентии
- г) киста челюсти в области резцового канала
- д) киста верхней челюсти, проникающая в верхнечелюстную пазуху

36. Природа образования фолликулярных кист

- а) воспалительная
- б) опухолевая
- в) смешанная
- г) травматическая

37. При фолликулярных кистах используется

- а) оперативное лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) медикаментозное лечение

38. Амелобластома - это

- а) одонтогенная эпителиальная опухоль
- б) собирательное понятие, характеризующее наличие в кости очагов деструкции
- в) злокачественное поражение челюстных костей
- г) врожденный порок развития челюстных костей

39. Амелобластома относится к группе

- а) предраков
- б) воспалительных заболеваний
- в) опухолеподобных образований
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

40. Клиническая картина амелобластомы характеризуется

- а) болезненным дефектом костной ткани челюсти
- б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

41. Симптомами амелобластомы являются

- а) аденома
- б) болезнь Педжета
- в) болезнь Реклингхаузена
- г) синдром Олбриджа
- д) поликистома

42. Формы амелобластом

- а) кистозная
- б) солидная
- в) литическая

г) смешанная

д) ячеиста

43. Дифференциальную диагностику при подозрении на амелобластому необходимо проводить

а) со злокачественной опухолью

б) с фиброзной остеодисплазией

в) с остеодистрофией

г) с остеоид-osteомой

44. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется

а) костными изменениями типа "тающего сахара"

б) костными изменениями типа "матового стекла"

в) деструкцией кости в виде множественных очагов

г) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками

д) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

45. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологического исследования

46. Амелобластому следует дифференцировать

а) с хондромой

б) с одонтомой

в) с цементомой

г) с пародонтитом

д) с радикулярной кистой

47. Основным методом лечения амелобластомы является

а) цистэктомия

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) резекция челюсти

д) выскабливание оболочки новообразования

48. При амелобластоме используется

а) резекция челюсти, отступя от видимых границ опухоли на 1.0 см

б) выскабливание опухоли

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

49. Основным методом лечения амелобластомы у лиц пожилого возраста или с тяжелой сопутствующей патологией является

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) резекция челюсти

г) декомпрессионная цистотомия

д) выскабливание оболочки новообразования

50. Одонтома - это

а) доброкачественная опухоль, состоящая из низкодифференцированных зубных тканей или петрифицированных высокодифференцированных зубных структур

б) доброкачественная опухоль, состоящая из соединительной ткани и остатков зубов

в) злокачественная опухоль нижней челюсти

г) один из пороков развития корней зубов

51. Существуют следующие виды одонтом

а) мягкая

б) твердая

в) соединительная

г) фиброзная

д) хрящевая

52. Мягкая одонтома относится к группе

а) предраков

б) воспалительных заболеваний

в) опухолеподобных образований

г) злокачественных одонтогенных опухолей

д) доброкачественных одонтогенных опухолей

53. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области

а) нижних моляров

б) верхних моляров

в) нижних премоляров

г) резцов нижней челюсти

д) резцов верхней челюсти

54. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется

а) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

- в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г) плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

55. Окончательный диагноз "мягкая одонтома" ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

56. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с гемангиомой
- б) с пародонтитом
- в) с амелобластомой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

57. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с гемангиомой
- б) с пародонтитом
- в) с полиморфной аденомой
- г) с остеомиелитом челюсти
- д) с гигантоклеточной опухолью

58. Мягкую одонтому следует дифференцировать

- а) с миксомой
- б) с пародонтитом
- в) с гемангиомой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

59. Основным методом лечения мягкой одонтомы является

- а) цистэктомия
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) резекция челюсти
- д) выскабливание оболочки новообразования

60. Синоним мягкой одонтомы

- а) цилиндрома
- б) амелобластома
- в) фиброзная бластома
- г) амелобластическая киста
- д) амелобластическая фиброма

61. Рентгенологическая картина амелобластической фибромы характеризуется

- а) костными изменениями типа "тающего сахара"
- б) костными изменениями типа "матового стекла"
- в) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении
- г) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении
- д) кистозном очагом с четкими границами, в котором содержатся элементы зубных тканей

62. Мягкая одонтома склонна к озлокачествлению с перерождением

- а) в остеосаркому
- б) в лимфосаркому
- в) в рак слизистой дна полости рта
- г) в амелобластическую фибросаркому

63. Особенностью амелобластомы является способность

- а) к инвазивному росту
- б) к неинвазивному росту
- в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
- г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

64. Одонтома относится к группе

- а) воспалительных заболеваний
- б) опухолеподобных образований
- в) пороков развития зубных тканей
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

65. Гистологическое строение сложной одонтомы характеризуется

- а) отдельными зубоподобными структурами
- б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- в) разной степени минерализованной цементаподобной тканью
- г) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

66. Гистологическое строение составной одонтомы характеризуется

- а) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- б) разной степени минерализованной цементоподобной тканью
- в) отдельными зубоподобными структурами представляющими все ткани зуба
- г) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

67. Клиническая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

- а) свищами на коже
- б) контрактурой челюстей
- в) бессимптомным течением
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

68. Рентгенологическая картина сложной и составной одонтомы характеризуется

- а) отсутствием костных изменений в области одонтомы
- б) ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
- в) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
- г) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти

69. Основным показанием для удаления сложной и составной одонтомы является

- а) большие размеры
- б) отдаленные метастазы
- в) наличие клинических проявлений
- г) метастазы в регионарные лимфоузлы

70. Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является

- а) химиотерапия
- б) комбинированное лечение
- в) блок-резекция челюсти
- г) выскабливание опухоли
- д) удаление новообразования

71. Выберите из перечисленных ниже синонимы остеобластокластомы

- а) гигантоклеточная опухоль
- б) бурая опухоль

- в) кожный рог
- г) аденоидомы
- д) киста челюсти

72. Остеобластокластома - это

- а) доброкачественная опухоль челюстей, состоящая из двух видов клеток: остеобластов и остеокластов
- б) название процесса в челюсти, сопровождающееся резорбцией костной ткани
- в) название процесса в челюсти, сопровождающееся продукцией костной ткани
- г) собирательное понятие, характеризующее деструктивные процессы в челюстях

73. Гигантоклеточная опухоль относится к группе

- а) истинных опухолей
- б) опухолеподобных образований
- в) пороков развития зубных тканей
- г) злокачественных одонтогенных опухолей
- д) доброкачественных одонтогенных опухолей

74. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется

- а) отдельными зубоподобными структурами
- б) пролиферирующим одонтогенным эпителием
- в) тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
- г) богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
- д) обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

75. Существуют виды остеобластокластом

- а) центральная
- б) периферическая
- в) врожденная
- г) приобретенная
- д) простая
- е) сложная

76. Клинико-рентгенологическими формами остеобластокластом являются

- а) кистозная

б) литическая

в) ячеистая

г) все перечисленные выше

77. Рентгенологическая картина

гигантоклеточной опухоли

характеризуется разновидностями

а) полиморфной, мономорфной

б) ячеистой, кистозной, литической

в) субпериостальной, периапикальной

г) пролиферативной, костеобразующей

78. Клиническая картина

гигантоклеточной опухоли

характеризуется

а) рубцовой контрактурой

б) бессимптомным течением

в) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области

79. Наблюдаются ли при

остеобластокластоме рассасывание корней зубов?

а) да

б) нет

80. Какой из перечисленных видов

пунктата из опухоли будет говорить в пользу остеобластокластомы?

а) жидкость бурого цвета

б) жидкость янтарно-желтого цвета

в) жидкость ярко-красного цвета

г) отсутствие жидкости в пунктате

81. Окончательный диагноз

"гигантоклеточная опухоль" ставится на основании данных

а) опроса

б) цитологии

в) гистологии

г) анализов крови

д) клинико-рентгенологических исследований

82. Основным методом лечения

гигантоклеточной опухоли является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) выскабливание опухоли

д) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

83. Основным методом лечения

гигантоклеточной опухоли является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) выскабливание опухоли

д) блок-резекция челюсти

84. Основным методом лечения

гигантоклеточной опухоли больших размеров является

а) химиотерапия

б) криодеструкция

в) комбинированное лечение

г) резекция челюсти

д) выскабливание опухоли

85. Основным методом лечения

гигантоклеточной опухоли больших размером является

а) химиотерапия

б) блок-резекция "челюсти

в) выскабливание опухоли

г) декомпрессионная цистотомия

д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

86. Видом лечения, используемым при периферическом виде

остебластокластомы, является

а) резекция альвеолярного отростка челюсти вместе с одним или двумя зубами

б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей без удаления зубов

в) удаление опухоли в пределах слизистой оболочки

87. Видом лечения, используемым при центральном виде остебластомы, является

а) краевая резекция нижней челюсти с сохранением ее непрерывности

б) экскохлеация опухоли

в) резекция нижней челюсти, отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см, односторонней костной пластикой

г) лучевая терапия

д) комбинированное лечение

88. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность

а) к озлокачанию

б) к неинвазивному росту

в) к метастазированию в отдаленные лимфоузлы

г) к метастазированию в регионарные лимфоузлы

89. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

- а) с пародонтитом
- б) с ретенционной кистой
- в) с полиморфной аденомой
- г) с остеомиелитом челюсти
- д) с амелобластической фибромой

90. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

- а) с миксомой
- б) с пародонтитом
- в) с ретенционной кистой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

91. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

- а) с пародонтитом
- б) с кистой челюсти
- в) с ретенционной кистой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно

- а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
- б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

96. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно

- а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
- б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

97. Для рентгенологической картины ячеистой формы гигантоклеточной опухоли характерно

- а) очаговое разрежение в виде кисты с четкими границами
- б) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
- в) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

92. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать

- а) с пародонтитом
- б) с остеосаркомой
- в) с ретенционной кистой
- г) с полиморфной аденомой
- д) с остеомиелитом челюсти

93. Синоним гигантоклеточной опухоли

- а) цилиндрома
- б) остеолизомы
- в) остеосаркома
- г) остеокластома
- д) ретенционная киста

94. Синоним гигантоклеточной опухоли

- а) цилиндрома
- б) серая опухоль
- в) бурая опухоль
- г) красная опухоль
- д) ретенционная киста

95. Для рентгенологической картины

98. Эозинофильная гранулема - это

- а) гиперпластический процесс в челюстях, характеризующийся повышением пролиферативной способности ретикуло-эндотелиальных элементов костного мозга с наличием эозинофильных лейкоцитов
- б) общее название гиперпластических процессов в челюстных костях
- в) воспалительный процесс в челюстных костях, сопровождающийся с резким повышением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови
- г) процесс в челюстных костях, сопровождающийся резким уменьшением содержания эозинофильных лейкоцитов в крови

99. Синонимами эозинофильной гранулемы являются

- а) болезнь Педжета
- б) болезнь Реклингхаузена
- в) болезнь Тыратынова
- г) болезнь Микулича
- д) болезнь Счегреса

100. Формы эозинофильной гранулемы

- а) очаговая
- б) диффузная
- в) литическая
- г) кистозная

эталон ответов к варианту 9:

1 – б)	11- -б)	21 – б)	31 – а)	41 – а)	51-а),б)	61 – д)	71 – а)	81 – б)	91 – б)
2 – а)	12 – б)	22 – б)	32 – б)	42-а),б)	52 – д)	62 – г)	72 – а)	82 – д)	92 – б)
3 – г)	13 – д)	23 – в)	33 – в)	43-а),б)	53 – в)	63 – а)	73 – а)	83 – д)	93 – г)
4 – г)	14 – г)	24 – г)	34-а),в)	44 – в)	54 – а)	64 – в)	74 – г)	84 – г)	94 – в)
5 – а)	15 – а)	25 – б)	35 – а)	45 – в)	55 – в)	65 – д)	75-а),б)	85 – д)	95 – а)
6 – а)	16 – а)	26 – в)	36 – б)	46 – д)	56 – в)	66 – в)	76 – г)	86 – а)	96 – б)
7 – а)	17 – г)	27 – б)	37 – а)	47 – г)	57 – д)	67 – в)	77 – б)	87 – а)	97 – в)
8 – д)	18 – б)	28 – г)	38 – а)	48 – а)	58 – а)	68 – б)	78 – д)	88 – а)	98 – а)
9 – в)	19 – б)	29 – в)	39 – д)	49 – г)	59 – г)	69 – в)	79 – а)	89 – д)	99 – в)
10-в)	20 – а)	30 – д)	40 – б)	50 – а)	60 – д)	70 – д)	80 – а)	90 – а)	100-а),б)

Вариант 10

1. Клиническая картина начальной стадии эозинофильной гранулемы характеризуется

- а) язвенным гингивитом, стоматитом
- б) периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
- в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г) плотным безболезненным бугристом выбуханием участка кости, подвижностью зубов
- д) зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов

2. Среди клинических форм эозинофильной гранулемы различают

- а) продуктивную, деструктивную
- б) язвенную, язвенно-некротическую
- в) ячеистую, кистозную, литическую
- г) очаговую, диффузную, генерализованную

3. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных

- а) опроса
- б) цитологии
- в) гистологии
- г) анализов крови
- д) клинико-рентгенологического исследования

4. Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является

- а) химиотерапия
- б) выскабливание опухоли

- в) блок-резекция челюсти
- г) декомпрессионная цистотомия
- д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

5. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной гранулемы является

- а) химиотерапия
- б) выскабливание опухоли
- в) блок-резекция челюсти
- г) хирургическое и лучевая терапия
- д) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

5. Эозинофильную гранулему дифференцируют

- а) с остеосаркомой
- б) с ретенционной кистой
- в) с полиморфной аденомой
- г) с остеомиелитом челюсти
- д) с сосудистыми опухолями

6. Одонтогенная фиброма - это

- а) опухоль, характеризующаяся наличием остатков зубообразовательного эпителия среди соединительнотканной массы опухоли
- б) опухоль, состоящая из соединительной и эпителиальной ткани, связанной с корнями зубов
- в) опухоль, состоящая из соединительной ткани
- г) другое название внутрикостной фибромы

7. При одонтогенной фиброме используется

- а) тщательное вылушивание опухоли

- б) резекция участков челюсти с пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

8. Цементома - это

- а) одонтогенная опухоль, построенная из ткани, подобной цементу зуба
- б) опухоль около корня зуба, состоящая из соединительной ткани
- в) эпителиальная опухоль в пределах зубного ряда
- г) аномалии строения корней зубов

9. Из приведенных ниже

рентгенологических картин наиболее характерны для цементомы

- а) округлая, овальная или неправильной формы однородная плотная ткань вокруг корней одного из групп зубов
- б) округлой формы участок разрыхления костной ткани около корней одного или группы зубов
- в) поликистозное образование в кости, расположенное около корней зубов
- г) участок склероза костной ткани около корней зубов

10. При цементоме используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) комбинированное лечение

11. Хондрома - это

- а) доброкачественная опухоль из хрящевой ткани
- б) злокачественная опухоль из хрящевой ткани

12. Чаще поражается хондромой

- а) верхняя челюсть
- б) нижняя челюсть

13. Виды хондром

- а) экхондрома
- б) большая хондрома
- в) малая хондрома
- г) истинная хондрома
- д) ложная хондрома

14. При хондромах проводится

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение

15. Остесид-остеома - это

- а) доброкачественная опухоль челюсти, развивающаяся из костнообразующей соединительной ткани

- б) название участка остеосклероза кости
- в) начальная форма остеобластокластомы

16. Рентгенологическая картина при остесид-остеоме

- а) неправильно округлой формы очаг деструкции в костной ткани челюсти с участком склероза вокруг
- б) плотное, по сравнению с окружающей костью образование с четкими границами
- в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами

17. При остесид-остеоме используется

- а) удаление опухоли вместе со склеротическими участками кости
- б) резекция нижней челюсти с одномоментной пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

18. Остеома - это

- а) доброкачественная опухоль из зрелой сформированной костной ткани
- б) участки склероза костной ткани
- в) начальная форма остеобластокластомы
- г) доброкачественная опухоль из соединительной ткани

19. Виды остеомы

- а) компактная, губчатая
- б) периферическая
- в) ячеистая
- г) кистозная
- д) центральная

20. Фиброзная дисплазия - это

- а) диспластический процесс в кости, проявляющийся в детском и юношеском возрасте
- б) истинная опухоль костей лицевого скелета
- в) злокачественная опухоль челюстей
- г) собирательное понятие деструктивных процессов костей лицевого скелета
- д) мало изученный порок развития кости

21. Виды фиброзной дисплазии

- а) монооссальная, полиоссальная
- б) центральная
- в) периферическая

22. По характеру разрастания в кости фиброзная дисплазия бывает

- а) очаговой
- б) диффузной

- в) локальной
- г) центральной
- д) периферической

23. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии является

- а) рецидив кисты
- б) острый пульпит
- в) перелом челюсти
- г) очаговое нарушение костеобразования
- д) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

24. Нарушение обмена кальция и фосфора наблюдается

- а) при переломе челюсти
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

25. Пигментация кожи, деформация костей ли характерно

- а) при переломе челюсти
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

26. Симметричное утолщение углов и ветвей нижней челюсти характерно

- а) при херувизме
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

27. Деформация одной кости лицевого скелета характерна

- а) при херувизме
- б) при синдроме Олбрайта
- в) при фиброзной дисплазии
- г) при паратиреоидной дистрофии
- д) при деформирующем остеите Педжета

28. Деформирующая остеодистрофия - это

- а) одна из разновидностей фиброзных остеодистрофий
- б) вариант проявления гиперпаратиреоидной остеодистрофий
- в) собирательное понятие деструктивных процессов в челюстях

29. Синонимами деформирующей остеодистрофий являются

- а) болезнь Педжета

- б) синдром Олбрайта
- в) болезнь Реклинггаузена
- г) деформирующий остит
- д) болезнь Микулича

30. При деформирующей остеодистрофий поражаются все кости черепа

- а) да
- б) нет

31. При деформирующей остеодистрофий применяют

- а) резекцию челюсти
- б) выскабливание пораженных участков кожи
- в) лучевую терапию
- г) комбинированное лечение
- д) гормональную терапию

32. Внутрикостная фиброма - это

- а) опухоль, состоящая из эпителиальных элементов
- б) опухоль, состоящая из соединительных элементов, не продуцирующих костную ткань
- в) опухоль, состоящая из костных и эпителиальных элементов

33. При внутрикостных фибромах используется

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- б) резекция челюсти с одномоментной костной пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

34. Миксома -это

- а) редко встречающееся заболевание челюстных костей
- б) синоним кисты челюстей
- в) вариант кисты челюстей

35. При миксоме челюстей используется

- а) резекция челюсти в пределах здоровых тканей
- б) выскабливание опухоли
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

36. Рентгенологическая картина фиброзной дисплазии характеризуется

- а) полиоссальным поражением костей лица
- б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

37. Рентгенологическая картина при херувизме характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

38. Рентгенологическая картина при синдроме Олбрайта характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

39. Рентгенологическая картина при деформирующем остеите характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

40. Основным методом лечения фиброзной дисплазии является

а) химиотерапия

б) комбинированное лечение

в) лучевая терапия

г) частичная резекция

д) резекция, выскабливание очага

41. Рентгенологическая картина при паратиреоидной остеодистрофии характеризуется

а) полиоссальным поражением костей лица

б) истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

в) множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти

г) диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"

д) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

42. Рентгенологическая картина компактной остеомы

а) плотное, по сравнению с окружающей костью, образование с четкими границами

б) неправильно округлой формы очаг деструкции костной ткани с более или менее выраженной границей

в) очаг деструкции костной ткани с четкими границами

г) чередование плотных участков костной ткани с участками ее разрежения

43. При остеоме челюстей используется

а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей

б) резекция нижней челюсти отступая от видимых границ опухоли на 1.0 см

в) лучевая терапия

г) комбинированное лечение

44. Гиперпаратиреоидная остеодистрофия - это

- а) системное заболевание, в основе которого лежит гиперпаратиреоз
- б) собирательное понятие при деструктивных процессах в кости
- в) истинная опухоль нижней челюсти
- г) злокачественная опухоль нижней челюсти

45. Для гиперпаратиреоидной дистрофии характерны

- а) утомляемость
- б) мышечная слабость
- в) тахикардия
- г) полиурия
- д) жажда

46. Синонимами гиперпаратиреоидной остеодистрофии являются

- а) болезнь Реклингхаузена
- б) паратиреоидный остоз
- в) болезнь Педжета
- г) паратиреоидная остеодистрофия
- д) синдром Олбрайта

47. Поражаются ли при гиперпаратиреозе все кости скелета?

- а) нет
- б) да

48. При гиперпаратиреоидной остеодистрофии проводится

- а) хирургическое иссечение аденом паравидных желез
- б) резекция челюстей
- в) лучевая терапия
- г) выскабливание очагов деструкции
- д) комбинированное лечение

49. Гемангиома - это

- а) зрелая опухоль, состоящая из новообразованных кровеносных сосудов
- б) зрелая опухоль крупных сосудов, возникающая вследствие истончения его стенки на небольшом протяжении
- в) пропитывание кровью окружающих тканей, возникающее вследствие травматического повреждения сосудистой стенки
- г) геморагии на теле, возникающие на теле вследствие повышенной ломкости сосудов
- д) один из симптомов заболевания крови

50. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны

- а) с невусом
- б) с липомой

- в) с фибромой
- г) с папилломой
- д) с гиперемией кожи

51. Клинические признаки кавернозной гемангиомы сходны

- а) с невусом
- б) с фибромой
- в) с папилломой
- г) с гиперемией кожи
- д) с ретенционной кистой

52. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а) ветвистой
- б) капиллярной
- в) кавернозной
- г) артериальной
- д) внутримышечной

54. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а) кавернозной
- б) капиллярной
- в) артериальной

55. Боли характерны для гемангиомы челюстно-лицевой области типа

- а) кавернозной
- б) капиллярной
- в) артериальной
- г) гломус-ангиомы
- д) внутримышечной

56. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является

- а) пульсация
- б) наличие флеболитов
- в) боль при пальпации
- г) болезненный инфильтрат
- д) эрозии без тенденции к кровоточивости

57. К хирургическому лечению гемангиом относятся

- а) перевязка приводящих сосудов
- б) иссечение опухоли
- в) криотерапия
- г) механические методы
- д) термические методы
- е) склерозирующая терапия
- ж) электрические методы
- з) обшивание и прошивание опухоли и) лучевая терапия

58. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются

- а) прошивание
- б) электрорезекция
- в) лучевое воздействие
- г) склерозирующая терапия
- д) криодеструкция, лазерокоагуляция

59. Основными методами лечения кавернозной гемангиомы являются

- а) прошивание
- б) электрорезекция
- в) лучевое воздействие
- г) склерозирующая терапия
- д) криодеструкция, лазерокоагуляция

60. Основными методами лечения телеангиоэктазии являются

- а) прошивание
- б) электрорезекция
- в) электрокоагуляция
- г) лучевое воздействие
- д) склерозирующая терапия

61. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

- а) иссечение
- б) прошивание
- в) электрокоагуляция
- г) лучевое воздействие
- д) склерозирующая терапия

62. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

- а) прошивание
- б) электрокоагуляция
- в) лучевое воздействие
- г) склерозирующая терапия
- д) эмболизация с последующим иссечением

63. Лимфангиома - это

- а) опухоль, развивающаяся из лимфатических сосудов
- б) опухоль, развивающаяся из лимфатического узла
- в) опухолевидное образование челюстно-лицевой области, образованное конгломератом лимфатических узлов
- г) порок развития тимуса
- д) нагноение лимфатического узла

64. Основным методом лечения лимфангиомы является

- а) иссечение
- б) прошивание
- в) лучевое воздействие

- г) склерозирующая терапия
- д) эмболизация с последующим иссечением

65. Является ли характерным признаком лимфангиом рецидивирующие воспалительные процессы в месте локализации опухоли?

- а) да
- б) нет

66. Лимфангиому необходимо дифференцировать

- а) с отеком Квинке
- б) с глубокорасположенной гемангиомой
- в) с болезнью Мейжа
- г) с васкулярной формой нейтрофиброматоза
- д) с липоматозом
- е) с хемотектомой
- ж) с боковой кистой шеи
- з) с туберкулезом лимфатических узлов

67. Клинически лимфангиома характеризуется разновидностями

- а) ячеистой, кистозной, литической
- б) капиллярной, кавернозной, кистозной
- в) полиморфной, мономорфной, пролиферативной
- г) субпериостальной, периапикальной, костеобразующей

68. Основной клинической особенностью лимфангиомы является

- а) пульсация
- б) ее воспаление
- в) наличие флеболитов
- г) боль при пальпации
- д) атрофия пораженного органа

69. Папиллома - это

- а) сосочковая доброкачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- б) сосочковая доброкачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- в) сосочковая злокачественная эпителиальная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- г) сосочковая злокачественная соединительнотканная опухоль кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки
- д) новообразование кожи, красной каймы губ и слизистой оболочки на ножке

70. Различают папилломы:

- а) на ножке
- б) на широком основании
- в) с ороговением
- г) без ороговения
- д) грибовидную
- е) конусовидную
- ж) сосочковую

71. Дифференциальную диагностику при установлении диагноза

"папиллома" необходимо проводить

- а) с фибромой
- б) с липомой
- в) с атеромой
- г) с гемангиомой
- д) с раком слизистой оболочки

72. "Погружная папиллома" - это

- а) опухоль, которая характеризуется вростанием эпителиальных сосочков вглубь подлежащих тканей
- б) опухоль, которая характеризуется наличием углубления в центре сосочкового возвышения над слизистой оболочкой
- в) сосочковая опухоль с ороговением и изъязвлением

73. Папиломатоз – это

- а) множественное развитие папиллом на определенном участке слизистой оболочки полости рта и кожи
- б) несколько единичных папиллом, локализующихся в различных областях слизистой и кожи
- в) наличие папиллом одновременно на коже, слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ
- г) наличие нескольких папиллом в челюстно-лицевой области

74. Папиллома относится

- а) факультативному предраку
- б) облигатному предраку

75. При единичных папилломах и папиломатозах применяется

- а) иссечение в пределах здоровых тканей
- б) криохирургическое лечение
- в) электрохирургическое иссечение
- г) прижигание папиллом
- д) частичное иссечение

76. Леймиома - это

- а) опухоль из гладкомышечной ткани
- б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани
- в) сосудистая опухоль

- г) иное название боковой кисты шеи
- д) одна из опухолей периферических нервов

77. Рабдомиома - это

- а) опухоль из гладкомышечной ткани
- б) опухоль из поперечнополосатой мышечной ткани
- в) иное название срединной кисты шеи
- г) синоним десмоида
- д) одна из опухолей периферических нервов

78. Возможно ли озлокачествление леймиомы и рабдомиомы?

- а) да
- б) нет

79. При леймиоме и рабдомиоме применяется

- а) хирургический метод лечения
- б) консервативный метод лечения
- в) лучевая терапия
- г) комбинированный метод лечения
- д) химиотерапия
- е) склерозирующая терапия

80. Возможна ли дистопия

щитовидной железы в область корня языка?

- а) да
- б) нет

81. Зоб корня языка - это

- а) опухоль дистопированной щитовидной железы
- б) обобщенное название новообразований в области корня языка
- в) дистопия щитовидной железы в область корня языка

82. При лечении зоба корня языка используется

- а) удаление опухоли
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) медикаментозная терапия

83. Какие из перечисленных теорий происхождения нейрофиброматоза Реклингау-зена существуют?

- а) инфекционная
- б) эндокринная
- в) дезонтогенетическая
- г) невrogenная

84. Признаками, составляющими тетраду Дарье, являются

- а) пятна на теле цвета кофе с молоком
- б) опухоли кожи и подкожной клетчатки

- в) опухоли нервных стволов и нервных ганглиев
- г) физическая и умственная неполноценность
- д) повышенная потливость
- е) гиперсаливация
- ж) снижение слуха

85. Существуют следующие виды нейрофиброматоза

- а) периферический
- б) центральный
- в) явный
- г) скрытый
- д) выраженный

86. Возможно ли поражение кости лицевого и мозгового черепа при болезни Рек-лингаузена?

- а) да
- б) нет

87. Объем оперативного вмешательства при болезни Реклингаузена

- а) радикальное удаление нейрофиброматоза
- б) полиативное, заключающееся в оперативном удалении разрастаний на лице и шее

88. Невриномы - это

- а) доброкачественная невригенная опухоль из оболочки нерва
- б) доброкачественная опухоль из нервных ганглиев
- в) доброкачественная опухоль из параганглионарных структур
- г) злокачественная невригенная опухоль в челюстно-лицевой области
- д) злокачественная опухоль в области боковой поверхности шеи

89. Последовательно расставьте нижеперечисленные нервные образования в зависимости от частоты возникновения в них неврином

- а) пограничный симпатический нервный ствол и его ветви
- б) спинномозговые нервы
- в) блуждающий нерв
- г) подъязычный нерв
- д) все вышеперечисленное

90. Являются ли обязательными для неврином спонтанные боли и боли при пальпации опухоли?

- а) да

- б) нет

91. При лечении неврином шеи применяются

- а) интракапсулярная энуклеация
- б) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва
- в) удаление опухоли с капсулой и резекцией нерва и последующей его пластикой
- г) лучевая терапия
- д) удаление опухоли после лучевой терапии

92. Возможно ли клинически отличить невриному и нейрофиброматоз?

- а) да
- б) нет

93. Нейрофибромы челюстно-лицевой области - это

- а) самостоятельное заболевание
- б) проявление болезни Реклингаузена

94. При лечении нейтрофибром шеи используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) гормональная терапия
- г) комбинированная терапия

95. Хемодектома - это

- а) опухоль общей сонной артерии
- б) название аневризмы общей сонной артерии
- в) опухоль параганглионарных структур
- г) название боковой кисты шеи
- д) название срединной кисты шеи

96. Каротидная хемодектома - это

- а) опухоль сонного гломуса
- б) опухоль блуждающего нерва
- в) аневризма общей сонной артерии
- г) аневризма наружной сонной артерии
- д) опухоль парафарингиального пространства

97. При хемодектомах используется

- а) хирургический метод лечения
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное лечение
- г) гормональная терапия
- д) осуществляется динамическое наблюдение за больными, без лечения

98. Показаниями к восстановительным операциям на лице являются

- а) требование больного
- б) косметический дефект
- в) анатомический недостаток

- г) нарушение функции
- д) все перечисленные выше
- е) незначительный дефект

99. Учитывается ли нервно-психическое состояние больного перед восстановительными операциями?

- а) да
- б) нет

100. Выбор метода восстановительной операции определяется

- а) по размерам дефекта или деформации
- б) по состоянию окружающей ткани
- в) по локализации дефекта или деформации
- г) по всем перечисленным выше
- д) по специальному оснащению операционной
- е) по мнению больного

Эталон ответов к варианту 10:

1 – д)	11 – а)	21 – а)	31 – б)	41 – д)	51 – а)	61 – а)	71 – а)	81 – в)	91 – а)
2 – г)	12 – а)	22 – а)	32 – б)	42 – б)	52 – д)	62 – д)	72 – а)	82 – а)	92 – б)
3 – д)	13 – а)	23-а),б)	33 – б)	43 – а)	53 – в)	63 – а)	73 – а)	83 – б)	93 – а)
4 – в)	14 – а)	24 – г)	34 – а)	44 – а)	54 – в)	64 – а)	74 – а)	84-а), в),г),ж)	94 – а)
5 – г)	15 – а)	25 – г)	35 – а)	45 – а)	55 – г)	65 – б)	75 – а)	85- а),б)	95 – в)
6 – д)	16 – а)	26 – б)	36 – б)	46 – б)	56 – а)	66 – в)	76 – а)	86 – а)	96 – а)
7 – б)	17 – б)	27 – а)	37 – г)	47 – г)	57-а), б),в), е),з)	67 – б)	77 – б)	87 – б)	97 – а)
8 – а)	18 – а)	28 – в)	38 – в)	48 – б)	58 – д)	68 – б)	78 – а)	88 – а)	98 – д)
9 – а)	19 – а)	29 – а)	39 – а)	49 – а)	59 – г)	69 – а)	79 – а)	89 – д)	99 – а)
10 – а)	20 – а)	30 – г)	40 – д)	50 – а)	60 – в)	70-в),г)	80 – б)	90 – б)	100-г)

Рабочая программа цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», продолжительность 144 часа, составлена на основе образовательных стандартов послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии, - Москва, 2002 год; типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Стоматология хирургическая». - Москва, 2004 год; рабочей учебной программы клинической ординатуры по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», продолжительность обучения 3456 часов.-Уфа, 2008 год.

Составители: профессор Мингазов Г.Г., доцент Шестаков Ю.Н.

Рабочая программа рассмотрена на заседании методической комиссии кафедры (МКК) и рекомендована на рассмотрение МСС хирургических дисциплин. Протокол № от «__» октября 2010 г

Председатель, профессор
Секретарь: к.м.н., доц.

Мингазов Г.Г.
Шестаков Ю.Н.

Рабочая программа одобрена на МСС хирургических дисциплин и рекомендована на утверждение Координационному научно-методическому совету ИПО БГМУ (КНМС). Протокол № от «__» октября 2010 г

Председатель: д.м.н.профессор
Секретарь:

Хунафин С.Н.

Утверждена КНМС ИПО БГМУ. Протокол № от «__» _октября 2010 г

Председатель: д.м.н.профессор
Секретарь: д.м.н. профессор

Кунафин М.С.
Фаизова Л.П.

Утверждена Ученым советом ИПО БГМУ.

Протокол № от «__» октября 2010 г.

Председатель: д.м.н. профессор
Секретарь: д.м.н. профессор

Кунафин М.С.
Ширяева Г.П.

ВЫПИСКА

Из протокола № _____ от «__» октября 2010 г.

заседания методической комиссии кафедры (МКК) стоматологии и челюстно – лицевой хирургии ИПО БГМУ обсуждения рабочей программы цикла общего усовершенствования «Челюстно-лицевая хирургия», продолжительность обучения 144 часа.

Слушали: обсуждение рабочей программы цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08 , продолжительность обучения 144 часа. Рабочая программа составлена на основе образовательных стандартов послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии, - Москва, 2002 год; типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Стоматология хирургическая».- Москва, 2004 год; рабочей учебной программы клинической ординатуры по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность обучения 576 часов.-Уфа,2008 год.

Составитель: профессор Мингазов Г.Г.,доцент Шестаков Ю.Н.

На основании представленных материалов комиссия подтверждает, что:

1. рабочая программа цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия» (144 часа) шифр специальности 040126.08 подготовлена удовлетворительно с методической точки зрения;
2. содержание рабочей программы соответствует государственному образовательному стандарту послевузовской профессиональной подготовки специалистов по челюстно-лицевой хирургии;
3. требования к качеству информации, к стилю изложения и к оформлению выполнены;
4. учтены замечания рецензентов.

Решение: Рекомендовать МСС хирургических дисциплин ИПО БГМУ для одобрения.

Председатель: профессор
Секретарь: к.м.н., доц.

Мингазов Г.Г.
Шестаков Ю.Н.

ВЫПИСКА

Из протокола № _____ от «__» октября 2010 г.

заседания Методического совета специальностей хирургических дисциплин ИПО БГМУ

Слушали: обсуждение рабочей программы цикла тематического усовершенствования ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность обучения 144 часа. Рабочая программа составлена на основе образовательных стандартов послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии - Москва, 2002 год; типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Стоматология хирургическая».- Москва, 2004 год; рабочей учебной программы клинической ординатуры по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность обучения 576 часов. - Уфа, 2008 год.

Составитель: профессор Мингазов Г.Г., доцент Шестаков Ю.Н.

На основании представленных материалов МСС хирургических дисциплин подтверждает, что рабочая программа цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08 соответствует образовательному стандарту послевузовской профессиональной подготовки специалистов по челюстно-лицевой хирургии и требованиям к составлению рабочих программ послевузовской профессиональной подготовки специалистов.

Решение: Рекомендовать Координационному научно-методическому совету ИПО БГМУ для утверждения к использованию в учебном процессе.

Председатель: профессор

Хунафин С.Н.

Секретарь:

ВЫПИСКА

Из протокола № ____ от «____» _октября _2010 г.

заседания Координационного научно-методического совета ИПО БГМУ по утверждению рабочих программ послевузовской профессиональной подготовки специалистов.

Слушали: обсуждение рабочей программы цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность 144 часа. Рабочая программа составлена на основе государственных образовательных стандартов послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии - Москва, 2002 год; типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Челюстно - лицевая хирургия».- Москва, 2004 год; рабочей учебной программы клинической ординатуры «Челюстно-лицевая хирургия » шифр специальности 040126.08 продолжительность обучения 576 часов.-Уфа,2008 год.

Составитель: Мингазов Г.Г.,доцент Шестаков Ю.Н.

Решение: На основании выписки из протокола № __от «__»_октября_2010_г. заседания Методического совета специальностей хирургического профиля ИПО БГМУ, КНМС утверждает рабочую программу ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08 к использованию в учебном процессе.

Председатель: д.м.н. профессор

Кунафин М.С.

Секретарь: д.м.н. профессор

Фаизова Л.П.

ВЫПИСКА

Из протокола № _____ от «___» октября 2010 г.

Ученого совета ИПО БГМУ.

Слушали: обсуждение рабочей программы цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность обучения 144 часа. Рабочая программа составлена на основе государственных образовательных стандартов послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии - Москва, 2002 год; типовой программы дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Стоматология хирургическая».- Москва, 2004 год; рабочей учебной программы клинической ординатуры «Челюстно-лицевая хирургия», шифр специальности 040126.08, продолжительность обучения 576 часов.- Уфа, 2008 год.

Составитель: профессор Мингазов Г.Г., доцент Шестаков Ю.Н.

Решение: Ученый совет ИПО БГМУ утверждает рабочую программу цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия» (144 часа), шифр специальности 040126.08 к использованию в учебном процессе.

Председатель: д.м.н. профессор

Кунафин М.С.

Секретарь: д.м.н. профессор

Ширяева Г.П.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия»

по специальности «___Челюстно-лицевая хирургия___»

код 040126.08 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению врачей по специальности _Челюстно-лицевая хирургия код_040126.08_

Характеристика: рабочая программа цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия» предусматривает обучение слушателей: челюстно-лицевые хирурги (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по различным разделам челюстно-лицевой хирургии.

Продолжительность обучения 1 месяц (144 часа)- из них лекции 56 часов, практические занятия – 47 часов, семинарские занятия – 37 часов, экзамен – 6 часа. Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте. Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты, ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена самостоятельная работа с тестами, выполнение курсового проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ОУ по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»; требования к уровню освоения дисциплин цикла ОУ «Челюстно-лицевая хирургия»; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть челюстно-лицевой хирург и раздел манипуляций. В представленных разделах отражена подготовка по основным проблемам челюстно-лицевой хирургии: методы обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: диагностики и лечения врожденной патологии в челюстно-лицевой области, гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и травм, опухолей и опухолеподобных образований; онкологическая настороженность и другие. Также включены разделы детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, и в том числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии, медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к изучению.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	10	Нет
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	10	Нет
Требования к качеству информации 3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	Нет
4. Авторами использованы методы стандартизации.	9	Нет
5. Используются классификации и номенклатуры,	10	Нет

принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.		
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	9	Нет
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	10	Нет
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	9	Нет
9. Определения четки, доступны для понимания.	10	Нет
10. Однозначность употребления терминов.	10	Нет
11 . Соблюдены нормы современного русского языка.	10	Нет
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	10	Нет
Итого баллов	116	

Заключение:

Рабочая программа цикла ОУ по специальности «Челюстно-лицевая хирургия»
040126.08 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» октябрь _2010г.

Зав.кафедрой скорой помощи,
медицины катастроф с курсами
термической травмы и трансфузиологии
ИПО д.м.н. профессор

Хунафин С.Н.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ РЕЦЕНЗЕНТА

на рабочую программу цикла ПП «Стоматология детская»

по специальности «Стоматология детская»

код 040401.02 __, разработанную сотрудниками кафедры стоматологии и челюстно – лицевой хирургии Института последипломного образования ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет». Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Данная рабочая программа соответствует требованиям Госстандарта по обучению врачей по специальности _Стоматология детская код_040401.02_

Характеристика: рабочая программа цикла профессиональной переподготовки (ПП) «Стоматология детская» предусматривает обучение слушателей: зав. детскими стоматологическими отделениями, стоматологи детские, стоматологи любой стоматологической специальности (приказы №112, 705, 210, 415). Цель обучения на цикле: совершенствование теоретических и практических знаний курсантов по различным разделам стоматологии детской.

Продолжительность обучения 4 месяца (576 часов)- из них лекции 138 часов, практические занятия – 255 часов, семинарские занятия – 177 часов, экзамен – 6 часа. Режим занятий – 6 часов в день, очная форма обучения, стажировка на рабочем месте. Форма контроля – вступительная государственная аттестация, тестирование (тесты, ситуационные задачи); зачеты, итоговая государственная аттестация. Предусмотрена самостоятельная работа с тестами, выполнение дипломного проекта.

Программа состоит из разделов: цели и задачи цикла ПП врачей стоматологов детских; требования к уровню освоения дисциплин цикла ПП врачей стоматологов детских; представлены разделы дисциплины по модулям.

Представлены разделы перечня практических навыков, которыми должен владеть врач стоматолог детский и раздел манипуляций. В представленных разделах государственной итоговой аттестации отражена подготовка по основным проблемам стоматологии детской: организация стоматологической помощи детям, методы обследования, обезболивание и др. Особое внимание уделяется проблемам: профилактика стоматологических заболеваний в детском возрасте и основных стоматологических заболеваний (кариес и его осложнения, болезни пародонта и слизистой оболочки полости рта). Также включены разделы детской хирургической стоматологии, ортодонтии, и в том числе, подготовка по другим смежным специальностям. Находит отражение и фундаментальная подготовка по проблемам фармакологии, патологической физиологии, медицинской информатики, общественного здоровья, здравоохранения и страховой медицины. Представлена законодательно-нормативная база, литература, рекомендуемая к изучению.

Требования, определяющие качество учебно-методических материалов	Оценка выполнения требований в баллах (1-10)	Замечания
Общие требования 1. Содержание рабочей программы соответствует типовой программе для врачей факультета.	10	Нет
Требования к содержанию 2. Основные дидактические единицы соответствуют Типовому федеральному стандарту	10	Нет
Требования к качеству информации		Нет

3. Приведенные сведения точны, достоверны и обоснованы.	9	
4. Авторами использованы методы стандартизации.	9	Нет
5. Используются классификации и номенклатуры, принятые в последние годы (МКБ-10), международная система единиц СИ и др.	10	Нет
6. Методический уровень представления учебного материала высок, изложение содержания адаптировано к образовательным технологиям.	9	Нет
7. Соблюдены психолого-педагогические требования к трактовке излагаемого материала.	10	Нет
Требования к стилю изложения		
8. Изложение вопросов системно, последовательно, без излишних подробностей.	9	Нет
9. Определения четки, доступны для понимания.	10	Нет
10. Однозначность употребления терминов.	10	Нет
11. Соблюдены нормы современного русского языка.	10	Нет
Требования к оформлению		
12. Рабочая программа оформлена аккуратно, в едином стиле.	10	Нет
Итого баллов	116	

Закключение:

Рабочая программа ПП «Стоматология детская» по специальности «Стоматология детская» 040401.02 одобрена и рекомендована к использованию в учебном процессе.

«__» октябрь _2010г.

Зав. кафедрой
поликлинической медицины ИПО
д.м.н. профессор

Волевач Л.В.