

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ИНСТИТУТ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СТОМАТОЛОГИИ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ



Ректор

В.Н.Павлов

2013 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

цикла тематического усовершенствования ТУ₁₀

«Стоматология хирургическая»

по специальности: стоматология хирургическая – 040401.05

Форма обучения: с отрывом от работы

Лекции	38 часов
Практические занятия	76 часа
Семинарские занятия	24 часов
Самостоятельная внеаудиторная работа	6 часов
Экзамен	6 часов
Всего	144 часа (4 кредитные ед.)

Категория слушателей: хирурги – стоматологи поликлиник, врачи – стоматологи, заведующие стоматологическими кабинетами и отделениями

Уфа – 2013 г.

При разработке рабочей программы цикла ТУ₁₀ « Стоматология хирургическая», продолжительностью 144 часа, в основу положены: на основе образовательного стандарта послевузовской профессиональной подготовки специалистов по хирургической стоматологии - Москва, 2002 год, типовой программы дополнительного профессионального образования врачей - Москва, год.

- Федеральный закон от 29.декабря 2012г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"
- Приказ Минобразования РФ от 18 июня 1997 г. N 1221 «Об утверждении требований к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ»
- ГОС послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по специальности «Стоматология хирургическая» , утвержденный УМО медицинских и фармацевтических вузов РФ в 2002 г.
- типовая программа дополнительного профессионального образования врачей по специальности «Стоматология хирургическая», утвержденная в 2004 г..

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры стоматологии общей практики ИПО БГМУ. Протокол №__ от _____ 2013 года.

Заведующий кафедрой д.м.н. _____ Р.Т. Буляков

Рабочая программа одобрена Ученым Советом ИПО «БГМУ» протокол № __ от _____

Председатель, д.м.н. профессор _____ В.В. Викторов

Разработчики:

Зав. кафедрой стоматологии общей практики
ГБОУ ВПО БГМУ МЗ РФ _____ д.м.н. Р.Т. Буляков,

доц. кафедры стоматологии _____ к.м.н. Э.И.Галиева,
общей практики

доц. кафедры стоматологии _____ к.м.н. Г.А. Салыхова,
общей практики

доц. кафедры стоматологии _____ к.м.н. М.И. Гумерова.
общей практики

Рецензенты:

Зав. кафедрой терапевтической, детской стоматологии и ортодонтии ГБОУ ДПО КГМА
МЗ РФ д.м.н., проф. А.В.Анохина

Зав. кафедрой стоматологии ФПК и профессиональной переподготовки специалистов
ГБОУ ВПО «Пермская государственная академия им. Е.А.Вагнера, д.м.н., профессор
Л.Е.Леонова

СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ
 тематического усовершенствования специалистов по специальности: «*Стоматология хирургическая*»

№ п/п	Наименование	Стр.
1	Пояснительная записка	5
2	Раздел 1. Цели и задачи профессиональной переподготовки, общего усовершенствования, тематического усовершенствования специалистов по « <i>стоматологии хирургической</i> »	5
3	1.1. Актуальность и предпосылки создания рабочей программы по циклу тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	5
4	1.2. Цель и задачи обучения цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	6
5	1.3. Трудоемкость цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	6
6	1.4. Место <i>наименование</i> цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	6
4	1.5. Квалификационные требования к специалисту врачу-«стоматологу-хирургу»	7
5	1.5.1. Профессиональные компетенции врача-специалиста по хирургической стоматологии	7
6	1.5.2. Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста по хирургической стоматологии	9
7	1.5.3. Связь с другими дисциплинами (базовые)	21
8	Раздел 2. Содержание, структура и объем цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	26
9	2.1. Учебный план	26
10	2.2. Учебно-тематический план	27
11	2.3. Тематический план лекций	28
12	2.4. Тематический план практических занятий	31
13	2.5. Тематический план семинарских занятий	34
14	2.6. Требования к самостоятельной работе слушателей	36
15	Раздел 3. Учебно-методическое и информационное обеспечение цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	39
16	3.1. Рекомендуемая литература (основная и дополнительная)	39
17	3.2. Учебно-наглядные пособия	45
18	3.3. Перечень учебных пособий, монографий, методических разработок методических указаний изданных сотрудниками кафедры	46
19	3.4. Материально-техническое обеспечение цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	47
20	3.5. Программное обеспечение и Интернет-ресурсы	48
21	Раздел 4. Методические рекомендации по изучению цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	51
22	Раздел 5. Результаты изучения цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	51

23	Раздел 6. Методы контроля и учета результатов усвоения цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	54
24	6.1. Тестовый контроль по специальности	54
25	6.2. Требования к итоговой аттестации цикла тематического усовершенствования « <i>Стоматология хирургическая</i> »	56
26	6.2.1. Экзамен	56
27	6.2.2. Определение практических навыков специалистов	60
28	6.2.3. Заключительное собеседование	61

Пояснительная записка

Рабочая программа «Стоматология хирургическая» предназначена для общего усовершенствования врачей по специальности 040401.05 «Стоматология хирургическая». Является учебно-методическим нормативным документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы последипломного образования.

Программа построена по блочной системе, где каждый блок является разделом дисциплины. Раздел дисциплины разбит на темы. Каждая тема состоит из элементов. Элемент представляет собой конкретный профессиональный теоретический вопрос или профессиональный навык, узкопрофессиональную информацию.

Для ориентировки в рабочей программе разделы дисциплины, темы и элементы закодированы. На первом месте ставится код раздела дисциплины, на втором – код темы, далее – код элемента. Обучение курсантов охватывает весь объем теоретических знаний и практических навыков, необходимых врачу по избранной специальности. При планировании проведения курса обучения обязательным является выявление базисных знаний и навыков слушателей перед началом обучения. В процессе обучения проводится этапный (рубежный) контроль в виде тестирования и собеседования. Заключительный экзамен проводится по окончании курса обучения, при этом используются оценка практических навыков и умений, тестовый контроль, собеседование.

На цикл тематического усовершенствования «Стоматология хирургическая» принимаются врачи-стоматологи, заведующие стоматологическими кабинетами и отделениями. Учебные планы цикла тематического усовершенствования «Стоматология хирургическая» определяют контингент слушателей, длительность их обучения, целевую установку цикла, распределение часов, отведенных на теоретическое и практическое изучение разделов учебной программы.

РАЗДЕЛ 1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОБУЧЕНИЯ

ТЕМАТИЧЕСКОЕ УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ

«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»

1.1. Актуальность и предпосылки создания программы по тематическому усовершенствованию «Стоматология хирургическая»

Цель дополнительного образования врачей хирургов-стоматологов - совершенствование профессиональных навыков, приобретение новых теоретических знаний, освоение вопросов организации стоматологической помощи. Усовершенствование призвано обеспечить знание новых теоретических представлений об этиологии и патогенезе болезней, развитие клинического мышления, умение широко использовать современные методы дифференциальной диагностики, лечения и профилактики хирургических стоматологических заболеваний.

Рабочая программа является учебно-методическим нормативным документом, определяющим содержание и организационно-методические формы дополнительного профессионального образования врачей хирургов-стоматологов.

1.2. Цель и задачи тематического усовершенствования «стоматология хирургическая»

Целью тематического усовершенствования «стоматология хирургическая» является совершенствование знаний и практических навыков хирургов – стоматологов в разделах диагностики, клинического течения, методов лечения и профилактики воспалительных, онкологических заболеваний и повреждений челюстно – лицевой области. На цикл зачисляются врачи стоматологи, работающие в хирургических отделениях поликлиник для взрослых и детей.

Основной задачей является изучение разделов и овладение методами неотложной челюстно – лицевой хирургии: диагностики и лечения больных с воспалительными заболеваниями и повреждениями тканей челюстно – лицевой области. Особое внимание уделяется диагностике и лечению так называемых предопухолевых состояний, ранней диагностике и комплексному лечению онкологических заболеваний. Курсанты знакомятся с современными методами амбулаторной хирургии, с новейшими достижениями в области диагностики стоматологических заболеваний и лечения челюстно – лицевых больных.

Задачей лекционной части курса является изложение вопросов этиологии, патогенеза, диагностики, профилактики и лечения больных с воспалительными и онкологическими заболеваниями и повреждениями тканей челюстно – лицевой области, а также вопросов, касающихся основных методов восстановительной хирургии. Лекционный курс читается в клиническом аспекте.

Задачей практической части курса является: освоение методики обследования больных с различными заболеваниями и повреждениями челюстно – лицевой области, выполнение небольших по объему оперативных вмешательств, проведение которых возможно в поликлинических условиях; ознакомление с методикой проведения основных плановых, оперативных вмешательств в челюстно – лицевой области.

Практические занятия проводятся в челюстно – лицевых отделениях стационаров для детей и взрослых и поликлинических базах.

Основными видами учебных занятий являются проблемные лекции, практические занятия, семинары; участия в обходе клиники.

1.3. Трудоемкость цикла ТУ специалистов «Стоматология хирургическая» составляет 144 часа, из них 132 часов аудиторных занятий, 6 часов самостоятельной работы и 6 часов – экзамен.

1.4. Место цикла ТУ «Стоматология хирургическая» в структуре дополнительного профессионального образования:

Специалист хирург - стоматолог – врач с высшим медицинским образованием, имеет юридическое право оказывать специализированную стоматологическую помощь населению Российской Федерации.

На должность специалиста хирурга - стоматолога назначается специалист, освоивший программу подготовки в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и получивший сертификат.

Подготовка специалиста хирурга - стоматолога осуществляется в медицинских вузах на факультетах последипломного профессионального образования и клинических медицинских учреждениях по специальной учебной программе.

Специалист хирург - стоматолог оказывает помощь: индивидуально или совместно с другими врачами в государственных медицинских учреждениях (стоматологическая поликлиника, стоматологическое отделение поликлиники, стоматологический кабинет поликлиники или стационара общего профиля); может работать по контракту (договору) с государственными муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Специалист хирург - стоматолог осуществляет самостоятельный амбулаторный прием, проводит комплекс необходимых профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

1.5.Квалификационные требования, предъявляемые к врачу стоматологу - хирургу

Хирург – стоматолог обязан владеть общеврачебными манипуляциями, уметь оказать первую врачебную помощь при неотложных состояниях, владеть методами формирования здорового образа жизни, соблюдать требования врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

1.5.1. Профессиональные компетенции врача-специалиста по стоматологии хирургической

Врач-специалист стоматолог - хирург должен обладать **общекультурными (ОК) и профессиональными компетенциями (ПК):**

Общекультурные компетенции характеризуются:

- способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах своей профессиональной деятельности;
- способностью и готовностью к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к осуществлению воспитательной и педагогической деятельности, к сотрудничеству и разрешению конфликтов;
- способностью и готовностью использовать методы управления, организовывать работу исполнителей, находить и принимать ответственные управленческие решения в условиях различных мнений и в рамках своей профессиональной компетенции;
- способностью и готовностью осуществлять свою деятельность с учетом принятых в обществе моральных и правовых норм, соблюдать правила врачебной этики, законы и нормативные правовые акты по работе с конфиденциальной информацией, сохранять врачебную тайну.

Профессиональные компетенции характеризуются:

в диагностической деятельности:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования;

- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов;
- способностью и готовностью выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при различных заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ);
- способностью и готовностью выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний в конкретной группе заболеваний;

в лечебной деятельности:

- основной обязанностью является оказание хирургической стоматологической помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом;
- оптимизация работы онкологической службы со структурами, занимающимися оказанием медицинской помощи при различных заболеваниях в общей лечебной сети
- знание принципов и методов обезболивания

в реабилитационной деятельности:

- способностью и готовностью применять различные реабилитационные мероприятия (медицинские, социальные, психологические) при наиболее распространенных патологических состояниях и повреждениях организма;
- способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима в период реабилитации хирургических стоматологических больных;

в профилактической деятельности:

- осуществление профилактической работы, направленной на выявление ранних форм заболеваний и факторов риска развития патологии;
- проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;
- консультация и госпитализация больных в установленном порядке;

в организационно-управленческой деятельности:

- владение основами законодательства по организации стоматологической помощи; знание структуры стоматологической службы и основных принципов здравоохранения, прав, обязанностей, ответственности; владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами;

- знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии;
- проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам.

1.5.2. Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста по хирургической стоматологии

1.5.2.1. Общие знания

- основной обязанностью является оказание хирургической стоматологической помощи в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученным сертификатом;
- осуществление профилактической работы;
- проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;
- консультация и госпитализация больных в установленном порядке;
- проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больных листов» и направления на СЭК;
- ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;
- владение основами законодательства по организации хирургической стоматологической помощи; знание структуры хирургической стоматологической службы и основных принципов здравоохранения, прав, обязанностей, ответственности; владение планированием и анализом своей работы, принципами сотрудничества с другими специалистами и службами;
- знание и соблюдение принципов врачебной этики и деонтологии;
- освоение следующих видов деятельности хирургической стоматологической и в соответствии с их персональными задачами:
- профилактика, диагностика и лечение патологии; реабилитация хирургической стоматологической больных;
- выполнение типичных операций и манипуляций;
- организационная работа.

1.5.2.2. Специальные знания

- знание основ юридического права в стоматологии
- знание основ законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения
- знание организации помощи в хирургической стоматологической Российской Федерации
- медицинское страхование
- знание основ врачебно-трудовой экспертизы в хирургической стоматологической практике
- знание показателей и структуры заболеваемости в Российской Федерации, регионе, своем ЛПУ, мероприятия по снижению вышеуказанных показателей
- знание клинической симптоматики доброкачественных, злокачественных новообразований, их диагностика, принципы первичной профилактики, ранней диагностики и лечения
- знание клинической симптоматики хирургических стоматологических заболеваний, диагностика и лечение
- знание физиологии и патологии гемостаза, коррекция нарушений
- знание общих и специальных методов исследования в стоматологии
- умение сформулировать диагноз с учетом данных клинико-инструментального обследования в соответствии с требованиями классификации МКБ
- организация и проведение диспансеризации хирургических стоматологических больных

- знание основ информатики, вычислительной техники, медицинской кибернетики и области их применения
- знание общих принципов статистических методов обработки медицинской документации, ведение отчетной документации
- знание принципов организации, задач службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны, их учреждения, формирования, органы управления и оснащения, принципов организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях
- основные принципы и способы защиты населения при катастрофах
- знание основ медицинской психологии.

1.5.2.3. Общие умения

общеклинические навыки в процессе курации стоматологических больных

- сбор жалоб, анамнеза
- общее клиническое обследование больного
- осмотр кожных покровов и слизистых оболочек
- пальпация периферических лимфатических узлов, органов головы, шеи,
- диагностические навыки
- владение методикой забора на цитологическое исследование мазков-отпечатков
- владение методикой забора мазков на цитологическое исследование
- определение группы крови, проведение пробы на индивидуальную и биологическую совместимость крови донора и реципиента
- правильный выбор и оценка методов исследования
- знание семиотики основных инструментальных методов обследования (рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического)
- интерпретация данных рентгенологического (КТ, сцинтиграфии), радионуклидного, эндоскопического, морфологического, лабораторного и других методов исследований
- оценка клинических анализов крови, мочи, биохимического анализа крови,
- составление плана лечения, сформулировать тактику дальнейшего диспансерного наблюдения.

1.5.2.4. Специальные умения

Врач-стоматолог-хирург должен иметь знания, умения и практические навыки для выполнения следующих профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий:

- проводить врачебное обследование и оценивать данные физического исследования больного;
- составлять план лабораторного, функционального, инструментального обследования;
- давать клиническую оценку результатов лабораторных, лучевых, электрофизиологических, эндоскопических и других распространенных в клинической практике диагностических методов исследования;
- формулировать в своих заключениях диагностическое решение (предварительный или клинический диагноз) в соответствии с требованиями МКБ – 10;
- владеть принципами и методами профилактики и лечения наиболее распространенных стоматологических заболеваний, а также реабилитации больных.

Врач-стоматолог-хирург должен проводить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия в объеме квалифицированной хирургической помощи при лечении распространенных у взрослых и детей воспалительных, дистрофических,

диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических заболеваний и травм челюстно-лицевой области.

В области профилактики стоматологических заболеваний врач-стоматолог-хирург должен знать:

- определение понятия «здоровья», его структуру и содержание, закономерности формирования здорового образа жизни;
- определение понятия «профилактика», медицинская профилактика», «предболезнь» и «болезнь»;
- факторы риска возникновения распространенных стоматологических заболеваний;
- виды профилактических мероприятий;
- теоретические основы рационального питания;
- принципы лечебно-профилактического питания;
- принципы профилактики алкоголизма, табакокурения, наркоманий и токсикоманий;
- перечень средств, используемых для индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта;
- принципы индивидуальной и профессиональной гигиены полости рта при подготовке пациента в дооперационном и послеоперационном периодах;
- комплекс мероприятий по гигиеническому уходу за полостью рта в до- и послеоперационном периодах.

Уметь:

- применять принципы санологии и профилактической медицины при проведении оздоровительных и профилактических мероприятий;
- обучить пациента ежедневному уходу за полостью рта в послеоперационном периоде;
- дать рекомендации по уходу за полостью рта при шинировании челюстей;
- обучить пациента пользоваться индивидуальными средствами гигиены полости рта при уходе за дентальными имплантатами;
- осуществить профессиональную гигиену полости рта в до - и послеоперационном периодах.

- 1.5.2.4. Общеврачебные навыки и манипуляции

- сбор жалоб, анамнеза
- объективное исследование больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария
- знание семиотики основных инструментальных методов обследования
- формулировка и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющих у больного: оценка степени их тяжести и экстренности лечения
- составление плана обследования больного
- составление плана лечения больного с учетом окончательного диагноза
- оценка клинических анализов крови, мочи, биохимического анализа крови,
- выписка рецептов на основные медикаменты
- венепункция и венесекция периферических вен
- катетеризация мочевого пузыря
- определение группы крови, проведение пробы на индивидуальную и биологическую совместимость крови донора и реципиента
- зондирование и промывание желудка
- наложение повязок
- вскрытие абсцессов и флегмон мягких тканей.

-

1.5.2.4. Манипуляции и практические навыки

- владение методикой забора на цитологическое исследование мазков-отпечатков

- владение методикой тонкоигольной диагностической пункционной биопсии образований мягких тканей
- правильный выбор и оценка методов исследования
- знание семиотики основных инструментальных методов обследования (рентгенологического, ультразвукового, эндоскопического)
- интерпретация данных морфологического, лабораторного и других методов исследований
- оценка клинических анализов крови, мочи, биохимического анализа крови,
- составление плана лечения, сформулировать тактику дальнейшего диспансерного наблюдения
- формулировка и обоснование диагноза

Уметь выполнять хирургические манипуляции (оперативные вмешательства):

- забор экссудата из раны для бактериологического исследования,
- цитологическую биопсию методом пункции или соскоба,
- биопсию,
- неинъекционные методы анестезии,
- интралигаментарную анестезию,
- инфильтрационную анестезию,
- проводниковую анестезию на верхней челюсти,
- проводниковую анестезию на нижней челюсти,
- стволковую анестезию,
- удаление различных групп зубов на верхней и нижней челюстях,
- удаление ретинированных и дистопированных зубов,
- ревизию лунки при альвеолите,
- остановку луночковых кровотечений,
- удаление секвестров при остеомиелите лунки зуба,
- рассечение или иссечение слизистой оболочки (капюшона) при перекороните,
- пластическое устранение ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи,
- резекцию верхушки корня зуба,
- гемисекцию зуба,
- ампутацию корня зуба,
- вскрытие субпериостальных абсцессов,
- вскрытие поверхностных и глубоких абсцессов мягких тканей,
- проведение блокад при воспалительных инфильтратах,
- бужирование протоков слюнных желез,
- удаление камней из протоков слюнных желез,
- пункцию верхнечелюстной пазухи,
- открытый кюретаж патологических зубодесневых карманов,
- лоскутную операцию,
- гингивотомию,
- гингивэктомию,
- первичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области,
- вправление вывиха нижней челюсти,
- изготовление и наложение проволочных шин - гладких, с распорочным изгибом, с зацепными петлями,
- наложение стандартных проволочных шин, шин лабораторного типа,
- цистотомию,
- цистэктомию,
- удаление ретенционных кист малых слюнных желез,
- удаление эпидермальных кист,

- удаление доброкачественных опухолей мягких тканей лица,
- удаление эпюлисов,
- пластическое удлинение укороченных уздечек губ, языка,
- пластическое углубление мелкого преддверия рта на протяжении 4-5 зубов,
- секвестрэктомию при хронических остеомиелитах различного генеза,
- вскрытие флегмон,
- вскрытие фурункулов и карбункулов лица и шеи,
- удаление ранулы - кисты подъязычной слюнной железы,
- пластику протоков околоушных слюнных желез,
- иссечение свищей слюнных желез,
- удаление поднижнечелюстной слюнной железы,
- верхнечелюстную синусотомию с пластическим устранением свищевого хода,
- оперативный остеосинтез нижней челюсти,
- репозицию и фиксацию скуловой кости и дуги,
- репозицию и фиксацию фрагментов при переломах костей носа,
- перевязку наружной сонной артерии,
- ороназальную цистотомию,
- ороназальную цистэктомию,
- удаление фиброматозных разрастаний, сосудистых новообразований небольшого размера,
- удаление невусов лица и шеи,
- пластику встречными треугольными лоскутами,
- удаление врожденных кист и свищей - бранхиогенных, срединных, дермоидных.

Врача-стоматолог-хирург для проведения мероприятий неотложной медицинской помощи должен иметь знания, умения и практические навыки по оказанию неотложной медицинской помощи в объеме первой врачебной помощи больным на догоспитальном этапе при следующих неотложных состояниях:

- шок (травматический, геморрагический, кардиогенный, анафилактический, токсический и др.);
- обморок;
- коллапс;
- кома (гипогликемическая, гипергликемическая, мозговая, печеночная, почечная, неясной этиологии);
- острая дыхательная недостаточность;
- отек гортани, ложный круп;
- астматический статус;
- открытый, закрытый, клапанный пневмоторакс;
- гипертонический криз;
- стенокардия;
- инфаркт миокарда;
- печеночная колика;
- почечная колика;
- кровотечения наружные, внутренние;
- острая задержка мочи;
- закрытая черепно-мозговая травма (сотрясение, ушиб, сдавление головного мозга);
- острый живот;
- острые нарушения мозгового кровообращения;
- отек легких;
- судорожные состояния, эпилептический статус;
- алкогольный делирий;

- психомоторное возбуждение;
- химические и термические ожоги, отморожения;
- поражение электрическим током, молнией, тепловой и солнечный удары;
- отравления;
- утопление, удушье;
- тиреотоксический криз;
- переломы костей, вывихи, ушибы, раны, растяжения;
- первичная реакция при острой лучевой болезни;
- клиническая смерть.

Владеть:

Врач-стоматолог-хирург *для проведения манипуляций первой медицинской помощи выполняет практические навыки:*

- техническая сложность манипуляции: чем сложнее манипуляция, тем больше необходимо провести учебных занятий для приобретения навыков, достаточных для самостоятельной профессиональной деятельности;
- актуальность данной манипуляции для практической деятельности врача-стоматолога-хирурга – чем чаще применяется манипуляция в стоматологической хирургической практике, тем совершеннее должен быть практический навык по ее выполнению;
- число учебных часов, выделяемых на приобретение навыков выполнения манипуляции, лимитировано планом учебно-тематического цикла специализации врачей по стоматологии хирургической.

Врач – стоматолог – хирург выполняет манипуляции первой медицинской помощи *общего назначения:*

- все виды инъекций (подкожных, внутримышечных и внутривенных инъекций);
- определение группы крови, резус-фактора экспресс-методом, индивидуальной и биологической совместимости крови;
- определение годности крови к переливанию, гемотрансфузия, введение сывороток;
- капельное и струйное переливание лекарств и кровезаменителей;
- остановка наружного кровотечения;
- анализ крови на гемоглобин, гематокрит, лейкоциты, СОЭ;
- приготовление мазков, материала для цитологического, бактериологического исследования;
- катетеризация мочевого пузыря;
- промывание желудка.

Врач – стоматолог – хирург выполняет манипуляции первой медицинской помощи, *применяемые при неотложных состояниях:*

- методы очистки верхних дыхательных путей при аспирации;
- искусственная вентиляция легких “рот в рот”, мешком Амбу;
- непрямой массаж сердца;
- дефибрилляция;
- трахео- или коникотомия, трахеостомия;

Врач – стоматолог – хирург должен приобрести знания, умения и практические навыки проведения следующих *организационных мероприятий:*

- пропаганды медицинских знаний, здорового образа жизни, рационального питания;
- гигиенического обучения и воспитания различных групп населения;

- формирование структуры, оснащения, и организации работы хирургического стоматологического кабинета, отделения поликлиники и стационара;
- по организации работы ординатора, заведующего хирургическим стоматологическим кабинетом, отделением поликлиники, стационара;
- по организации работы скорой и неотложной помощи взрослому и детскому населению;
- по организации работы среднего и младшего медицинского персонала;
- по обеспечению техники безопасности при работе с аппаратурой;
- по организации консультативной помощи;
- по вопросам экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности;
- по организации диспансерного наблюдения стоматологических больных;
- по ведению учетно-отчетной медицинской документации;
- по вопросам организации и деятельности медицинской службы в экстремальных ситуациях, при стихийных бедствиях и в условиях ведения боевых действий.

Врач – стоматолог – хирург *по фундаментальной медицине* приобретает следующие знания, умения и практические навыки по фундаментальной медицине.

Знать:

- закономерности функционирования организма и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем;
- сущность методик исследования различных функций человека для оценки состояния его здоровья;
- основные закономерности и роли причин, условий и реактивности организма в возникновении заболеваний;
- общие закономерности патогенеза и морфогенеза, а также основные аспекты учения о болезни;
- причины, механизмы развития и проявления патологических процессов, лежащих в основе различных заболеваний;
- этиологию, патогенез и патоморфологию, ведущие проявления, исходы наиболее важных воспалительных, деструктивных, иммуннопатологических, опухолевых и других болезней;
- методологические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных стоматологических заболеваний человека.

Уметь:

- оценивать и объяснять основные закономерности формирования и регуляции физиологических функций человека в процессе его жизнедеятельности;
- оценивать и объяснять возрастные особенности организма человека и его функциональных систем;
- ориентироваться в общих вопросах нозологии, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
- представлять роль патологических процессов в развитии различных по этиологии и патогенезу заболеваний;
- использовать теоретические основы лекарственных и нелекарственных методов профилактики и лечения распространенных заболеваний человека.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по *общественному здоровью и здравоохранению*.

Знать:

- основные положения законодательных актов, регламентирующих реформы управления и финансирования здравоохранения, введение медицинского страхования граждан;
- основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности;
- правовые вопросы деятельности врачей, среднего и младшего медицинского персонала в стоматологических учреждениях;
- квалификационные требования к врачу-стоматологу-хирургу, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосударственных лечебно-профилактических учреждениях и страховых компаниях.

Уметь:

- организовать лечебно-диагностический процесс и проведение профилактических мероприятий в хирургическом стоматологическом кабинете, отделении поликлиники и стационара;
- формировать здоровый образ жизни, проводить экспертизу временной и стойкой нетрудоспособности пациентов, соблюдать правила врачебной этики и медицинской деонтологии.

Приобрести практические навыки *управления хирургической стоматологической практикой*:

- составления трудового договора (контракта) с государственными и негосударственными медицинскими учреждениями, муниципальными органами управления, страховыми медицинскими организациями, заявки для получения лицензии на осуществление вида медицинской деятельности;
- подготовки необходимой документации в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории по специальности “врач-стоматолог-хирург”;
- организации повседневной работы врача-стоматолога-хирурга и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки оказания первой врачебной помощи при *чрезвычайных ситуациях*.

Знать:

- принципы организации и задачи службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны, их учреждения, формирования, органы управления и оснащение;
- медико-тактическую характеристику очагов поражения различных видов;
- принципы организации лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях (этапность и требования к оказанию медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации);
- организацию и объем первой врачебной помощи пострадавшим, поступающим из очага катастрофы;
- основные принципы и способы защиты населения при катастрофах;

Уметь:

- оказать первую врачебную помощь в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших и больных из очага катастрофы;
- проводить основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в условиях чрезвычайных ситуаций;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;

Врач – стоматолог – хирург должен иметь следующие знания, умения и практические навыки по *клинической психологии*.

Знать:

- определение понятий “психология”, “клиническая психология”, “психология больного человека”, “психология стареющего человека”, “психология одинокого человека”;
- психические свойства личности;
- особенности психических процессов у здорового и больного человека;
- определение понятия “психогенные болезни”, роль психологических факторов в предупреждении возникновения и развития заболеваний.
- основы психогигиены, психопрофилактики и психотерапии.

Уметь:

- применять общие принципы и методы клинической психологии при оказании хирургической стоматологической помощи взрослым и детям в условиях профессиональной деятельности врача-стоматолога-хирурга;
- использовать вербальные и невербальные средства общения в психотерапевтических целях.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по *медицинской деонтологии*.

Знать:

- определения понятий “этика”, “деонтология”, “медицинская деонтология”;
- элементы медицинской деонтологии;
- морально-этические нормы поведения медицинского работника;
- требования медицинской деонтологии к организации работы врача-стоматолога-хирурга;
- определение понятия “ятрогенные заболевания”;
- риск возникновения ятрогенных заболеваний у лиц разного возраста, пола, образования;
- факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний;
- характер клинических проявлений ятрогенных заболеваний;
- прогноз ятрогенных заболеваний.

Уметь:

- применять правила врачебной этики и нормы медицинской деонтологии при проведении оздоровительных, профилактических и лечебно-диагностических мероприятий.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по *медицинской информатике*.

Знать:

- основы информатики, вычислительной техники;
- системы информационного и коммуникационного обеспечения профессиональной деятельности;
- общие принципы статистических методов обработки медицинской информации;
- общую структуру и функциональные возможности персональных компьютеров.

Уметь:

- использовать персональный компьютер для создания базы данных о пациентах, нормативных документов и составления статистических отчетов;
- пользоваться компьютерными программами, созданными для информационно-справочной поддержки деятельности врача-стоматолога-хирурга.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по *применению лекарственных и нелекарственных методов лечения распространенных стоматологических заболеваний.*

Знать:

- основы клинической фармакологии, фармакокинетики и принципы фармакотерапии наиболее часто встречающихся стоматологических заболеваний;
- принципы диетотерапии, психотерапии, лечебной физкультуры и физиотерапии при лечении распространённых стоматологических заболеваний взрослых и детей;
- основы реанимации и интенсивной терапии, патофизиологию угасания жизненных функций организма, показания к проведению реанимации;
- медицинские, юридические и социальные аспекты вопроса о прекращении мероприятий по оживлению организма.

Уметь:

- определить показания и противопоказания к назначению лекарственных средств в объеме квалифицированной или специализированной стоматологической помощи при распространённых стоматологических заболеваниях у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению диеты при распространённых стоматологических заболеваниях у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к применению лечебной физкультуры, комплекса реабилитационных мероприятий при лечении распространённых стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к назначению физиотерапевтических процедур при лечении распространённых стоматологических заболеваний у взрослых и детей;
- определить показания и противопоказания к проведению реанимационных мероприятий;
- применить неинструментальные и инструментальные методы восстановления проходимости дыхательных путей и провести непрямой массаж сердца.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по профилактике, диагностике и лечению *хирургических стоматологических заболеваний.*

Знать:

- организацию хирургической стоматологической помощи населению;
- современные теории этиологии и патогенеза воспалительных, дистрофических, диспластических, неопластических, дисэмбриогенетических стоматологических заболеваний и травм челюстно-лицевой области у взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- особенности современного проявления клиники и течения хирургических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- современные принципы терапии хирургических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста.

Уметь:

- организовать профилактику хирургических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику по клиническим симптомам и синдромам, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к оперативному вмешательству;
- определить объём предоперационной подготовки с учётом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- оценить объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания, объём возможной кровопотери, определить необходимость и методы её коррекции;
- определить наиболее целесообразную методику хирургического вмешательства и выполнить её в необходимом объёме;
- организовать адекватное послеоперационное лечение больного;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
- организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями.

Уметь осуществлять профилактические, диагностические и лечебные мероприятия при следующих заболеваниях:

Воспалительные заболевания:

- острый и хронический периодонтит;
- острый гнойный периостит;
- одонтогенный, травматический и гематогенный остеомиелит;
- перикоронит;
- альвеолит;
- постлучевой остеорадионекроз;
- абсцессы челюстно-лицевой области различной этиологии и локализации;
- флегмоны челюстно-лицевой области различной этиологии и локализации;
- одонтогенный верхнечелюстной синусит с ороантральным свищем и без такового;
- фурункулы и карбункулы лица;

Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

- актиномикоз, туберкулёз, сифилис;
- лимфадениты различной этиологии и локализации.

Травмы челюстно-лицевой области:

- вывихи нижней челюсти: острые и привычные;
- вывихи зубов: полные и неполные, вколоченные;
- переломы зубов;
- переломы альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти;
- переломы верхней и нижней челюстей;
- переломы скуловых костей и дуг;
- переломы костей носа;
- огнестрельные ранения мягких и костной тканей лица, шеи и полости рта различной этиологии;
- термические поражения: ожог, отморожение, электротравма лица;
- сочетанные и комбинированные повреждения.

Осложнения, возникающие в процессе лечения воспалительных заболеваний и травм челюстно-лицевой области:

- кровотечения: луночковые, костные, из мягких тканей;
- перфорация верхнечелюстной пазухи с попаданием корня удалённого зуба в верхнечелюстную пазуху и без такового;
- инородные тела тканей челюстно-лицевой области различной локализации и этиологии;
- тромбоз челюстно-лицевой области;

Заболевания и повреждения слюнных желёз:

- атрофия слюнной железы;
- гипертрофия слюнной железы;
- острый сиаденит различной этиологии и локализации;
- сиаденит хронический (паренхиматозный, интерстициальный, протоковый);
- абсцесс слюнной железы;
- свищ слюнной железы;
- слюннокаменная болезнь;
- мукоцеле слюнной железы;
- нарушение секреции слюнных желёз (гиперсаливация - птиализм, гипосаливация - олигоптиализм, ксеростомия);
- доброкачественное лимфоэпителиальное поражение слюнной железы;
- болезнь Микулича, синдром и болезнь Шегрена;
- некротизирующая сиалометаплазия;
- сиалектазия;
- стеноз слюнного протока;
- травмы слюнной железы.

Заболевания пародонта:

- пародонтальный абсцесс;
- периодонтальный абсцесс;
- хронический пародонтит;
- пародонтоз.

Ретенированные и дистопированные (импактные) зубы.

Затрудненное прорезывание зубов мудрости:

- острый перикоронит;
- хронический перикоронит.

Заболевания височно – нижнечелюстного сустава:

- синдром Костена;
- разболтанность височно-нижнечелюстного сустава;
- “щёлкающая” челюсть;
- синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава;
- острый и хронический артрит;
- артроз;
- анкилоз;
- контрактуры нижней челюсти воспалительного генеза;
- контрактуры нижней челюсти: мукогенные, дерматогенные, миогенные.

Неврологические заболевания челюстно-лицевой области:

- невралгия ветвей тройничного нерва;
- невропатия ветвей тройничного нерва;
- неврит ветвей лицевого нерва;
- миофасциальный синдром болевой дисфункции;
- вегеталгия;
- глоссалгия;

- ганглионевриты;
- прочие прозопалгии.

Кисты челюстных костей одонтогенные и неодонтогенные.

Ретенционные кисты слюнных и слюнных желез.

Новообразования челюстно-лицевой области:

- врождённые кисты и свищи челюстно-лицевой области и шеи;
- доброкачественные опухоли кожи;
- доброкачественные опухоли мягких тканей;
- лимфангиомы, гемангиомы, нейрофиброматоз, гамартомы;
- доброкачественные опухоли слюнных желез;
- доброкачественные костные опухоли одонтогенного и неодонтогенного происхождения;
- врождённые и приобретённые диспластические поражения челюстных костей;
- фоновые заболевания и предрак слизистой оболочки полости рта, кожи и красной каймы губ (лейкоплакия, красный плоский лишай, декубитальная язва и др.);
- злокачественные опухоли кожи;
- злокачественные опухоли мягких тканей эпителиального происхождения;
- злокачественные опухоли челюстных костей эпителиального происхождения (первичные и вторичные);
- злокачественные опухоли слюнных желез;
- злокачественные опухоли мягких тканей и костей неэпителиального происхождения;

Врожденные и приобретенные дефекты и деформации челюстно-лицевой области.

- укорочение уздечек губ, языка;
- мелкое преддверие рта;
- дефекты и деформации мягких тканей челюстно-лицевой области врожденные и приобретенные;
- дефекты и деформации челюстных костей врожденные и приобретенные;
- врожденные расщелины верхней губы и неба.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по *гериатрической стоматологии*.

Знать:

- определение понятий “геронтология” и “гериатрия”,
- систему организации гериатрической службы,
- структуру стоматологических заболеваний в пожилом и старческом возрасте,
- современные теории старения,
- основы гериатрической клинической дерматологии,
- особенности врачебного обследования лиц пожилого и старческого возраста,
- особенности клинического проявления, течения, диагностики и лечения стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста.

Уметь:

- применять знания закономерностей старения, особенностей клинических проявлений, диагностики, профилактики стоматологических заболеваний при лечении пациентов пожилого и старческого возраста.

1.5.3. Связь с другими дисциплинами (базовыми)

- Топографическая анатомия и оперативная хирургия.

- Патологическая анатомия
- Гистология
- Лучевая диагностика и лучевая терапия.
- Организация здравоохранения
- Терапевтическая стоматология
- Ортопедическая стоматология.
- Стоматология детского возраста.
- Кожные и венерические заболевания
- Стоматоневрология.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по **терапевтической стоматологии.**

Знать:

- систему организации терапевтической стоматологической службы;
- структуру терапевтических стоматологических заболеваний у детей и взрослых,
- этиологию, патогенез, клинику и диагностику основных заболеваний по разделу терапевтическая стоматология (некариозные поражения зуба, кариес, пародонтоз и пародонтит, травма зубов, заболевания слизистой оболочки полости рта у пациентов разных возрастных групп и с различными вариантами неспецифической и иммунологической реактивности организма;
- особенности проявлений общесоматической патологии в полости рта, ее корреляцию с тяжестью и формами заболеваний;
- особенности обследования больных у врача-терапевта-стоматолога,

Уметь:

- применять на практике знания клинических проявлений, диагностики и профилактики основных заболеваний, относящихся к разделу терапевтической стоматологии (кариес, пародонтоз и пародонтит, травма зубов, заболевания слизистой оболочки полости рта, некариозные поражения зубов);
- определить объем терапевтической стоматологической помощи у пациентов с острыми и хроническими одонтогенными воспалительными процессами, а так же опухолями челюстно-лицевой области с учетом возможности сохранения причинного зуба и, при необходимости, самостоятельно провести лечебные мероприятия;
- определить показания к выбору консервативных методов лечения у больных с переломами коронковой части и корня зуба. При необходимости самостоятельно провести лечебные мероприятия.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по **ортопедической стоматологии.**

Знать:

- систему организации ортопедической стоматологической службы;
- структуру ортопедических стоматологических заболеваний у взрослых;
- характеристику и особенности внеротовых и внутриротовых аппаратов, шин лабораторного типа, применяемых при лечении переломов челюстей;
- варианты ортопедических методов лечения больных с посттравматическими дефектами и деформациями челюстно-лицевой области после огнестрельных и неогнестрельных повреждений лица;
- особенности экто- и эндопротезирования больных после расширенных онкологических операций в челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания к применению экто- и эндопротезов;

Уметь:

- выбрать конструкцию протеза для лечения огнестрельных и неогнестрельных переломов челюстей;

- изготовить назубные шины из пластмассы;
- изготовить зубодесневую шину типа «Порта»;
- изготовить простые конструкции штифтовых зубов и мостовидных протезов;

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по стоматологии детского возраста.

Знать:

- систему организации детской стоматологической службы;
- структуру стоматологических заболеваний у детей и подростков;
- этиологию, патогенез, клинику, диагностику и методы лечения основных стоматологических заболеваний у детей и подростков (некариозные поражения зубов, кариес и его осложнения, одонтогенные воспалительные процессы, повреждения зубов и челюстей, врожденные дефекты и деформации челюстно-лицевой области), особенности обследования детей и подростков;
- возрастные иммунологические и неспецифические особенности организма детей и подростков;
- признаки нормальной окклюзии зубных рядов в различные периоды формирования прикуса (молочных зубов, постоянных зубов),
- особенности расположения уздечек губ, языка в норме и связь зубочелюстных аномалий с аномалиями мягких тканей полости рта,
- показания к проведению пластики уздечек языка, губ, преддверия рта у детей и подростков,
- возрастные показания к удалению молочных зубов, возможность возникновения аномалий зубных рядов и окклюзии при раннем удалении молочных зубов,
- показания к проведению последовательного удаления молочных и постоянных зубов по методу Хотца при макродентии,
- особенности гигиены полости рта у детей, пользующихся съемными и несъемными ортодонтическими аппаратами,
- клинические проявления аллергических реакций на ортодонтические аппараты и способы их лечения,
- возможности применения ортодонтической аппаратуры при патологии твердых тканей зубов,
- особенности проведения ортодонтического лечения при врожденных аномалиях,

Уметь:

- провести хирургическое обнажение коронки ретенрованного зуба;
- провести пластику уздечек языка, губ, преддверия рта при их аномалии;
- провести последовательное удаление отдельных молочных и постоянных зубов по методу Хотца;
- корригировать гигиенические навыки детей, пользующихся ортодонтическими аппаратами;
- проводить профессиональную чистку зубов у детей, пользующихся ортодонтическими аппаратами;
- выбрать конструкцию шинирующего аппарата для лечения детей и подростков с переломами зубов и челюстей;
- провести реабилитационные мероприятия у детей и подростков при лечении дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по кожным и венерическим заболеваниям

Знать:

- систему организации медицинской помощи больным, страдающим кожно-венерическими заболеваниями;

- особенности клинического течения кожно-венерических заболеваний (красный плоский лишай, многоформная эксудативная эритема, волчанка, пузырчатка, болезни, передающиеся половым путем, ВИЧ инфекция, предраковые заболевания- лейкоплакия, кожный рог, хронические трещины и др.) в полости рта и челюстно-лицевой области;
- основные методы профилактики и лечения этих заболеваний;
- клинические особенности дефектов и деформаций тканей полости рта и челюстно-лицевой области, возникающих при третичном сифилисе;
- основные методы обследования пациентов, страдающих кожными и венерическими заболеваниями.

Уметь:

- проводить дифференциальную диагностику различных кожно-венерических заболеваний в случае их клинического проявления в полости рта и челюстно-лицевой области (красный плоский лишай, многоформная эксудативная эритема, волчанка, пузырчатка, болезни, передающиеся половым путем, ВИЧ инфекция, предраковые заболевания- лейкоплакия, кожный рог, хронические трещины и др.);
- выбрать методы реконструктивного и пластического лечения, а так же установить сроки оперативного вмешательства у больных с дефектами и деформациями тканей полости рта и челюстно-лицевой области, возникающими при третичном сифилисе;
- провести реабилитационные мероприятия и диспансеризацию больных этой группы.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки по **стоматоневрологии**.

Знать:

- систему организации медицинской помощи больным, страдающим стоматоневрологическими заболеваниями;
- этиологию, патогенез, клиническое течение и современные методы диагностики и дифференциальной диагностики невралгии тройничного нерва, неврита лицевого и тройничного нервов, глоссалгии и стомалгии;
- этиологию, патогенез, клиническое течение прозопалгий, возникающие на фоне общесоматических заболеваний, особенности их диагностики;
- варианты и особенности проявлений общеневрологических заболеваний в челюстно-лицевой области (мигрень, астено-депрессивный синдром, эпилепсия, травматическая энцефалопатия и др.);
- клиническую картину и методы дифференциальной диагностики болевых синдромов лица.

Уметь:

- проводить комплексные методы лечения и реабилитации стомато-неврологических больных;
- осуществлять спирто-новокаиновые блокады ветвей тройничного нерва, проводить новокаиновые вагосимпатические и тригеминосимпатические блокады.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения, практические навыки по **топографической анатомии и оперативной хирургии**.

По окончании клинической ординатуры или профессиональной переподготовки на цикле специализации по стоматологии хирургической врач-стоматолог-хирург должен приобрести следующие знания, умения и практические навыки по топографической анатомии и оперативной хирургии.

Знать:

- топографо-анатомические особенности жевательных и мимических мышц челюстно-лицевой области и шеи;

- топографическую анатомию фасций и клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, 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, флегмон, трахеостомии, перевязке крупных сосудов, виды швов;
- оперативную технику типовых оперативных вмешательств при различных болезнях челюстно-лицевой области (одонтогенные воспалительные процессы, повреждение тканей челюстно-лицевой области, опухоли и опухолеподобные образования лица и шеи, болезни височно-нижнечелюстного сустава, заболевания и повреждения слюнных желез, дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи).

Уметь:

- оказать экстренную хирургическую помощь пациентам с вышеперечисленными заболеваниями лица и шеи. В том числе проводить:
- остановку кровотечения в ране и на протяжении;
- первичную и вторичную хирургическую обработку ран лица и шеи;
- верхнюю, среднюю и нижнюю трахеостомию;
- остеосинтез при переломах верхней и нижней челюстей;
- лечебные мероприятия при шоке и асфиксии;
- вскрытие абсцессов, флегмон и аденофлегмон.
- оказать плановую хирургическую помощь пациентам с вышеперечисленными заболеваниями лица и шеи. В том числе проводить:
- радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе;
- остеосинтез при переломах и дефектах челюстей;
- удаление доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований лица и шеи;
- удаление поднижнечелюстной слюнной железы;
- формирование филатовского стебля.

Врач – стоматолог – хирург должен иметь знания, умения и практические навыки лучевой диагностики и лучевой терапии.

Знать:

- современные методы лучевой диагностики, их возможности и особенности, показания к применению лучевых методов диагностики;
- показания для проведения методов компьютерной томографии и ядерномагнитно-резонансной томографии у больных с патологией в челюстно-лицевой области.
- современные методы, способы и схемы назначения лучевого лечения у больных со злокачественными новообразованиями челюстно-лицевой области;
- возможности сочетания лучевого лечения с хирургическим, гипотермическим, гипертермическим и химиотерапией в зависимости от гистогенеза и стадии опухоли, наличия метастазов;

Уметь:

- выбрать методы лучевого обследования пациента с различными заболеваниями челюстно-лицевой области;
- выбрать укладки для проведения лучевого обследования больных с переломами челюстей.

РАЗДЕЛ 2. СОДЕРЖАНИЕ, СТРУКТУРА И ОБЪЕМ цикла ТУ «Стоматология хирургическая»

2.1. Учебный план

Цель: совершенствование теоретических знаний, практических навыков и профессионального мастерства в области науки, профилактики, диагностики и лечения хирургических стоматологических заболеваний.

Категория слушателей: заведующие стоматологическими кабинетами и отделениями, врачи-стоматологи.

Форма обучения: очная, с отрывом от работы

Продолжительность обучения: 1 месяц (144 часа)

Режим занятий: 6 академических часов в день

№ п/п	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			Л	ПЗ	СЗ	
1.	Организация хирургической стоматологической помощи.	12	6	2	4	ТК
2.	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области и амбулаторная хирургия	68	14	48	6	ТК
3.	Обезболивание в стоматологии и оказание неотложной помощи	24	4	10	10	ТК
4.	Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	6	2	4	-	ТК
5.	Заболевания пародонта	22	6	12	4	ТК
	Итоговый контроль (экзамен)	6				Э
	Самостоятельная внеаудиторная работа	6			6	Защита работы
	ИТОГО:	144	38	76	30	

**Л – Лекции, С - Семинарские занятия, ПЗ - Практические занятия, СР – самостоятельная работа (реферат, курсовая или дипломная работа - вид работы слушателя), Э- экзамен.*

2.2. Учебно-тематический план
цикла ТУ «Стоматология хирургическая»

№ п/п	Наименование разделов дисциплин и тем	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			Л	ПЗ	СЗ	
1.	Организация хирургической стоматологической помощи.	12	6	2	4	ТК
1.	Состояние и перспективы развития стоматологической хирургической помощи в РФ	6	4	-	2	
1.1.	Роль врача-стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологического профиля	6	2	2	2	
2.	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области и амбулаторная хирургия	68	14	48	6	ТК
2.1	Клиническая анатомия челюстно – лицевой области	6	-	4	2	
2.2	Амбулаторная хирургия	62	14	44	4	
3.	Обезболивание в стоматологии и оказание неотложной помощи	24	4	10	10	ТК
3.1	Теоретические аспекты проблемы боли и обезболивания в стоматологии	2	2	-	-	
3.2	Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста	10	2	6	2	
3.3	Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях и амбулаторной стоматологической практике	6	-	4	2	
3.4	Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике	6	-	-	6	
4.	Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	6	2	4	-	ТК
5.	Заболевания пародонта	22	6	12	4	ТК
5.1	Современные данные об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта	6	1	2	3	
5.2	Хирургические методы в комплексном лечении болезней пародонта	10	2	8	-	
5.3	Дефекты в области фуркации корней зубов. Рецессия десны	6	1	8	-	
	Итоговый контроль	6				Э
	Самостоятельная работа	6				
	ИТОГО:	144	38	76	24	

2.3. Тематический план лекций

№	Наименование раздела дисциплины	Название лекции	Основные вопросы (содержание) лекции	Трудоемкость в часах
	1	2	3	4
1	Организация хирургической стоматологической помощи населению	Состояние и перспективы развития стоматологической хирургической помощи в РФ	Основные положения законодательных актов, регламентирующих реформы управления и финансирования здравоохранения, медицинского страхования граждан. Основы законодательства о здравоохранении, директивные документы, определяющие деятельность учреждений и подразделений здравоохранения различных форм собственности.	4
		Роль врача-стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологическим о профиля	Организация лечебно-диагностического процесса и проведение профилактических мероприятий в хирургическом стоматологическом кабинете участковых больниц и ЦРБ. Профилактика хирургических стоматологических заболеваний и санитарно-гигиеническое воспитание населения.	2
2	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области и амбулаторная хирургия.	Амбулаторная хирургия	Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. Показания. Противопоказания. Методика проведения операций гранулемэктомии, резекции верхушки корня зуба, реплантации зуба, короно-радикулярной сеперации, гемисекции зуба.	2
			Оперативные вмешательства при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области. Топографическая анатомия фасций и клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, их границы, сообщения; особенности костно-мышечно-фасциальных пространств в возрастном аспекте; анатомо-топографическое обоснование техники проведения разрезов при вскрытии абсцессов, флегмон.	2
			Оперативные вмешательства при опухолях челюстно-лицевой области. Топографо-анатомичес-	2

			кие особенности жевательных и мимических мышц челюстно-лицевой области и шеи; Оперативная техника типовых оперативных вмешательств при опухолях и опухолеподобных образованиях лица и шеи.	
			Лечение травм челюстно-лицевой области. Оперативная техника типовых оперативных вмешательств при повреждениях тканей челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава, повреждениях слюнных желез. Показания, сроки, методика.	2
			Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическим методам лечения. Показания и противопоказания. Методика операций.	2
			Дентальная имплантация. Показания и противопоказания. Предоперационная подготовка. Сроки проведения. Современные материалы. Методика операций.	2
			Хирургические методы лечения заболеваний тройничного нерва. Показания. Противопоказания. Средства. Методика.	2
3	Обезболивание в стоматологии и оказание неотложной помощи	Теоретические аспекты проблемы боли и обезболивания в стоматологии	Показания и противопоказания к применению различных групп анестетиков при распространённых стоматологических заболеваниях у взрослых и детей.	2
		Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста	Современные методы обезболивания в хирургической стоматологии.	2
4	Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	Фоновые заболевания. Факультативные и облигатные предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ. Классификация.	2
5	Заболевания пародонта	Современные данные об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта	Функциональная морфология поддерживающего аппарата зуба. Микробный фактор и патогенез воспалительных заболеваний па-	2

			родонта. Иммунные и биомеханические аспекты в патогенезе. Классификация заболеваний пародонта. Клинические проявления.	
		Хирургические методы в комплексном лечении болезней пародонта	Понятие о комплексном подходе в лечении заболеваний пародонта. Особенности профессиональной гигиены, консервативного (медикаментозного) лечения. Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Классификация. Методика проведения.	2
		Дефекты в области фуркации корней зубов. Рецессия десны	Классификация функциональных дефектов. Тактика лечения в зависимости от вида. Рецессия десны. Классификация, методики хирургического лечения. Прогноз.	2
6	Опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области.	Доброкачественные и опухолеподобные образования. Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.	Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области. Злокачественные опухоли головы и шеи. Клиника и диагностика опухолей челюстно-лицевой области. Дифференциальная диагностика. Общие принципы лечения. Реабилитация больных злокачественными опухолями. Профилактика онкологических заболеваний челюстно-лицевой области.	6
7	Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области	Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области	Виды дефектов и деформаций челюстей. Методы исследования дефектов и деформаций челюстей. Основные виды реконструктивно-восстановительных операций. Показания и противопоказания к хирургическому лечению при аномалиях и деформациях нижней челюсти. Особенности предоперационной подготовки больных к хирургическому лечению аномалий и деформаций нижней челюсти. Принципы выбора метода лечения, основные преимущества и недостатки. Сроки проведения операций. Особенности послеоперационного ведения пациентов в послеоперационном периоде.	2
ИТОГО:				38

2.4. Тематический план практических занятий

№	Наименование раздела дисциплины	Название занятия	Основные вопросы (содержание) занятия	Трудоемкость в часах
	1	2	3	4
1	Организация хирургической стоматологической помощи	Роль врача-стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологического профиля	Роль врача-стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологического профиля. Основные принципы МСЭ и реабилитации стоматологических больных. Клинический и трудовой прогноз в хирургической стоматологии. Медицинская, психологическая, профессиональная и социальная реабилитация. Экспертиза временной нетрудоспособности пациентов. Организация повседневной работы врача-стоматолога-хирурга и в условиях экстремальной обстановки при массовом поступлении пострадавших.	2
2	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области и амбулаторная хирургия	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области	Топографо-анатомические особенности жевательных и мимических мышц челюстно-лицевой области и шеи; топографическая анатомия фасций и клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, 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, флегмон, трахеостомии, перевязке крупных сосудов, виды швов.	4

		Амбулаторная хирургия	Оперативная техника типовых оперативных вмешательств при различных болезнях челюстно-лицевой области (одонтогенные воспалительные процессы, повреждения тканей челюстно-лицевой области, опухоли и опухолеподобные образования лица и шеи, болезни височно-нижнечелюстного сустава, заболевания и повреждения слюнных желез, дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи). Диагностика и лечение повреждений мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта; переломов и вывихов зубов; переломов нижней и верхней челюсти, скуловой кости и дуги костей носа; острого и привычного вывиха челюсти; периодонтита, перикоронарита; радикулярных и фолликулярных кист челюстей; периостита; абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области; аденофлегмоны; артритов и артрозов височно-нижнечелюстного сустава; острых и хронических воспалительных заболеваний слюнных желез и слюнных протоков; дистрофических заболеваний слюнных желез; одонтогенного и травматического остеомиелита челюстных костей; острого и хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита и перфорации верхнечелюстной пазухи; тромбофлебита вен лица; невралгии и неврита тройничного нерва; лимфаденитов, фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой	38
--	--	-----------------------	---	----

			области; предраковых заболеваний челюстно-лицевой области; доброкачественных опухолей и опухолеподобных образований; врожденных и приобретен- ных дефектов и деформаций челюстно-лицевой области.	
3	Обезболивание в стоматологии и оказание неотложной помощи	Обезболивание при амбулаторных стома- тологических вмеша- тельствах у пациентов взрослого и детского возраста	Местная проводниковая анестезия на верхней и нижней челюсти.	6
		Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях и амбулаторной стоматологической практике	Клиника, диагностика и ока- зание неотложной помощи при травматическом шоке; обмороке, коллапсе, острой кровопотере; острой сердечной и дыха- тельной недостаточности, заболеваниях эндокринной и нервной систем.	4
4	Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта и губ	Фоновые заболевания. Факультативные и предраковые заболевания слизистой обо- лочки полости рта и губ. Клиника, диагностика, диф- ференциальная диагностика, профилактика и лечение предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ.	4
5	Заболевания пародонта	Хирургические методы в комплекс- ном лечении болезней пародонта	Клинические проявления за- болеваний пародонта. Хи- рургические методы лечения заболеваний пародонта. По- казания. Методика проведения.	6
		Дефекты в области фуркации корней зубов. Рецессия десны	Классификация функцио- нальных дефектов. Тактика лечения в зависимости от вида. Рецессия десны. Классифи- кация, методики хирургическо- го лечения. Прогноз.	6
6	По дополнительным программам	Дентальная имплантация	Классификация современных дентальных имплантатов. Тактика выбора. Этап хирургического лечения. Прогноз.	6
	ИТОГО:			76

2.5. Тематический план семинарских занятий

№	Наименование раздела дисциплины	Название занятия	Основные вопросы (содержание) занятия	Трудоем- кость в часах
	1	2	3	4
1	Организация хирургической стоматологичес- кой помощи	Состояние и перспективы развития хирургической стоматологической помощи населению	Основы законодательства по организации стоматологичес- кой помощи. Структура стоматологической службы. Планирование и анализ своей работы, принципы сотрудничества с другими специалистами и службами; Оценка эффективности сов- ременных медико-организа- ционных и социально- экономических технологий при оказании медицинских услуг пациентам. правовые вопросы деятель- ности врачей, среднего и младшего медицинского персонала в стоматологи- ческих учреждениях; квалификационные требов- ания к врачу-стоматологу- хирургу, его права и обязанности, принципы организации работы в государственных, негосудар- ственных лечебно-профиллак- тических учреждениях и страховых компаниях.	2
		Роль врача- стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологического профиля	Профилактическая работа, направленная на выявление ранних форм заболеваний и факторов риска развития патологии; проведение дина- мического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения; консультация и госпитали- зация больных в специализи- рованные лечебные учреж- дения.	2
2	Клиническая анатомия челюстно- лицевой области и	Клиническая анатомия челюстно- лицевой области	Топографоанатомические особенности жевательных и мимических мышц челюстно- лицевой области и шеи;	2

	амбулаторная хирургия		топографическая анатомия фасций и клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и шеи, 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, флегмон, трахеостомии, перевязке крупных сосудов.	
		Амбулаторная хирургия	Оперативная техника типовых оперативных вмешательств при различных болезнях челюстно-лицевой области (одонтогенные воспалительные процессы, повреждение тканей челюстно-лицевой области, опухоли и опухолеподобные образования лица и шеи, болезни височно-нижнечелюстного сустава, заболевания и повреждения слюнных желез, дефекты и деформации челюстно-лицевой области и шеи).	4
3	Обезболивание в стоматологии и оказание неотложной помощи	Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста	Топографическая анатомия ветвей тройничного нерва. Особенности расположения у пациентов взрослого и детского возраста. Методы блокирования проводимости по II и III ветвям тройничного нерва.	2
		Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях и амбулаторной стоматологической практике	Материально-техническое обеспечение оказания неотложной помощи при общесоматических осложнениях и амбулаторной стоматологической практике. Особенности оказания неотложной помощи при разных видах сопутствующей патологии и осложнениях лечения в условиях стоматологической поликлиники.	2

		Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике	Виды общего обезболивания, применяемые в амбулаторной стоматологической практике. Показания. Противопоказания. Особенности проведения в амбулаторных условиях. Особенности проведения у стоматологических больных. Осложнения. Профилактика осложнений.	6
4	Заболевания пародонта	Современные данные об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта	Функциональная морфология поддерживающего аппарата зуба. Микробный фактор и патогенез воспалительных заболеваний пародонта. Иммунные и биомеханические аспекты в патогенезе. Классификация заболеваний пародонта. Понятие о комплексном подходе в лечении заболеваний пародонта.	4
	ИТОГО:			24

2.6. Требования к самостоятельной работе слушателей

Самостоятельная работа является неотъемлемой составной частью всей системы по освоению учебной программы. Курсантами выполняется курсовая работа. Она включает в себя прием и ведение первичных больных с впервые выявленными злокачественными новообразованиями различных локализаций, дежурства в стационаре, разбор больных, работу с литературой на кафедре и в библиотеке БГМУ, учебными пособиями, подготовку рефератов, научных докладов, обзоров, анализ врачебных ошибок, участие в клинических конференциях и др.

Главной целью самостоятельной работы является закрепление и расширение знаний, овладение профессиональными навыками, а также обучение научному поиску.

2.6.1. Темы курсовых работ

Курсовые работы (проекты), самостоятельно выполняются слушателями во внеурочное время.

Темы курсовых работ	Вид самостоятельной работы	Форма контроля
Организация оказания хирургической стоматологической помощи населению в РФ.	реферат	Доклад на семинаре
Теоретические аспекты проблемы боли и обезболивания в стоматологии	реферат	Доклад на семинаре
Общее обезболивание в клинике хирургической стоматологии.	реферат	Доклад на семинаре
Проявления ВИЧ-инфекции в челюстно-лицевой области и в полости	реферат	Доклад на семинаре

Особенности обезболивания при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов детского возраста	реферат	Доклад на семинаре
Неотложная помощь при травмах челюстно-лицевой области.	реферат	Доклад на семинаре
Дистрофические заболевания височно-нижнечелюстного сустава.	реферат	Доклад на семинаре
Современные методы лечения невралгии тройничного нерва.	реферат	Доклад на семинаре
Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях в амбулаторной стоматологической практике	реферат	Доклад на семинаре
Рациональное применение антибиотиков в стоматологии.	реферат	Доклад на семинаре
Хирургическая подготовка полости рта к ортопедическому и ортодонтическому лечению.	реферат	Доклад на семинаре
Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта.	реферат	Доклад на семинаре
Хирургические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта.	реферат	Доклад на семинаре
Хирургический этап дентальной имплантации.	реферат	Доклад на семинаре
Современное состояние вопроса о хрониионфекции и хрониионтоксикации.	реферат	Доклад на семинаре

2.6.2 Правила оформления аттестационных работ

Курсовая работа выполняется на заключительном этапе переподготовки слушателя.

Курсовая работа должна содержать исследование актуальных проблем онкологии.

Курсант самостоятельно разрабатывает масштабную тему, используя весь комплекс знаний и практических навыков, полученных в процессе обучения.

Курсовая работа должна представлять собой законченную разработку актуальной проблемы и обязательно включать как теоретическую часть, где слушатель должен продемонстрировать знания основ теории по разрабатываемой проблеме, так и практическую часть, в которой необходимо показать умение использовать методы ранее изученных дисциплин для решения поставленных в работе задач. В частности, методы статистической обработки данных, оценка достоверности результатов, методику прогнозирования изучаемых показателей, оценки качества и эффективности (медицинской, социальной, экономической) медицинской помощи.

Таким образом, выпускная квалификационная работа (в форме курсовой работы) должна:

- быть актуальной, соответствовать современному состоянию и перспективам
- носить научно-исследовательский характер в области стоматологии;
- содержать теоретическую главу и главы, посвященные анализу стоматологической службы;
- представлять самостоятельное исследование определенной проблемы в хирургической стоматологии, анализ современного положения отрасли и перспектив развития, демонстрирующие способность дипломника теоретически осмысливать проблемы практики, делать на основе анализа соответствующие выводы и вносить предложения;
- отражать добросовестность слушателя в использовании данных отчетности и опубликованных материалов других авторов.

Общими требованиями к курсовой работе являются: четкость и логическая последовательность изложения материала, доказательность, убедительность аргументации, краткость и ясность формулировок, исключающих неоднозначность толкования, конкретность изложения результатов и выводов.

Структура курсовой работы

Дипломная работа должна включать следующие обязательные структурные части (в порядке их следования):

- титульный лист;
- содержание (оглавление);
- введение;
- основная часть (3-4-5 глав);
- заключение;
- выводы и предложения;
- список использованных источников (библиография);
- перечень сокращений, условных обозначений, символов, единиц и терминов (при необходимости);
- приложения (при необходимости).
- объем работы - не менее 10 страниц

РАЗДЕЛ 3. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

3.1. Рекомендуемая литература

1) основная литература

1. **Хирургическая стоматология** [Электронный ресурс]: учебник / под общ. ред. В.В. Афанасьева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 880 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411537.html>.

2) дополнительная литература

2. **Амбулаторная хирургическая стоматология.** Современные методы: руководство для врачей / В. М. Безруков [и др.]. - 2-е изд., стер. - М.: МИА, 2007. - 76 с.
3. **Бичун, Антон Борисович.** Неотложная помощь в стоматологии: краткое руководство / А. Б. Бичун, А. В. Васильев, В. В. Михайлов. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 316 с.
4. **Дурново, Евгения Александровна.** Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: диагностика и лечение с учетом иммунореактивности организма: монография / Е. А. Дурново; Нижегородская государственная медицинская академия. - Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2007. - 193 с.
5. **Неттер, Фрэнк.** Атлас анатомии человека: научное издание / Ф. Неттер; под ред. Н. О. Бартоша, Л. Л. Колесникова; пер. с англ. А. П. Киясова. - 4-е изд. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2007. - 624 с.
6. **Мюллер, Зёнке.** Неотложная помощь: справочник практического врача / З. Мюллер; пер. с нем. М. И. Секачевой. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МЕДпресс-информ, 2009. - 527 с.
7. **Процедуры и техники** в неотложной медицине: практическое руководство / под ред. Р. С. Ирвина [и др.]; пер. с англ.: Е. А. Евдокимов, А. А. Митрохин. - М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2008. - 392 с.
8. **Сапин, Михаил Романович** Атлас анатомии человека для стоматологов: атлас / М. Р. Сапин, Д. Б. Никитюк, Л. М. Литвиненко. - М.: Гэотар Медиа, 2009. - 598 с.
9. **Семенов, Геннадий Михайлович.** Топографическая анатомия и оперативная хирургия для стоматологов: учебное пособие / Г. М. Семенов. - СПб.: Питер, 2008. - 302 с.
10. **Сердечно-легочная и расширенная** реанимация: учебное пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / О. Ю. Кузнецова [и др.] Санкт-Петербургская мед. академия последипломного образования. - СПб.: СПб.МАПО, 2005. - 170 с.
11. **Сперанская, Александра Анатольевна.** Компьютерно-томографическая диагностика новообразований глотки, челюстно-лицевой области и гортани: монография / А. А. Сперанская, В. М. Черемисин. - 2-е изд. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2009. - 118 с.

12. **Хаитов, Рахим Мусаевич.** Руководство по клинической иммунологии. Диагностика заболеваний иммунной системы: руководство для врачей / Р. М. Хаитов, Б. В. Пинегин, А. А. Ярилин. - М: Гэотар Медиа, 2009. - 345 с.
13. **Стоматология** [Электронный ресурс]: учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов / под ред. В. А. Козлова. - 2-е изд., испр. и доп. - СПб.: СпецЛит, 2011. - 487 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785299004526.html>.
14. **Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.** Тематические тесты [Электронный ресурс]: в 2-х ч.: учеб. пособие / под ред. А.М. Панина, В.В. Афанасьева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Ч. 2. - 768 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412466.html>.
15. **Хирургическая стоматология.** Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез [Электронный ресурс]: учеб. пособие / под ред. А. М. Панина. - М.: Литерра, 2011. - 208 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785423500016.html>.
16. **Иванов, А. С.** Основы дентальной имплантологии [Электронный ресурс]: учебное пособие / А. С. Иванов. - СПб.: СпецЛит, 2011. - 63 с. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785299004496.html>.
17. **Оказание неотложной помощи в стоматологической клинике** [Электронный ресурс] : учебное пособие / Башк. гос. мед. ун-т ; сост. Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, Э. Д. Поздеева. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. - 153 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
18. **Мирсаева, Ф.З.** Ожоги лица и комбинированные поражения челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, Р. М. Зиннатуллин; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2007. - 74 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
19. **Мирсаева, Ф.З.** Термические поражения челюстно-лицевой области. Комплексное лечение с применением фитопрепаратов и продуктов пчеловодства. [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ф. З. Мирсаева, Э. И. Галиева, Р. Г. Фархутдинов. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2010. - 278 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.:

А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.

20. **Мирсаева, Ф.З.** Неодонтогенные опухоли челюстей. Опухолоподобные образования и диспластические процессы [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева; Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2010. - 245 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
21. **Мирсаева, Ф.З.** Классификация доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области. Одонтогенные опухоли челюсти [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева; ГОУ ВПО БГМУ. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2010. - 112 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
22. **Мирсаева, Ф.З.** Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области [Электронный ресурс]: учебное пособие / Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева ; ГОУ ВПО БГМУ. - Уфа : Изд-во БГМУ, 2010. - 140 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.
23. **Избранные вопросы хирургической стоматологии** [Электронный ресурс]: учебное пособие / ГОУ ВПО БГМУ; сост.: Ф. З. Мирсаева, Л. Р. Халикова. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2011. - 189 с. // Электронная учебная библиотека: полнотекстовая база данных / ГОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет; авт.: А.Г. Хасанов, Н.Р. Кобзева, И.Ю. Гончарова. – Электрон. дан. – Уфа: БГМУ, 2009. – URL: <http://92.50.144.106/jirbis/>.

3) законодательные и нормативно-правовые документы (www.garant.ru):

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 7 февраля 2011 г. N 163-р «О Концепции Федеральной целевой программы развития образования на 2011-2015 годы»;
- Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов (Постановление правительства РФ от 26.06.1995г. № 610) (в ред. от 31.03.2003г.).
- Требования к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ (Приказ Минобразования РФ от 18.06.1997г. № 1221).
- Положение о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов (Приказ Минобразования РФ от 06.09.2000г. № 2571).
- О государственной аккредитации образовательных учреждений и организаций (Приказ Минобрнауки РФ от 25.07.2012г. № 941).
- Рекомендации по итоговой государственной аттестации слушателей образовательных учреждений дополнительного профессионального образования (Инструктивное письмо Минобразования РФ от 21.11.2000г. № 35-52-172ин/35-29).
- Министерство образования и науки Российской Федерации. Письмо от 27 июля 2012 г. N АК-51/06 «О выдаче документов государственного образца»
- О государственной аккредитации образовательных учреждений и организаций (Приказ Минобрнауки РФ от 25.07.2012г. № 941)
- Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 июля 2009 г. N 415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения"
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. N 66н г. "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях"

4) нормативные документы

Приказ МЗ РФ №579 от 21.07.88 «Об утверждении квалификационных характеристик врачей-специалистов»

Приказ МЗ РФ №135 от 19.04.99 «О совершенствовании системы Государственного регистра»

Приказ МЗ РФ №337 от 27.08.99 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ»

Приказ МЗ РФ №299 от 31.07.2000 «О введении в действие отраслевого стандарта "Технологии выполнения простых медицинских услуг. Общие требования"»

Приказ МЗ РФ №98 от 02.04.2001 «О внесении изменений в приказ №337 Минздрава России от 27.08.99 "О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения РФ"»

Приказ МЗ РФ № 266 от 19.06.2003 «Об утверждении Правил клинической практики в Российской Федерации»

Приказ МЗ РФ №229 от 03.06.2003 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»

Приказ МЗ РБ №314-Д от 10.04.2006 «Об организации оказания высокотехнологичной хирургической помощи гражданам РБ»

Приказ МЗ РБ №1277-Д от 26.10.2007 «О мерах по совершенствованию организации онкологической помощи населению РБ»

Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг".

Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 №291 "О лицензировании медицинской деятельности".

Приказ №541н-23июля 2010 Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения.

Приказ №415н "Об утверждении Квалификационных требований к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения "

Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации"

Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан». Постановление Верховного Совета РФ от 29.04.2012г.

Приказ Минздрава РФ от 20.09.1993 г. № 222 «О мерах по реализации Основ Законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».

«Положение об аттестации врачей, провизоров и других специалистов с высшим образованием в системе здравоохранения РФ». Приказ Минздрав-медпрома РФ от 16.02.1995г. № 33.

«Концепция развития здравоохранения и медицинской науки Российской Федерации». Постановление Правительства РФ от 05.11.1997г. № 1387.

Решение коллегии Минздрава РФ от 28.12.1999г., протокол № 20. «О контроле качества подготовки специалистов на всех этапах непрерывного медицинского и фармацевтического образования».

Постановление Правительства РФ от 26.06.1995г. №610 «Об утверждении типового положения об образовательном учреждении дополнительного профессионального образования (повышения квалификации) специалистов».

«Положение о порядке и условиях профессиональной переподготовки специалистов». Приказ Минобразования РФ от 06.09.2000 г. № 2571. Постановление Госкомвуза РФ от 27.12.1995г. №13 «Об утверждении форм документов государственного образца о повышении квалификации и профессиональной переподготовке специалистов и требования к документам».

«Требования к содержанию дополнительных профессиональных образовательных программ». Приказ Министерства общего и профессионального образования РФ от 18.06.1997г. № 1221.

5) порядки и стандарты оказания медицинской помощи по специальности

Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования. Специальность 040400 - стоматология. Квалификация - врач-стоматолог. Утверждён Министерством Образования РФ 10.03.2000 г. Государственная регистрация № 134 (медицинские специальности).

Приказ МЗ СССР № 670 от 12 июня 1984 г. «О мерах по дальнейшему улучшению стоматологической помощи населению».

Приказ МЗ СССР № 944 от 10 августа 1983 г. «Об утверждении Положения о главном внештатном специалисте по профилактической работе с детьми».

Приказ МЗ СССР № 1385 от 28 октября 1985 г. «Об утверждении Положения о Всесоюзном Центре по лечению детей с пороками развития лица и челюстей».

Приказ МЗ СССР № 1026 от 31 июля 1985 г. «Об утверждении Временного положения о порядке проведения ежегодной диспансеризации всего населения».

Приказ Минздрава СССР от 12 июня 1989 г. № 408. «О мерах по снижению заболеваемости вирусным гепатитом в стране».

Обязательное медицинское страхование в Российской Федерации II Сборник законодательных актов и нормативных документов, регламентирующих обязательное медицинское страхование в Российской Федерации. М.:ПАИМС, 1994.- 360.

Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан РФ II под ред. Ю.Д. Сергеева. - М.: «Претор», 1995. - 253.

«Основы законодательства по охране здоровья граждан» № 5487-1 от 22.07.1993.

Статья 54. Право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью

Статья 55. Порядок и условия выдачи лицензий на определенные виды медицинской и фармацевтической деятельности.

Статья 56. Право на занятие частной медицинской практикой.

Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного образования (повышения квалификации специалистов) № 610 от 26.06.1995.

Приказ МЗ и социального развития РФ от 11.03. 2008 г. № 112Н г. Москва «О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации»

3.2. Учебно-наглядные пособия

1	Стенды
1. 2. 3. 4. 5. 6.	Реплантация зубов Дентальная имплантация Хирургические методы лечения заболеваний пародонта Основоположники хирургической стоматологии Рентгенологические методы исследования в стоматологии Осложнения удаления зубов и их профилактика
2	Перечень проекционных иллюстративных материалов (мультимедиа)
	Проявления заболеваний внутренних органов полости рта. Обезболивание в хирургической стоматологии. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. Дентальная имплантация. Эндоскопические методы лечения верхнечелюстных синуситов. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Лимфадениты челюстно-лицевой области. Лимфаденопатии. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Переломы костей лицевого скелета. Травмы мягких тканей челюстно-лицевой области. Сочетанные травмы челюстно-лицевой области. Особенности клиники, диагностики и лечения. Ожоги челюстно-лицевой области. Предраковые заболевания челюстно-лицевой области. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области. Одонтогенные опухоли. Опухоли слюнных желез. Злокачественные опухоли костей лицевого скелета. Рак кожи лица. Меланома. Рак губы. Рак слизистой оболочки полости рта. Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез. Воспалительные и дистрофические заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Заболевания и повреждения тройничного нерва. Заболевания и повреждения лицевого нерва. Восстановительные операции челюстно-лицевой области. Лечебная физкультура при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области. Питание и уход больных при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области.

3.3. Перечень учебных пособий, монографий, методических разработок методических указаний изданных сотрудниками кафедры

№	Наименование методических пособий и др. учебно-методических материалов	Составители, издательство, год издания	Обеспеченность	
			Количество на кафедре	Электронное издание
	1	2	3	4
	Клинико-иммунологические аспекты лечения хронического генерализованного пародонтита. Монография, 2008 г.	Булгакова А.И., Медведев Ю.А. Зубаирова Г.Ш.	3	+
	Ожоги лица и комбинированные поражения челюстно-лицевой области. Учебное пособие. (с грифом УМО). Изд.2-е Уфа. 2008.-78 с.	Галиева Э.И., Мирсаева Ф.З., Зиннатулин Р.М.	3	+
	Оказание неотложной помощи в стоматологической клинике. Учебное пособие. (с грифом УМО) Изд.2-е. Уфа. 2008.- 161 с.	Мирсаева Ф.З., Галиева Э.И., Поздеева Э.Д.	4	+
	Основы сквиалогии. Общая рентгеновская семиотика заболеваний костей. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно – лицевой области. Учебное пособие. (с грифом УМО). Изд.2-е Уфа. 2008.- 72 с.	Мирсаева Ф.З., Галиева Э.И., Рябых Л.А.	2	+
	Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта, 2010 г.	Р.Т. Буляков, Г.А. Саяхова, Д.Н. Тухватуллина, М.И. Гумерова, О.А. Гуляева, А.А. Саяхова, А.Д. Гарустович	4	+
	Обоснование выбора местных анестетиков в стоматологии при аллергологическом статусе пациента 2010 г.	Р.Т. Буляков, Э.К. Габдрахимова, Е.В. Шеина	4	+
	ВИЧ-инфекция. Проявления в полости рта. 2010 г.	Р.Т. Буляков, Г.А. Саяхова, М.И. Гумерова, Д.Н. Тухватуллина, О.А. Гуляева, Э.Ф. Галиуллина	4	+
	Организация стоматологической помощи населению, 2011	Н.Х. Шарафутдинова, Р.Т. Буляков, А.А. Калининская, Э.Ф. Киреева,	2	+

		Г.А. Саяхова, М.Ю.Павлова, Д.Н. Тухватуллина		
	Остеопластические материалы в стоматологии, 2011	Р.Т. Буляков, Г.А. Саяхова, М.И. Гумерова, Д.Н. Тухватуллина, О.А. Гуляева, З.И. Агадуллина	5	+
	Организация стоматологической помощи, 2012	Р.Т. Буляков, О.А. Гуляева, Д.Н. Тухватуллина, Г.А. Саяхова, М.И. Гумерова	3	+
	Неодонтогенные опухоли челюстей. Опухолоподобные образования и диспластические процессы учебное пособие / Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа: БГМУ, 2010. - 245 с.	Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева	2	+
	Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области: учебное пособие; ГОУ ВПО БГМУ. - Уфа : Изд-во БГМУ, 2010. - 140 с. //	Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева	2	+
	Классификация доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области. Одонтогенные опухоли челюсти: учебное пособие/ ГОУ ВПО БГМУ. - Уфа: Изд-во БГМУ, 2010. - 112 с.	Ф. З. Мирсаева, Л. А. Рябых, Э. И. Галиева	2	+
	Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области	Ф. З. Мирсаева, Т.Ф.Ахметов, Э. И. Галиева	2	+

3.4. Материально-техническое обеспечение

№	Наименование технических средств обучения	Количество на кафедре
1.	Компьютер	3
2.	Принтер	2
3.	Ксерокс	1
4.	Видеопроектор	1
5.	Телевизор	1
6.	Видеомагнитофон	1

3.5. Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

3.5.1. Программное обеспечение

№	Наименование	Составители, год издания
	Перечень видеоматериалов для учебного процесса	
	"Принципы диагностики и лечения злокачественных новообразований"	2013
	"Рак кожи, меланомы"	2013
	"Опухоли головы и шеи"	2013
	Имплантация	2013
	Перечень проекционных иллюстративных материалов (мультимедиа), используемых в учебном процессе (вид носителя CD)	
	Мультимедийные сопровождения лекций	
	Медицинское страхование населения РФ	Буляков Р.Т., 2012
	Методы обследования больного	Галиева Э.И., 2012
	Лицензирование медицинских учреждений	Буляков Р.Т., 2012
	Медико-экономические стандарты (МЭС)	Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., 2012
	Обезболивание в детской стоматологии	Галиева Э.И., 2012
	Предраковые заболевания.	Галиева Э.И., 2013
	Хирургические методы лечения заболеваний пародонта	Гумерова М.И., 2013
	Новые технологии в лечении заболеваний пародонта	Гумерова М.И., 2013
	Дентальная имплантация	Сельский Н.Е., 2013
	Проявления заболеваний внутренних органов полости рта.	Галиева Э.И., 2012
	Обезболивание в хирургической стоматологии.	Галиева Э.И., 2012
	Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.	Галиева Э.И., 2013
	Эндоскопические методы лечения верхнечелюстных синуситов.	Галиева Э.И., 2013
	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2012
	Одонтогенный верхнечелюстной синусит.	Галиева Э.И., 2013
	Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2012
	Острый одонтогенный остеомиелит челюстей.	Галиева Э.И., 2012
	Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей.	Галиева Э.И., 2012
	Лимфадениты челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2012

Лимфаденопатии.	Галиева Э.И., 2012
Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2013
Переломы костей лицевого скелета.	Галиева Э.И., 2012
Травмы мягких тканей челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2013
Сочетанные травмы челюстно-лицевой области.	
Особенности клиники, диагностики и лечения.	Галиева Э.И., 2012
Ожоги челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2012
Предраковые заболевания челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2013
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные образования челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2012
Одонтогенные опухоли.	Галиева Э.И., 2012
Опухоли слюнных желез.	Галиева Э.И., 2013
Злокачественные опухоли костей лицевого скелета.	Галиева Э.И., 2012
Рак кожи лица. Меланома.	Галиева Э.И., 2012
Рак губы. Рак слизистой оболочки полости рта.	
Воспалительные и дистрофические заболевания слюнных желез.	Галиева Э.И., 2013
Воспалительные и дистрофические заболевания височно-нижнечелюстного сустава.	Галиева Э.И., 2013
Заболевания и повреждения тройничного нерва.	Галиева Э.И., 2013
Заболевания и повреждения лицевого нерва.	Галиева Э.И., 2013
Восстановительные операции челюстно-лицевой области.	Сельский Н.Е., 2013
Лечебная физкультура при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2013
Питание и уход больных при травмах и заболеваниях челюстно-лицевой области.	Галиева Э.И., 2013
Заболевания слизистой оболочки полости рта	Саляхова Г.А., 2013
Современные данные об этиологии и патогенезе заболеваний пародонта	Гумерова М.И., 2013

3.5.2. Интерактивные средства обучения

электронные издания, а также видеопособия

№	Наименование технических средств обучения	Составители, год издания	Обеспеченность	
			Количество на кафедре	Электронное издание
	1	2	3	4
1	Обезболивание в хирургической стоматологии	Буляков Р.Т., 2012	2	+
2	Дентальная имплантация	Сельский Н.Е., 2013	2	+

3.5.3. Интернет-ресурсы

Библиотека БГМУ	http://bgmy.ru/biblioteka_bgmu/
Полнотекстовые базы данных	
Издательство Sage	http://online.sagepub.com/
Издательство Cambridge	http://www.journals.cambridge.org/archives
AnnualReviewsSciencesCollection	http://arjournals.annualreviews.org/action/showJournals
Патентная база данных компании Questel	http://www.orbit.com
US National Library of Medicine National Institutes of Health	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed
Периодические издания	
Journal of Physical Society of Japan	http://jpsj.ipap.jp/index.html
Science Journals	http://www.sciencemag.org
The New England Journal of Medicine	http://www.nejm.org
Стоматология	http://www.mediasphera.ru

РАЗДЕЛ 4. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИЗУЧЕНИЮ цикла
тематического усовершенствования специалистов
«Стоматология хирургическая»

Для выполнения данной программы в процессе обучения используются следующие виды занятий: лекции, практические занятия, различные виды семинаров, учебные конференции., В качестве учебных баз для проведения практических занятий используются клинические подразделения Республиканской стоматологической поликлиники и отделения челюстно-лицевой хирургии Городской клинической больницы № 21.

Для выполнения всей программы подготовки врача стоматолога-хирурга кафедра располагает соответствующим оборудованием и подготовленными преподавателями, способными обеспечить преподавание всех разделов данной программы соответственно проводимому циклу.

Заключительный – итоговый контроль проводится по окончании циклов усовершенствования. После окончания циклов выдаются документы установленного образца.

РАЗДЕЛ 5. РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ

5.1. Перечень практических навыков врача-специалиста по специальности
«Стоматология хирургическая»

В таблице представлены практические навыки, которыми должен обладать врач-специалист с учетом трех уровней образования:

I уровень (+) – профессиональная ориентация по данному вопросу.

II уровень (++) – может при консультативной помощи специалиста использовать приобретенные знания и выполнять практические навыки в процессе профессиональной деятельности.

III уровень (+++) – может самостоятельно использовать освоенные знания и практические навыки в процессе профессиональной деятельности.

№ п/п	Вид практических навыков	Уровень освоения
1	Умение работать с первичной документацией по стоматологической службе.	+++
2	Объективное исследование больного по всем органам и системам, в том числе регионарных лимфоузлов: – осмотр кожных покровов и полости рта; – пальпаторное обследование шеи, слюнных желез; – пальпация, перкуссия органов и систем челюстно-лицевой области	+++ +++ +++
3	Оценка клинических анализов.	+++
4	Получение материала для морфологической верификации опухоли (цитологической, гистологической).	+

5	Диагностические навыки: – определение симптомов – интерпретация данных рентгенологического, КТ, УЗИ исследования, морфологического, лабораторного и др. методов исследований.	+ ++
6	Выполнение пункции регионарных лимфатических узлов	+
7	забор экссудата из раны для бактериологического исследования	+++
8	инфильтрационная анестезия	+++
9	проводниковая анестезия на верхней челюсти	+++
10	проводниковая анестезия на нижней челюсти	+++
11	удаление различных групп зубов на верхней и нижней челюстях	+++
12	удаление ретинированных и дистопированных зубов	++
13	ревизия лунки при альвеолите	+++
14	остановка луночковых кровотечений	+++
15	удаление секвестров при остеомиелите лунки зуба	+++
16	рассечение или иссечение слизистой оболочки (капюшона) при перикороните	+++
17	пластическое устранение ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи	+++
18	резекция верхушки корня зуба гемисекция зуба ампутация корня зуба	+++
19	вскрытие субпериостальных абсцессов	+++
20	проведение блокад при воспалительных инфильтратах	+++
21	бужирование протоков слюнных желез	+++
22	удаление камней из протоков слюнных желез	+++

23	пункция верхнечелюстной пазухи	+++
24	открытый кюретаж патологических зубодесневых карманов лоскутные операции гингивотомия гингивэктомия	++
25	первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области	+++
26	вправление вывиха нижней челюсти	+++
27	вскрытие поверхностных абсцессов мягких тканей	+++
28	наложение стандартных проволочных шин, шин лабораторного типа, изготовление и наложение проволочных шин	+++
29	цистотомия, цистэктомия	+++
30	удаление ретенционных кист малых слюнных желез	+++
31	удаление доброкачественных опухолей мягких тканей лица	+++
32	пластическое удлинение укороченных уздечек губ, языка	+++
33	пластическое углубление мелкого преддверия рта на протяжении 4-5 зубов-	+++
34	обследование пациентов с различными заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области	+++
35	дифференциальная диагностика различных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе доброкачественных и злокачественных опухолей	++
36	чтение рентгеновских снимков	++
37	Оценить результаты проведенного лечения и его эффективность.	+++
38	Овладеть основами медицинской трудовой социальной реабилитацией стоматологических больных.	+++

РАЗДЕЛ 6. МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ И УЧЕТА РЕЗУЛЬТАТОВ УСВОЕНИЯ на цикле ТУ «Стоматология хирургическая»

6.1. Тестовый контроль по специальности «Стоматология хирургическая»

Имеется банк тестовых заданий (1000), составленных по единому образцу, из которых сформированы следующие наборы:

- тестирование исходного уровня знаний ("вступительные" тесты) для слушателей ИПО
- текущий контроль знаний ("модульные" тесты)
- итоговая аттестация ("заключительные" тесты)

1. ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИМЕНЯЕТСЯ

- 1) компьютерная томография
- 2) реография
- 3) фистулография
- 4) контрастная рентгенография
- 5) полярография.

Ответ 1.

2. НАИБОЛЕЕ ПОЛНУЮ ИНФОРМАЦИЮ О ПЕРЕЛОМЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ ПОЛУЧИТЬ РЕНТГЕНОГРАММА

- 1) во фронтальной проекции
- 2) внутриротовая
- 3) в боковой проекции
- 4) в аксиальной (полуаксиальной) проекции

Ответ 4.

3. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирующие в ухо, висок
- 2) тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
- 3) продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
- 4) кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушения чувствительности

Ответ 4.

4. ПРОВЕДЕНИЕ СИНУСЛИФТИНГА ПОКАЗАНО ПРИ ...

- 1) недостаточной толщине альвеолярного отростка
- 2) низком расположении дна верхнечелюстной пазухи
- 3) наличии сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой
- 4) перфорации дна верхнечелюстной пазухи в ходе операции

Ответ 2.

5. ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) гиперсаливация
- 2) обнажение кости
- 3) подвижность интактных зубов
- 4) парез мимической мускулатуры
- 5) эрозия, язва с инфильтрированными краями

Ответ 3.

6. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) нарушением прозрачности пазухи, разрушением костных границ
- 2) нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
- 3) периостальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
- 4) разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

Ответ 1.

Установите соответствие

7. ОПРЕДЕЛИТЕ ОБЪЕМ МАНИПУЛЯЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТЕПЕНЯХ ОЖОГА

Степень ожога	Объем манипуляций
1	асептическая обработка окружающей здоровой кожи, антисептическая обработка и удаление инородных тел с ожоговой поверхности, опорожнение пузырей без удаления отслоенного эпидермиса
II	асептическая обработка окружающей здоровой кожи, антисептическая обработка и удаление инородных тел с ожоговой

	поверхности, опорожнение пузырей без удаления отслоенного эпидермиса, создание асептических условий для регенерации кожи
Ш	асептическая обработка окружающей здоровой кожи, антисептическая обработка и удаление инородных тел с ожоговой поверхности, опорожнение пузырей без удаления отслоенного эпидермиса, щадящая некрэктомия, создание асептических условий для регенерации кожи
1У	асептическая обработка окружающей здоровой кожи, антисептическая обработка ожоговой поверхности, создание асептических условий для регенерации кожи

Ответ. 1г, Пб, Шв, 1Уа

6.2. Требования к итоговой аттестации цикла ТУ «Стоматология хирургическая»

Итоговая аттестация осуществляется в виде: экзамена

Экзамен включает в себя три части:

1. тестовый контроль по специальности
2. определение практических навыков специалиста
3. заключительное собеседование

6.1.2. Клинические задачи к проведению итоговой аттестации

Задача 1. Больной 30 лет, доставлен машиной скорой помощи в клинику. При опросе сопровождающих выяснено, что бригада подобрала больного с улицы, избитого, в тяжелом состоянии, без сознания. При осмотре больного: одежда и лицо в крови, больной безучастен к окружающему, зрачки широкие, кожные покровы бледные. АД-60-90 мм. рт. ст., пульс 130-140 ударов в минуту, дыхание поверхностное. Отек и кровоизлияние в клетчатку вокруг глаз справа и слева. Пальпируется костный выступ в области латеральной стенки глазницы. Осмотр полости рта: открытый прикус, целостность слизистой оболочки не нарушена. По задней стенке глотки стекает прозрачная жидкость с примесью крови.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного обследования и комплексного лечения пациента.

Ответы к задаче 1.

1. Сочетанная черепно-мозговая травма. Травматический шок. Перелом верхней челюсти по верхнему типу. Перелом основания черепа.
2. Рентгенография в прямой и полуаксиальной проекциях, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография. Консультация невролога, нейрохирурга, окулиста, электроэнцефалография, по показаниям –спинно-мозговая пункция. Показано

применение одного из оперативных (внутриочаговый остеосинтез) методов репозиции и фиксации отломков. Интенсивная противошоковая терапия. Противовоспалительная и антибактериальная терапия, осмотические диуретики, симптоматическое лечение, диета №0, постельный режим, обучение больного особенностям ухода за полостью рта, витаминотерапия и физиотерапия в соответствии с фазами репаративного остеогенеза. Дальнейшее лечение совместно с нейрохирургом в условиях специализированного отделения.

Задача 2. Больной В., 58 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на приступообразный характер боли в верхней челюсти справа, преимущественно в области верхних коренных зубов, в области щеки справа. Приступ длится в течение 1-2 мин, провоцируется чисткой зубов, разговором, приемом пищи.

При объективном обследовании выявлены резкая болезненность точки выхода второй ветви нерва справа; при смещении кожи в области верхней губы возникает приступ резкой боли. После удаления разрушенного 1.7 зуба болевой симптом не купирован.

Поставьте клинический и топический диагноз. Консультация какого специалиста в первую очередь необходима?

Ответы к задаче 2. Диагноз. Невралгия второй ветви тройничного нерва справа. Больному необходима консультация врача-невролога.

Задача 3. Больной М., 47 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение на 3-и сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела, невозможность принимать пищу. Заболевание началось с боли при накусывании в 4.7 зубе. В поликлинике по месту жительства 4.7 зуб был удален. На следующий день температура тела повысилась до 39°C, появилась боль при глотании, озноб.

При поступлении состояние больного тяжелое. Температура тела 39,5°C, АД – 100/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, суховатые. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены.

Местно: имеется припухлость тканей в поднижнечелюстной области справа, при пальпации которой определяется болезненное уплотнение размером до 8,0 см, распространяется к жевательной мышце. Открывание рта ограничено до 0,5 см между центральными резцами. Гнилостный запах из полости рта. Лунка 4.7 зуба наполнена сгустком грязно-серого цвета. Слизистая оболочка крыловидно-челюстной складки и боковой стенки глотки покрасневшая,

выбухает в полость ротоглотки. При запрокидывании головы появляется резкая боль за грудиной, покашливание.

Общий анализ крови: Нв – 120 г/л, цветной показ – 0,9, Л – $17,7 \times 10^9$ г/л, П – 21%, ЛИМ – 7%, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 57 мм/час. Сахар крови – 11,93 ммоль/л.

Общий анализ мочи: реакция кислая, плотность – 1,021; белок – 0,33 г/л, лейкоциты единичные в поле зрения.

1. Поставьте предварительный диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план обследования и лечения.

Ответы к задаче 3. 1. Диагноз. Одонтогенная флегмона окологлоточного пространства, осложненная медиастинитом.

Сопутствующее заболевание: сахарный диабет.

Обоснование диагноза: состояние больного тяжелое. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$, АД – 100/60 мм рт.ст. Кожные покровы бледные, суховаты. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. Характерный симптом медиастинита: резкая боль за грудиной, при запрокидывании головы покашливание.

Изменения в показателях общего анализа крови значительные: Л – $17,7 \times 10^9$ г/л, П – 21%, Л – 7%, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 57 мм/час. и изменения показателей в общем анализе мочи: белок 0,33 г/л, лейкоциты единичные в поле зрения.

2. План обследования: рентгенография органов грудной клетки в переднезадней, боковой и косой проекциях, консультация торакального хирурга и эндокринолога.

План лечения: медиастинотомия, лечение в условиях реанимационного отделения или палаты интенсивной терапии (дезинтоксикационная, антибактериальная, противовоспалительная, десенсибилизирующая, иммунокорректирующая и общеукрепляющая терапия, коррекция сахара крови).

Задача 4. На приеме у хирурга-стоматолога больная Р., 42-х лет, предъявляет жалобы на тупую, ноющую боль в височно-нижнечелюстном суставе справа, усиливающуюся во время приема пищи, скованность движений нижней челюсти по утрам, которое в течение дня исчезает, ограниченное открывание рта, сопровождающееся хрустом в суставе.

Анамнез развития заболевания: со слов больной 8 месяцев назад впервые появились щелканье, а затем боль и скованность в височно-нижнечелюстном суставе справа.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. Видимые кожные покровы физиологической окраски.

Местно. Конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пальпаторно в области височно-нижнечелюстного сустава справа отмечается

болезненность. Открывание рта ограничено до 2,5 см, определяется хруст и смещение нижней челюсти в правую сторону.

Прикус нефиксированный. Отсутствуют 3.7, 3.6, 3.5 и 4.6, 4.7, 4.8 зубы.

На обзорной рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции справа в области височно-нижнечелюстного сустава определяется деформация головки нижней челюсти, уплощение суставного бугорка.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 4. 1. Диагноз: «Деформирующий артроз височно - нижнечелюстного сустава справа».

2. План лечения:

- а) щадящая диета (прием измельченной пищи);
- б) медикаментозное лечение: хондропротекторы (афлутоп), мавалис, диклофенак;
- в) физические методы лечения (электрофорез 3% раствором калия йодида, компрессы с медицинской желчью, фонофорез с гидрокортизоном, ультразвук, парафинотерапия, грязелечение), миогимнастика;
- г) консультация ортопеда для рационального протезирования.

Задача 5. Больная Л., 16 лет, обратилась с жалобами на припухлость, жгучие боли в подглазничной области слева, повышение температуры тела до 37,2 °С, общую слабость. Анамнез развития заболевания: со слов больной 4 дня назад была попытка выдавить угорь на коже, на 3-и сутки отмечала повышение температуры тела до 37,5 °С, гиперемию, отек и боль в подглазничной области слева, за медицинской помощью не обращалась.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, температура тела 37,0 °С. Местно: асимметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей подглазничной области слева. Кожные покровы гиперемированы в складку не собираются, при пальпации определяется болезненный инфильтрат с четкими контурами 1,5 х 1,5 см, в центре инфильтрата гнойно-некротический стержень. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены до 1,5 см, слабо болезненны при пальпации, подвижны, кожа над ними физиологической окраски. Открывание рта в полном объеме.

1. Поставьте предварительный диагноз. Проведите его обоснование.
2. Составьте комплексный план обследования и лечения.

Ответы к задаче 5. 1. Диагноз: «Абсцедирующий фурункул подглазничной области слева»

Учитывая анамнез развития заболевания и данных объективного исследования: 4 дня назад произведено выдавливание «угря» на коже лица, острое начало заболевания, повышение температуры тела, наличие воспалительного инфильтрата в подглазничной области слева с гнойно-некротическим стержнем в центре, можно предположить острый неспецифический воспалительный процесс - абсцедирующий фурункул подглазничной области слева.

2. Дополнительные методы обследования: общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ на содержание глюкозы крови, иммунограмма, коагулограмма, кровь на ВИЧ-инфекцию, общий анализ мочи.

Хирургическое вмешательство - вскрытие абсцедирующего фурункула линейным разрезом на длину инфильтрата с учетом анатомических особенностей данной области и удаление гнойно-некротического стержня. Антисептическая обработка и дренирование раны резиновым выпускником.

Медикаментозная терапия - антибактериальная, иммуностимулирующая, антикоагулянты.

Физические методы лечения - УВЧ, гелий-неоновый лазер, соллюкс, УФО.

6.1.2. Определение практических навыков специалистов

Оценка практических навыков для стажированных специалистов проводится на основании представления списка основных навыков, которыми владеет специалист.

- формулировка и обоснование диагноза заболевания с оценкой степени тяжести состояния
- умение работать с первичной документацией пациентов с хирургическими стоматологическими заболеваниями
- оформление и ведение «Контрольные карты диспансерного наблюдения (онко)», форм 030-6-у и 030-у
- выписка рецептов на основные медикаменты
- содействие в организации профилактических осмотров по активному выявлению стоматологических заболеваний
- ведение санитарно-просветительской работы среди населения
- знание организации специализированной помощи больным с хирургическими стоматологическими заболеваниями в Российской Федерации
- проведение анализа причин развития заболеваний челюстно-лицевой области
- организация диспансерного учета хирургических стоматологических больных
- организация социально-трудовой экспертизы больных
- знание основ биологической, социальной, трудовой и психологической реабилитации хирургических стоматологических больных.

6.1.4. Заключительное собеседование

Заключительный этап экзамена - собеседование, оценивает профессиональное мышление специалиста, его умение решать профессиональные задачи, анализировать имеющуюся информацию и принимать по ней соответствующее решение.

Билет 4

1. Предопухолевые заболевания слизистой оболочки полости рта. Причины. Методы их диагностики. Дифференциальная диагностика.
2. Неврит третьей пары тройничного нерва. Этиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Особенности удаления зубов у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Билет 10

1. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
2. Перелом скулового комплекса. Клиника, диагностика, принципы лечения.
3. Хирургические методы в комплексном лечении заболеваний пародонта. Показания.

Билет 19

1. Доброкачественные и злокачественные опухоли челюстей. Основные отличия.
2. Клиника и диагностика флегмоны дна полости рта.
3. Лечение рецессии десны.

Билет 23

1. Организация хирургической стоматологической службы в РФ.
2. Клиника и диагностика одонтогенных опухолей.
3. Фурункулы лица. Клиника, диагностика, лечение.

Билет 30

1. Роль врача - стоматолога в выявлении злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
2. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва.
3. Принципы одонтогенного верхнечелюстного синусита.

Разработчики программы:

д.м.н. Р.Т. Буляков,

доц. к.м.н. Э.И.Галиева,

доц. к.м.н. Г.А. Саляхова,

доц. к.м.н. М.И. Гумерова.

УТВЕРЖДАЮ
Директор ИПО ГБОУ ВПО БГМУ
профессор Викторов В.В.
«_____» _____ 2013 г.

УЧЕБНОЕ РАСПИСАНИЕ
цикла ТУ «Стоматология хирургическая».
Продолжительность цикла: 1 мес. (с 1.10.2013 г. по 28.10.13 г.)

№ п/п	Дата	Тема занятия	Часы	Преподаватель	Вид занятия и продолжительность в час.	Место проведения
1	2	3	4	5	6	7
1.	1.10. 2013	Нормативно – правовое регулирование системы последипломного профессионального образования. Регистрация курсантов. Производственное собрание.	9.00-14.00	Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., Галиева Э.И., Дубова О.М.	4 Л 2 СЗ	г. Магнитогорск
2.	2.10. 2013	Организация хирургической стоматологической помощи. Состояние и перспективы развития стоматологической хирургической помощи в РФ. Роль врача стоматолога в участковых больницах и ЦРБ в оказании помощи больным стоматологического профиля	9.00-14.00	Буляков Р.Т.	2 Л 2ПЗ 2 СЗ	
3	3.10. 2013	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области	9.00-14.00	Галиева Э.И.	6 ПЗ	
4	4.10. 2013	Клиническая анатомия челюстно-лицевой области. Теоретические аспекты проблемы боли и обезбо-	9.00-14.00	Галиева Э.И.	2 СЗ 2 Л	

		ливания в стоматологии Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста.			2Л	
5	5.10. 2013	Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста	9.00-14.00	Галиева Э.И	6 ПЗ	
6	7.10. 2013	Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях в амбулаторной стоматологической практике	9.00-14.00	Буляков Р.Т	4 СЗ 2 ПЗ	
7	8.10. 2013	Заболевания СОПР. Предраки ЧЛО	9.00-14.00	Гумерова М.И.	2 СЗ 4 ПЗ	
8	9.10. 2013	Заболевания пародонта. Современные данные об этиологии и патогенезе	9.00-14.00	Гумерова М.И.	6 ПЗ	
9	10.10. 2013	Хирургическое лечение заболеваний пародонта	9.00-14.00	Гумерова М.И.	2 Л 4 ПЗ	
10	11.10. 2013	Дефекты в области фуркации корней зубов. Рецессия десны.	9.00-14.00	Гумерова М.И.	2 Л 4 ПЗ	
11	12.10. 2013	Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике	9.00-14.00	Галиева Э.И	6 СЗ	
12	14.10. 2013	Дентальная имплантация	9.00-14.00	Сельский Н.Е.	2 Л 2 СЗ 2 ПЗ	
13	15.10. 2013	Зубосохраняющие операции	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
14	16.10. 2013	Врожденные пороки лица и челюстей	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
15	17.10. 2013	Заболевания и повреждение ВНЧС	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
16	18.10. 2013	Одонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
17	19.10. 2013	Неодонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
18	21.10. 2013	Травмы челюстно – лицевой области.	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	

19	22.10. 2013	Невралгия и неврит тройничного нерва	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 СЗ 4 ПЗ	
20	23.10. 2013	Доброкачественные опухоли и опухолеподоб- ные образования челюстно – лицевой области	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 4 ПЗ	
21	24.10. 2013	Злокачественные опухоли челюстно – лицевой области	9.00-14.00	Галиева Э.И	2 Л 2 ПЗ 2 СЗ	
22	25.10. 2013	Основы восстановительной хирургии челюстно- лицевой области	9.00-14.00	Сельский Н.Е.	4 Л 2 СЗ	
23	26.10. 2013	Защита курсовых работ хирургов. Тестирование	9.00-14.00	Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., Галиева Э.И., Дубова О.М.	6	
24	28.10. 2013	Итоговый экзамен	9.00-14.00	Буляков Р.Т., Саляхова Г.А., Галиева Э.И., Дубова О.М.	6 Э	

Зав.кафедрой
стоматологии общей практики
ИПО БГМУ:

д.м.н. Р.Т.Буляков

4.3.2. СЕМИНАРЫ

- 1 Клиническая анатомия челюстно-лицевой области.
2. Оказание неотложной помощи при общесоматических осложнениях и амбулаторной стоматологической практике.
3. Обезболивание при амбулаторных стоматологических вмешательствах у пациентов взрослого и детского возраста.
4. Лечение болезней пародонта.

5. Результаты изучения материала дисциплины

5.1. Практическая часть (манипуляции)

- ❖ забор экссудата из раны для бактериологического исследования - 10.
- ❖ цитологическая биопсия методом пункции или соскоба - 15.
- ❖ биопсия -15,
- ❖ инфильтрационная анестезия - 15
- ❖ проводниковая анестезия на верхней челюсти - 20,
- ❖ проводниковая анестезия на нижней челюсти - 20,
- ❖ удаление различных групп зубов на верхней и нижней челюстях -20
- ❖ удаление ретинированных и дистопированных зубов – 20 ,
- ❖ ревизия лунки при альвеолите 15,
- ❖ остановка луночковых кровотечений - 15,
- ❖ удаление секвестров при остеомиелите лунки зуба - 10,
- ❖ рассечение или иссечение слизистой оболочки (капюшона) при перекороните -15
- ❖ пластическое устранение ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи -10,
- ❖ резекция верхушки корня зуба - 10,
- ❖ гемисекция зуба -10,
- ❖ ампутация корня зуба -10,
- ❖ вскрытие субпериостальных абсцессов -15,
- ❖ вскрытие поверхностных абсцессов мягких тканей - 15,
- ❖ проведение блокад при воспалительных инфильтратах - 10,
- ❖ бужирование протоков слюнных желез -10,
- ❖ удаление камней из протоков слюнных желез -5,
- ❖ пункция верхнечелюстной пазухи -10,
- ❖ открытый кюретаж патологических зубодесневых карманов - 15
- ❖ лоскутные операции - 10,
- ❖ гингивотомия - 10,

- ❖ гингивэктомия - 10,
- ❖ первичная хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области - 15,
- ❖ вправление вывиха нижней челюсти - 15,
- ❖ изготовление и наложение проволочных шин: гладких, с распорочным изгибом, с зацепными петлями - 10,
- ❖ наложение стандартных проволочных шин, шин лабораторного типа - 15,
- ❖ цистотомия, цистэктомия -15,
- ❖ удаление ретенционных кист малых слюнных желез - 15,
- ❖ удаление доброкачественных опухолей мягких тканей лица - 5,
- ❖ удаление эпулисов - 5,
- ❖ пластическое удлинение укороченных уздечек губ, языка - 5,
- ❖ пластическое углубление мелкого преддверия рта на протяжении 4-5 зубов-5,
- ❖ удаление фиброматозных разрастаний, сосудистых новообразований небольшого размера - 10,
- ❖ обследование пациентов с различными заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области – 10,
- ❖ дифференциальная диагностика различных заболеваний челюстно-лицевой области, в том числе доброкачественных и злокачественных опухолей – 5,
- ❖ чтение рентгеновских снимков -1 5.

6. Методы контроля и учета результатов усвоения материала дисциплины

Требования к семинарским занятиям:

- изучение 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 клинических ситуационных задач при нестандартных клинических ситуациях 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 стоматолога - хирурга:

- самостоятельное обследование амбулаторных больных,
- составление и осуществление комплекса необходимых лечебных, диагностических и реабилитационных мероприятий,
- участие в клинических конференциях, клинических разборах больных,
- оценка и интерпретация результатов дополнительных методов исследований,
- разбор тематических больных,
- участие в обследованиях больных, выполнение манипуляций,

- заполнение амбулаторных карт, статистических талонов и др. медицинской врачебной документации,
- оформление ежедневных протоколов работы с указанием доли самостоятельного участия резидента.

Контрольные мероприятия для оценки знаний стоматологов - хирургов:

- контроль исходных знаний;
- текущий контроль по теме семинарского занятия в виде собеседования;
- промежуточный контроль;
- итоговый контроль проводится в конце цикла по практической части, тестирование, собеседование по билетам.

7. Учебно – методическое обеспечение дисциплины.

7.1. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА

Новые технологии обучения

- Решение обучающих и контролирующих тестов по всем разделам теоретического раздела программы и практической деятельности с использованием компьютера.
- Раздаточный информационный материал (учебные пособия, информационные листы, методические указания и пособия).
- альбомы, слайды.
- Обучающие видеокассеты, DVD –диски.
- Видеофильмы, компьютерные обучающие и контролирующие программы.
- Ролевые игры

Используются: компьютер, сканер, мультимедийный проектор, негатоскоп, телевизор, видеомагнитофон, DVD - проигрыватель

7.2. АЛЬБОМЫ, СЛАЙДЫ, СХЕМЫ.

1. Клиническая анатомия челюстно-лицевой области
2. Амбулаторная хирургия
3. Обезболивание
4. Предраковые заболевания
5. Опухоли
6. Заболевания пародонта
4. Наборы рентгенологических снимков
5. Муляжи

- 6. Стенды
- 7. Тренажеры

7.3 УЧЕБНЫЕ СЛАЙДЫ, ВИДЕОФИЛЬМЫ.

Мультимедийные слайды по разделам: «Клиническая анатомия челюстно-лицевой области», «Амбулаторная хирургия», «Пародонтальная хирургия», «Гнойно-воспалительные заболевания», «Заболевания и повреждения нервов», «Заболевания височно-нижнечелюстного сустава», «Травмы челюстно-лицевой области», «Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания», «Предраковые заболевания», «Злокачественные опухоли», «Врожденная патология челюстно-лицевой области», «Восстановительная хирургия».

Видеофильмы:

«Местное обезболивание»,
«Дезинфекция»,
«Болезни пародонта»,
«Реанимация»

7.4. Перечень методических указаний, рекомендаций

Для преподавателей разработаны методические рекомендации лекционного курса, практических и семинарских занятий.

Для курсантов разработаны методические указания к практическим занятиям.

7.5. Учебно- отчетная документация

Учебно – отчетная документация оформляется соответственно требований ИПО БГМУ.

8. Учебно – методический материал по дисциплине.

8.4. ДИРЕКТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, НОРМАТИВЫ, ИНСТРУКЦИИ.

КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ ПО ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Вариант 1

1. 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

2. 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)

3. 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

4. В поднятии нижней челюсти не участвует

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

5. 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)

6. Дефицит аскорбиновой кислоты в период заживления раны приводит

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

7. 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

8. Носовая полость образована

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

9. 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

10. Местные анестетики относятся

- а) к антигистаминным фармакологическим соединениям

- б) к антагонистам ацетилхолина
- в) к антиаритмическим препаратам
- г) к аналептикам
- д) к нейроплетикам

11. Лидокаин относится

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

12. Эфиром пара-аминобензойной кислоты является

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

13. 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 у

14. Выраженное сосудорасширяющее действие оказывают

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

15. 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)

16. 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

17. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

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

18. Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна

- а) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б) для нижнего первого моляра

в) для центральных нижних резцов

19. 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

20. При применении норадреналина наблюдаются следующие эффекты

- а) положительное инотропное действие на сердце
- б) пипергликемия и повышение метаболизма в организме
- в) увеличение коронарного кровотока
- г) вазоконстрикция сосудов почек
- д) повышение работы миокарда

21. 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

22. Никакого радикала парааминобензойной кислоты не имеет следующий местный анестетик

- а) лидокаин, совкаин
- б) новокаин

23. Стерилизовать автоклавированием можно

- а) лидокаин, дикаин
- б) тримекаин

24. Нижняя челюсть иннервирует ветвь тройничного нерва

- а) 1-ой
- б) 11-ой
- в) 111-ей

25. Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва

- а) 1-ой
- б) 11-ой
- в) 111-ей

26. Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа

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

27. При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей

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

28. В зону обезболивания при туберальной анестезии входят

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

29. 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
- 30. При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада**
- а) носонебного нерва
 - б) большого небного нерва
 - в) среднего верхнего зубного сплетения
- 31. 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
- 32. 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
- 33. Нижнечелюстной нерв является ветвью тройничного нерва**
- а) I-ой
 - б) II-ой
 - в) III-ей
- 34. Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие**
- а) сонное
 - б) круглое
 - в) овальное
 - г) остистое
- 35. Двигательной ветвью тройничного нерва называется**
- а) n. masseter
 - б) n. auriculotemporalis
 - в) n. temporalis anterior profundus
 - г) n. temporalis medialis profundus
- 36. Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является**
- а) моляры
 - б) височный гребешок
 - в) позадиомолярная ямка
 - г) крыловидночелюстная складка
- 37. К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание**
- а) торусальная
 - б) подскуловая по Егорову
 - в) из поднижнечелюстной области
- 38. При торусальной анестезии происходит блокада нервов**
- а) язычного и щечного
 - б) язычного и нижнелуночкового
 - в) язычного, щечного и нижнелуночкового
 - г) язычного, нижнелуночкового и подбородочного
- 39. При анестезии язычного нерва иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне**
- а) первого моляра
 - б) второго моляра
 - в) третьего моляра

- 40. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится**
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
- 41. Включение двигательных волокон нижнечелюстного нерва проводится**
а) при рубцовой контрактуре
б) при вправлении скуловой кости
в) при воспалительной контрактуре
- 42. Целью проведения анестезии по Берше является блокада**
а) язычного и нижнелуночкового нервов
б) язычного, щечного и нижнелуночкового нервов
в) двигательных волокон тройничного нерва
- 43. Стволовая анестезия верхнечелюстного нерва проводится**
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
- 44. Стволовая анестезия нижнечелюстного нерва проводится**
а) у сонного отверстия
б) у овального отверстия
в) у остистого отверстия
г) у круглого отверстия
- 45. 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
- 46. Для проведения стволовой анестезии используют иглу длиной**
а) 3-4 см
б) 7-8 см
в) 10-15 см
- 47. Ориентиром вкола иглы при анестезии верхнечелюстного нерва по Вайсблату служит**
а) суставной бугорок
б) скулоальвеолярный гребень
в) середина трагоорбитальной линии
- 48. 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
- 49. Наркоз, используемый при длительных и травматических операциях**
а) масочный
б) внутривенный
в) электронаркоз
г) эндотрахеальный
- 50. При нейролептаналгезии препараты вводят**
а) энтерально
б) внутривенно

- в) ингаляционно
- г) внутримышечно

51. Препараты, используемые для нейролептаналгезии

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

52. Признаком наступления нейролептаналгезии является

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

53. Атаралгией называется

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

54. Для проведения атаралгезии применяют препараты группы

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

55. Показанием к проведению общего обезболивания является

- а) травматичность операции
- б) длительность вмешательства
- в) неуравновешенность психики больного

56. Противопоказанием к проведению общего обезболивания является

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

57. При передозировке адреналина больному необходимо ввести

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

58. Во время коллапса сознание

- а) сохранено
- б) не сохранено

59. Коллапс - это

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

60. Во время коллапса кожные покровы

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

- 61. К диадинамическому току относится**
а) однотоктный непрерывный ток
б) двухтактный непрерывный ток
в) прерывистый ритмичный ток
г) все вышеперечисленные
- 62. В основе диадинамических токов лежит**
а) снижение рН внутритканевой жидкости
б) нервно-рефлекторные механизмы
в) раздражение вегетативных образований
- 63. 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
- 64. В основу образования ультразвука положен следующий принцип**
а) высокочастотные колебания электрического поля
б) магнитострекционный эффект пьезоэлектрических датчиков
- 65. Бактерицидное действие ультрафиолетового излучения основано на том, что**
а) в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
б) бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
- 66. Магнитотерапия при переломах назначается**
а) на 1-2 день
б) на 2-3 день
в) на 4-5 день
- 67. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия**
а) с 2-1 дня
б) с 3-4 дня
- 68. Для уменьшения спаечных процессов и келоидных рубцов ультразвук назначается**
а) сразу после операции
б) через 3-5 дней после операции
в) через 4-6 дней после снятия швов
- 69. 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
- 70. 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
- 71. Если больной не может подробно рассказать анамнез заболевания, следует**
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)
- 72. 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
- 73. 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)
- 74. Существуют следующие виды риноскопии**
- а) передняя
 - б) средняя
 - в) задняя
 - г) боковая
- 75. При передней риноскопии можно осмотреть носоглоточное пространство**
- а) да
 - б) нет
- 76. 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
- 77. Пальпация относится**
- а) к клиническому методу обследования больного
 - б) к дополнительному методу обследования больного
 - в) к лабораторному методу обследования больного
- 78. В норме лимфатические узлы лица и шеи определяются**
- а) да
 - б) нет
- 79. Правильно проводить пальпацию**
- а) от "здорового" к "больному" участку тела
 - б) от "больному" к "здоровому" участку тела
- 80. 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
- 81. При перкуссии грудной клетки можно судить о расширении переднего средостения при медиастените**
- а) да
 - б) нет
- 82. При перкуссии зубов определяется**
- а) болевая реакция
 - б) некроз пульпы
 - в) перелом коронки зуба
 - г) перелом корня зуба
 - д) подвижность зубов
- 83. К общим противопоказаниям к удалению зубов относится**
- а) острый лейкоз
 - б) заболевания крови, сердечно-сосудистой системы
 - в) хронический периодонтит в стадии обострения

- г) гипертоническая болезнь легкой степени
- д) общая слабость

84. 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)

85. 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

86. 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

87. 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

88. 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

89. 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

- 90. 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)
- 91. 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
- 92. 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
- 93. 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
- 94. 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
- 95. 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
- 96. 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
- 97. 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
- 98. Прозопалгия - это**

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

99. С V нервом связано

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

100. V нерв связан VII

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

Эталоны ответов к варианту 1

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

Вариант 2

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 кнаружи; 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 поднимании челюсти

- а) движется 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 больную 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 больную сторону; трудно открывать рот из-за боли по утрам

16. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в

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

17. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти

- а) наркоз
- б) местное
- в) нейролептаналгезия
- г) стволовая 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 вправления 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 тромбофлебит угловой 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 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, иглтерапия
- б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой височно-нижнечелюстного сустава
- в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
- г) физиотерапия, удаление мышечкового 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. Для уточнения диагноза "острый ревматический артрит необходимы исследования

- 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. Характерным для анамнеза острого травматического артрита является

- 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, артрит чаще возникает

- 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 иррадиирующие боли
- в) привычный вывих

62. Для деформирующего артроза характерен следующий

рентгенологический признак

- а) расширение суставной щели
- б) изменение контуров сочленяющих 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. Основным методом 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 нижней 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

Эталоны ответов к варианту 2:

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)

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

Вариант 3

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 отделяемое 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) алопеции
- 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. Прогностические 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. Основной метод 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) Венса
- 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) Венса
- 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) Венса
- 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 нижнелобного внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгену) являются

- а) онемение и подвижность области премаляров и клыка
- б) подвижность маляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнелобного нерва

74. Клиническими симптомами рака нижнелобного наружного сегмента верхней челюсти (по Онгену) являются

- а) онемение и подвижность области премаляров и клыка
- б) подвижность маляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнелобного нерва

75. Клиническими симптомами рака верхнелобного внутреннего сегмента верхней челюсти (по Онгену) являются

- а) онемение и подвижность области премаляров и клыка
- б) подвижность маляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнелобного нерва

76. Клиническими симптомами рака верхнелобного наружного сегмента верхней челюсти (по Онгену) являются

- а) онемение и подвижность области премаляров и клыка
- б) подвижность маляров, ограничение открывания рта
- в) парестезия зоны II ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
- г) экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнелобного 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) 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

82. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать

- а) с ретенционной 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) околояремные
- 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) околояремные
- 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 картины "матового стекла"

Эталоны ответов к варианту 3:

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 4

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.trapesius
- 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.trapesius

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) небольшой размер (до 3-х зубов в полости)
 - г) большие размеры (до 3-х зубов в полости)

д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

47. Показанием для цистэктомии радикальных кист челюстей является

- а) прорастание кисты в полость носа
- б) одиночная киста с одним корнем в полости
- в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- г) большой размер (до 3-х зубов в полости)
- д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

48. Цистотомия проводится при радикальной 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 радикальной 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. Ороназальная цистотомия проводится при радикальных кистах

- а) оттеснивших полость носа
- б) нижней челюсти больших размеров
- в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху

51. Ороназальная цистотомия проводится при радикальных 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 радикальной 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 радикальной 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) радикальная
- в) фолликулярная
- г) носо-небного канала

60. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикальная

- 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) эпulis
- 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 веществе которой произошло слизистое перерождение, называется

- а) кистофибромой
- б) фибромиксомой
- в) антиофиомой
- г) фиброгранулемой

69. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят

- а) эпulis
- 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. Фиброматоз 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 "липостома 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, кистой
- 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

Эталонные ответы к варианту 4:

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 5

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 химический 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 химический 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 химический 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 эрозии 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 эрозии 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. Радикулярная 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 радикулярной 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 радикулярных 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) адантиннома
- б) болезнь Педжета
- в) болезнь Реклингаузена
- г) синдром Олбриджа
- д) поликистома

42. Формы эмелобластом

- а) кистозная
- б) солидная
- в) литическая
- г) смешанная
- д) ячеистая

43. Дифференциальную диагностику при подозрении на амелобластому необходимо проводить

- а) со злокачественной опухолью
- б) с фиброзной остеодисплазией
- в) с остеодистрофией
- г) с остеонид-остеомой

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 разреза 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, отступая 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 кровотокающим 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 цементоподобной 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) адамантиома

- 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 разнообразиями

- 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 взбуханием кости, подвижностью зубов в этой области

79. При остеобластокластоме наблюдается рассасывание корней зубов

- а) да
- б) нет

80. В пользу остеобластокластомы свидетельствует наличие в пунктате

- а) жидкости бурого цвета
- б) жидкости янтарно-желтого цвета
- в) жидкости ярко-красного цвета
- г) отсутствие жидкости

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 размеров 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 остеобластокластомы, 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 остеобластомы, 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 озлокачествлению
- 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
- 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) остеолизома
 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 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
- 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 Реклингаузена
 в) болезнь Тыратынова
 г) болезнь Микулича
 д) болезнь Счегреса
- 100. Формы эозинофильной гранулемы**
 а) очаговая
 б) диффузная
 в) литическая
 г) кистозная
 д) ячеистая

Эталоны ответов к варианту 5:

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 6

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 бугристым 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 лучевое
- 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 вылущивание опухоли
- б) резекция участков челюсти с пластикой
- в) лучевая терапия
- г) комбинированное лечение

8. Цементнома - 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 разряжения 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. Чаше 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 Реклингаузена
- 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 остеопитическими 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 Реклингаузена

б) паратиреоидный остоз

в) болезнь Педжета

г) паратиреоидная остеодистрофия

д) синдром Олбрайта

47. При гиперпаратиреонидозе поражаются все кости скелета

- а) нет
- б) да

48. При гиперпаратиреонидной 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 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. Рецидивирующие воспалительные процессы в месте локализации опухоли являются характерным признаком лимфангиом

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 врастанием 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 папилломатозах 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. Озлокачествление леймиомы и рабдомиомы возможно**
- 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. Дистопия щитовидной железы в область корня языка возможна**
- 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. Существуют теории происхождения нейрофиброматоза Реклингаузена**
- 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. Поражение костей лицевого и мозгового черепа при болезни Реклингаузена возможно**
- 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 невrogenная опухоль из оболочки нерва
 б) доброкачественная опухоль из нервных ганглиев
 в) доброкачественная опухоль из параганглионарных структур
 г) злокачественная невrogenная 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 невриноом**
 а) пограничный симпатический нервный ствол и его ветви
 б) спинномозговые нервы
 в) блуждающий нерв
 г) подъязычный нерв
 д) все вышеперечисленное
- 90. Спонтанные боли и боли при пальпации опухоли являются обязательными для невриноом**
 а) да
 б) нет
- 91. При лечении невриноом 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. Клинически отличить невриноому и нейрофиброматоз возможно**
 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. Нервно-психическое состояние больного перед восстановительными операциями учитывается**
 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

Эталонные ответы к варианту 6:

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)