федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**«челюстно-лицевая хирургия»**

**для подготовки по специальности**

**31.05.03 – стоматология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 – «Стоматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 9 от «30» апреля 2021 г.

Оренбург

**1**. **Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**УК-1** Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

**УК-3** Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели

**УК-6** Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни

**ОПК-4** Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения

**ОПК-5** Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

**ОПК-7** Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения

**ОПК-12** Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента

**ПК-1** Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний

**ПК-3** Способен применять современные методы асептики и антисептики, дезинфекции и стерилизации стоматологических инструментария и оборудования, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений стоматологических организаций, использовать средства индивидуальной защиты для профилактики внутрибольничной инфекции при лечении пациентов

**ПК-4** Способен провести по показаниям премедикацию, аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию при лечении стоматологических заболеваний

**ПК-5** Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых

**ПК-6** Способен к диагностике угрожающего жизни состояния и оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме

**ПК-7** Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии

**ПК-12** Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1. Травмы мягких тканей и костей лицевого скелета**

1. Статистика и классификация неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области мирного времени.
2. Клиническая картина и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти.
3. Классификация перелома верхней челюсти.
4. Клиническая картина и особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица в зависимости от характера ранения, вида ранящего снаряда.
5. Лечение пострадавших с переломами челюстно-лицевой области.

**Модуль 2. Челюстно-лицевое протезирование**

1. Основы деонтологии. Особенности приема челюстно-лицевых больных в клинике ортопедической стоматологии.
2. Особенности протезирования при врожденных дефектах верхней челюсти.
3. Показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации.
4. Противопоказания к дентальной имплантации.
5. Современные CAD/CAM системы, применяемые для изготовления коронок и микропротезов.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1. Травмы мягких тканей и костей лицевого скелета**

Практическое занятие №1

Тема: Классификация неогнестрельной травмы лица. Причины травматизма и его профилактика. Методы обследования пациентов. Основные организационные принципы оказания медицинской помощи пострадавшим при повреждениях мягких тканей. Принципы диагностики и лечения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, письменный опрос, решение-проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Статистика и классификация неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области мирного времени.
2. Основные принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.
3. Методы клинического обследования пострадавших с травмой лица.
4. Оказание медицинской помощи пострадавшим при повреждениях мягких тканей.
5. Общие осложнения при неогнестрельных повреждениях мягких тканей и костей лица (асфиксия, кровотечение, шок).
6. Лечение общих осложнений.

Вопросы для письменного опроса:

* 1. Как подразделяется травма мирного времени.
  2. В чем различие между понятиями сочетанная и изолированная травма.
  3. Что такое комбинированное повреждение.

Тестовые задания:

1. Ссадина - это:

1) закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности

2) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки

3) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием

2. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:

1) ушибленная 2) резаная 3) колотая

4) укушенная 5) размозженная 6) скальпированная

3. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:

1) нет, несоответствия нет

2) раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке

3) рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже

4. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

1) 1 - 2 часа после ранения 2) 3 - 6 часов после ранения

3) 10-12 часов после ранения 4) 24 часа после ранения

5) 48 часов после ранения

5. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

1) первая по счету обработка раны у больного;

2) хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;

3) хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;

4) хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;

5) хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции

6. Когда проводят сшивание кожи со слизистой оболочки во время хирургической обработки раны?:

1) при ранении мягких тканей околоушно-жевательной области;

2) при больших сквозных дефектах в области щек;

3) при нагноившихся ранах мягких тканей щек или губ;

4) при вскрытии гнойных лимфаденитов.

7. Определение название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетания

4) комбинирования 5) комплексная

8. Определите название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетанная

4) комбинированная 5) комплексная

Практическое задание:

**I. Классификации травматических повреждений челюстно-лицевой области**

*А. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области по обстоятельствам получения травмы (заполните таблицу):*

|  |  |
| --- | --- |
| Производственная травма | Непроизводственная травма |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Б. Классификация ран. Дайте определение согласно описанию.*

1. Возникают от удара тупым предметом с одновременным ушибом окружающих тканей. При ударе в область щеки, верхней и нижней губы, в результате повреждения зубами, могут образоваться раны на слизистой оболочке. Таким образом раны инфицируются микрофлорой ротовой полости. Истекающая через рану слюна раздражает кожу.

2. Рана, возникшая под влиянием перерастяжения тканей; характеризуется неправильной формой краев, отслойкой или отрывом тканей, значительной зоной их повреждения. Oбразуются: при ударах неровными предметами, при падении, производственных или спортивных травмах и других случаях.

3. Рана, нанесенная острым предметом; характеризуется линейной или веретенообразной формой, ровными параллельными краями. Такие раны, даже если они не проходят через глубокие слои мягких тканей челюстно-лицевой области, довольно сильно зияют. Это происходит из-за ранения мимических мышц, которые сильно сокращаются и расширяют рану. Создается ложное представление о наличии дефекта тканей.

4. Рана, нанесенная острым предметом с небольшими поперечными размерами; характеризуется узким и длинным раневым каналом. Всегда имеется входное отверстие и раневой канал.

5. Рана от удара тяжелым острым предметом. Имеют щелевидную форму, характеризуются большой глубиной. В отличие от других ран имеют более обширное повреждение мягких тканей и краев раны. Чаще всего эти повреждения сопровождаются переломами костей лицевого скелета и могут быть проникающими в полости (рта, носа, глазницы, черепа, верхнечелюстную пазуху). Переломы костей обычно оскольчатые.

6. Рана, нанесенная зубами животного или человека; характеризуется инфицированностью, неровными и раздавленными краями.

7. Рана, при нанесении которой произошло раздавливание и разрыв тканей (взрывы). Нередко повреждаются глубокорасположенные ткани и органы (слюнные железы, глазное яблоко, гортань, трахея, язык, зубы) и крупные сосуды, нервы. Возникают обильные кровотечения, возможна асфиксия.

8. Рана с полным или почти полным отделением обширного лоскута кожи. Встречается, в основном, на выступающих участках лицевого скелета (нос, лоб, скуловая область, подбородок и др.).

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача. 1. В стационар доставлен раненный после ДТП с повреждением нижней трети лица. Не кричит, не стонет, на вопросы не отвечает.

* + - 1. Провести оценку состояния больного.

Задача 2. В стационар доставлен раненный с ножевым ранением в области левой щеки, проникающим в полость рта.

Поставьте диагноз согласно классификации.

Задача 3. В поликлинику обратился раненный с касательным осколочным ранением подглазничной области. При осмотре выявлено повреждение глаза

1. Куда должен быть направлен раненный для оказания медицинской помощи?

Задача 4. В стационар доставлен раненный с ожогом спины и переломом нижней челюсти

1. К какому типу, согласно классификации, относится данное поражение?

Проверка практических навыков:

* 1. Обследование пациентов с повреждениями мягких тканей и костей лица.

Практическое занятие №2

Тема: Переломы и вывихи зубов. Вывихи нижней челюсти. Лечение. Особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиника, диагностика и лечение переломов и вывихов зубов.
2. Механизм вывиха в височно-нижнечелюстном суставе.
3. Клинические признаки одно- и двустороннего вывиха нижней челюсти. Способы вправления. Осложнения.
4. Привычные вывихи. Клиника, профилактика, лечение.
5. Невправимые (застарелые) вывихи, лечение.
6. Принципы и особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица.
7. Перевязка наружной сонной артерии, показания и техника операции.
8. Показания и противопоказания к наложению первичных; первично-отсроченных; вторичных (ранних и поздних) швов.
9. Показания и методика наложения пластиночных швов: первичных разгружающих; первичных направляющих; сближающих; ранних вторичных.

Вопросы для письменного опроса:

* + - 1. Способы вправления вывихов нижней челюсти.
      2. Лечение невправимых вывихов.

Тестовые задания:

1. При вколоченном вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) его режущая или жевательная поверхность располагается ниже соседних зубов

2) на рентгенограмме не видна периодонтальная щель

3) на рентгенограмме переодонтальная щель расширена

4) ответы 1+2

5) ответы 1+3

2. При неполном боковом вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) зуб располагается вне зубной дуги и удерживается только слизистой оболочкой

2) зуб располагается в лунке «глубже» соседний зубов и не имеет контакта с антоганистами

3) на рентгенограмме периодонтальная щель не видна

4) на рентгенограмме периодонтальная щель расширена

5) зуб неподвижен

3. При неполном или вколоченном вывихе в качестве экстренной помощи показана:

1) его немедленная экстракция

2) его немедленная реплантация с ревизией лунки и пломбировкой канала корня

3) отсроченная реплантация

4) вправление в зубную дугу с надежной фиксацией к соседним зубам и наблюдение (возможно отсроченное пломбирование канала через 4 недели)

5) наблюдение

4. При травме зуба (ушиб, вывих) первые признаки гематомы пульпарной полости (изменение цвета эмали) появляются в зоне:

1) режущий край или жевательная поверхность

2) оральная поверхность

3) мезиальная или дистальная поверхности

4) вестибулярная поверхность

5) ответы 2+4

5. Гематома пульпарной полости вызывает следующее изменение цвета эмали:

1) потемнение с коричневым оттенком 2) просветление с опалесцирующим оттенком

3) тип «мелового пятна» 4) «синюшный»

5) красно-розовый

6. При гематоме пульпарной полости на рентгенограмме зуба:

1) нет специфических признаков

2) очаг просветления округлой формы в зоне гематомы

3) очаг затемнения в зоне гематомы

4) расширение периодонтальной щели

5) сужение периодонтальной щели

7. При гематоме пульпарной полости чувствительность зуба при электроодонтометрии будет:

1) не изменена 2) снижена 3) повышена

4) отсутствует 5) могут быть все варианты

8. При вколоченном вывихе зуб:

1) удаляют 2) реплантируют

3) манипуляций не производят 4) фиксируют гладкой шиной к зубам

5) вправляют и не фиксируют

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний укалывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 12 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 12. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 12 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов l1, 12 снижена.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 2. Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Задача 3. Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усили­вающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II сте­пени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболоч­ка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 13, 12 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, пе­риодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование лечения пациентов с ушибом зуба.
  2. Планирование лечения пациентов с переломом зуба.
  3. Планирование лечения пациентов с вывихом зуба
  4. Планирование лечения пациентов с вывихами нижней челюсти.

:

Практическое занятие №3

Тема: Неогнестрельные и огнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация, клиническая картина, диагностика. Оказание первой врачебной помощи.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Статистика и классификация переломов нижней челюсти.
2. Типичные места неогнестрельных переломов нижней челюсти. Механизм смещения отломков при неогнестрельных переломах нижней челюсти.
3. Клиническая картина и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти).
4. Состояние зубов, находящихся в линии перелома нижней челюсти, показания к их сохранению.
5. Методы временной транспортной иммобилизации при переломах нижней челюсти.
6. Огнестрельные повреждения лица. Баллистика. Поражающие факторы. Зоны поражения ткани в раневом канале.
7. Клиническая картина свежих огнестрельных тканей лица, верхней челюсти, нижней челюсти, скуловой кости и дуги.
8. Классификация огнестрельных переломов нижней челюсти.
9. Оказание помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.
10. Особенности обработки огнестреран лица с повреждением костей лицевого скелета.
11. Показания к удалению инородных тел из окружающих рану тканей.

Тестовые задания:

1. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

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

1) книзу и кзади 2) кверху и вперед 3) медиально и вперед

4) латерально и кверху 5) сагиттально и вниз

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

1) книзу и кзади 2) кверху и вперед 3) медиально и вперед

4) латерально и кверху 5) сагиттально и вниз

4. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) собственно жевательная 5) грудино-ключично-сосцевидная

5. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

6. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

Проверка практических навыков:

* 1. Диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти.

Практическое занятие №4

Тема: Принципы комплексного лечения переломов нижней челюсти. Ортопедические и хи­рургические методы иммобилизации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Ортопедические методы лечения переломов. Иммобилизация с помощью назубных, зубонадесневых и надесневых шин.
2. Виды назубных проволочных шин, показания к наложению, техника изготовления и закрепления назубных гнутых проволочных шин. Сроки лечебной иммобилизации нижней челюсти.
3. Оперативные методы фиксации переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания к оперативным методам фиксации. Преимущество и недостатки.
4. Внеротовая фиксация при переломах и дефектах нижней челюсти. Аппараты для внеротовой фиксации их устройство и применение. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию.

Тестовые задания:

1. Остеосинтез по Макиенко проводится:

1) спицей 2) минипластинами 3) стальной проволокой

4) бронзо-алюминиевой лигатурой 5) компресионно-дистракционным аппаратом

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

1) ежедневно 2) ежемесячно 3) еженедельно

4) 3 раза в месяц 5) 2 раза в неделю

3. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

1) спицей 2) винтами 3) проволочной лигатурой 4) брекетами 5) гайками

4. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

1) боль, сухость во рту, кровоподтеки

2) нарушение прикуса, боль, припухлость

3) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

4) гиперсаливация, боль, снижение зрения

5) боль, повышение температуры тела

5. Осложнения воспалительного характера при переломах челю­стей

1) периостит 2) фурункулез 3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны Д. сифилис

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

1) книзу 2) кверху 3) медиально 4) латерально 5) вперед

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8, Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

Практическое задание:

Поставьте диагноз.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

Задача 2. В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фрон­тальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловли­вающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неиз­вестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьяне­ния. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в даль­нейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Ботки­на, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоро­вым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследова­нии нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной ком­пактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отсто­ит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 3. В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночыо. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответ­ственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между зубами 35, 37. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, кпереди и в язычную сторону. Средняя линия (между цент­ральными резцами) смешена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

1. Поставьте предварительный диагноз, объясните механизм смещения фрагментов.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

Задача 4. Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на третьи сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено, что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей в око­лоушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмеча­ется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фраг­менте нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Задача 5. Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом о лобовое стекло, был доставлен в больницу, где было проведена первичная хирур­гическая обработка (ПХО) мелких ран и ссадин лица, введена противостолбнячная сыворотка. Спустя четверо суток в связи с неудобствами во время приема пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В на­стоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяются многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного косой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагмен­тов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов верти­кальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. Зуб 38 распо­ложен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенограмме нижней челюсти определяется вертикальнокосое расположение тени линии пере­лома, несколько кнутри и кзади, причем на наружной и внутренней ком­пактных пластинках не на одном уровне.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с переломами нижней челюсти.

Практическое занятие №5

Тема: Осложнения травматических повреждений лица и челюстей. Клиническая картина, диагностика, общие принципы лечения. Уход за больными.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация осложнений при травме челюстно-лицевой области.
2. Травматический шок. Этиология, патогенез, противошоковая терапия.
3. Виды кровотечений, причины ранних и поздних кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.
4. Виды асфиксий. Клинические признаки, оказание помощи при различных видах асфиксий.
5. Нагноение костной раны. Травматический остеомиелит. Профилактика, клиника, лечение.

Вопросы для письменного опроса:

1. Этиология и патогенез травматического шока.
2. Причины ранних и поздних кровотечений.
3. Клиника травматического остеомиелита.

Тестовые задания:

1. Какое осложнение не встречается после перелома нижней челюсти:

1) кровоизлияния

2) гематомы

3) эмфизема мягких тканей

4) смещение отломков

5) лимфадениты

6) абсцессы и флегмоны

2. Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти:

1) нагноение костной раны

2) посттравматический остеомиелит

3) замедленная консолидация отломков

4) несросшийся перелом

5) заболевания височно-нижнечелюстного сустава

3. Массивная кровопотеря - это:

1) 20% кровопотери от объема циркулирующей крови

2) 20 - 35% кровопотери от объема циркулирующей крови

3) 35 - 50% кровопотери от объема циркулирующей крови

4. При кровотечении из раны или опухоли н\ч проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) нижнечелюстной артерии

4) язычной артерии

5. У раненного с двумя огнестрельными ранами (первое - в области тела нижней челюсти справа, диаметром 6 мм; второе – в области угла нижней челюсти слева, диаметром 40 мм) на губах видна запекшаяся кровь. Определите вид ранения:

1) слепое

2) сквозное

3) касательное

4) множественное

5) сочетанное

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на покраснение кожи и припухлость в нижнем отделе щечной области слева, болезнен­ность в этой области, онемение кожи левой половины губы и зубов на нижней челюсти слева, боли в области нижней челюсти при приеме пищи, общее недомогание, слабость, плохой аппетит. Из анамнеза выяснено, что месяц назад больной получил травму в области нижней челюсти справа и лечился в течение 10 дней в стационаре по поводу перелома нижней че­люсти справа в области ментального отверстия, затем амбулаторно лечил­ся в поликлинике по месту жительства, через 3 недели после шинирования сняли бимаксилярные шины, выписали на работу. Через неделю после этого появилась припухлость в области нижней челюсти слева, болезнен­ность, обратился к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. При местном осмотре: лицо несколько асимметрично за счет припухлости в нижнем отделе щеч­ной области слева. Кожа над припухлостью гиперемирована, уплотнена, пальпация несколько болезненна. Клинически подвижность фрагментов нижней челюсти слева в области предшествовавшего перелома не опреде­ляется. При рентгенологическом исследовании определяется тень в верх­ней трети линии перелома нижней челюсти слева в области ментального отверстия в стадии консолидации, по краю нижней челюсти слева опреде­ляется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окру­жающей костной тканью неспаянного.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 2. Больной, 23 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области слева, покраснение кожи над ней, болезненность в области угла нижней челюсти слева, усиливающуюся при жевании. Из анамнеза выяснено, что месяц назад во время драки получил травму в области нижней челюсти слева. К врачу не обращался, боли снимал аналь­гином. Твердую пищу принимать не мог. Неделю назад появилась при­пухлость в подчелюстной области слева, озноб, температура до 37,5°С, больной самостоятельно принимал антибиотики дома. Из перенесенных заболеваний: детские инфекции, ОРЗ, аппендэктомия. При местном осмотре: лицо асимметрично за счет припухлости в подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, в складку не собирается, определяется плотный болезненный при пальпации инфильтрат, размером 6.0x7,0 см. Паль­пация болезненна. В полости рта: наличие множественных кариозных полостей зубов, определяется подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, из десневого кармана в области третьего моляра слева гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании опре­деляется тень линии перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов нижней челюсти 0,6 см, в области перелома видны тени трех свободнолежащих секвестров, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача 3. Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость в подподбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяе­мым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснено, что пять недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен «скорой помощью» в стационар ЦРБ по месту жительства, где общим хирургом была проведена первичная хирургиче­ская обработка раны (ПХО) и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар област­ной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка, наложен наружный аппарат для остеосинтеза. Проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфициро­вания раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгеноло­гическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмеча­ются тени свободнолежащих мелких секвестров.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача 4. Больной, 31 года, обратился в клинику с жалобами на невозможность смыкания зубов, асимметрию лица, боли в области височно-нижнечелюстного сустава с обеих сторон, затруднение при пережевывании пищи. Из анамнеза выявлено, что полгода назад получил производственную травму лица при работе на строительстве в отдаленном районе, врачебной помощи получить не мог, лечился самостоятельно: компрессы, антибиотики. Отмечал невозможность приема твердой пищи из-за боли в области тела нижней челюсти справа, околочелюстные мягкие ткани при этом были отечны, болезненны, имелась обширная гематома. К врачу обратился впервые через полгода после травмы. Из перенесенных заболеваний указывает детские инфекции, ОРЗ. При местном осмотре отмечает­ся асимметрия лица за счет деформации нижней челюсти в области тела нижней челюсти справа. При пальпации нижней челюсти справа опреде­ляется «ступенька» по нижнему краю в проекции второго премоляра. Между зубами-антагонистами на стороне деформации контакта нет, начи­ная со второго премоляра. При рентгенологическом обследовании отмеча­ется консолидированный перелом тела нижней челюсти справа, причем дистальный фрагмент смещен вниз на 2,0 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 5. Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слеза. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит «В». При осмотре конфигура­ция лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом иссле­довании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному?

Проверка практических навыков:

* + - 1. Планирование лечения пациентов с осложнениями травматических повреждений лица и челюстей.

Практическое занятие №6

Тема: Перелом альвеолярного отростка. Переломы скуловой кости, скуловой дуги, костей носа.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиника, диагностика и лечение переломов альвеолярных отростков челюстей.
2. Клиника и диагностика переломов скуловой кости, скуловой дуги, костей носа.
3. Лечение пострадавших с переломами скуловой кости, скуловой дуги, костей носа.

Вопросы для письменного опроса:

* + - 1. Классификация переломов альвеолярного отростка.
      2. Клиническая картина переломов альвеолярного отростка.
      3. Лечение переломов альвеолярного отростка.

Тестовые задания:

1. Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома

2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

2. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) симптом «ступени», диплопия

4) кровоизлияние в нижнее веко

5) кровотечение из носа, головокружение

3. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

4. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

1) гематома

2) смещение отломков

3) воспалительная реакция

4) травма жевательных мышц

5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

1) травма глазного яблока

2) воспалительная реакция

3) смещение глазного яблока

4) травма зрительного нерва

5) интраорбитальная гематома

6. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель

2) распатор

3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа

5) крючок Лимберга

7. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель

2) распатор

3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа

5) элеватор Карапетяна

8. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1) птоз

2) гипосаливация

3) телеангиэктазии

4) парез ветвей лицевого нерва

5) вторичные деформации лицевого скелета

9. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1) радикальная верхнечелюстная синусотомия

2) остеотомия верхней челюсти

3) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

5) репозиция скуловой кости

10. Фиксация скуловой кости после ее репозиции осуществляется:

1) наружными швами

2) коллодийной повязкой

3) пластмассовым вкладышем

4) тампоном, пропитанным йодоформом

5) спицей Киршнера

11. Основной симптом перелома костей носа:

1) гематома

2) подкожная эмфизема

3) затруднение носового дыхания

4) патологическая подвижность костей носа

5) кровотечение из носовых ходов

12. Репозиция костей носа при западении отломков производится:

1) носовым зеркалом

2) крючком Лимберга

3) прямым элеватором

4) элеватором Волкова

5) элеватором Карапетяна

13. Репозиция костей носа при смещении отломков в бок производится:

1) мануально

2) крючком Лимберга

3) прямым элеватором

4) элеватором Леклюза

5) элеватором Карапетяна

14. Метод фиксации при переломах костей носа:

1) остеосинтез

2) пращевидная повязка

3) тампонада носовых ходов

4) наружная повязка из гипса или коллодия

5) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллоида

15. Вскрытие и дренирование гематомы носовой перегородки показано:

1) в возможно более ранние сроки

2) только в случае нагноения

3) только в случае неэффективности консервативной терапии и явлениях «осумковывания»

4) вообще не показано

5) при переломах костей носа

16. Метод фиксации при переломах костей носа:

1) остеосинтез 2) пращевидная повязка

3) тампонада носовых ходов 4) наружная повязка из гипса или коллодия

5) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллоида

Практическое задание:

Сформулируйте клинический диагноз. Методы временной и окончательной иммобилизации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Показания к оперативному лечению, методики. |
| 1 |  |  |

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

Задача 2. Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Проверка практических навыков:

Планирование лечения пациентов с переломами альвеолярного отростка.

Планирование лечения пациентов с переломами скуловой и дуги кости.

Планирование лечения пациентов с переломами костей носа.

Практическое занятие №7

Тема: Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Классификация, клиническая картина, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Классификация перелома верхней челюсти.
2. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти.
3. Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым прикреплением гипсовой шапочки.
4. Оперативные способы фиксации. Кранио - максиллярная фиксация с помощью костных швов и накостных минипластин.

Тестовые задания:

1. Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД

2) биопсия

3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

3. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и кверху

4. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

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

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

6. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

7. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

8. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

9. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

10. Основные жалобы при переломе верхней челюсти:

1) боль, сухость во рту, кровоподтеки 2) нарушение прикуса, боль, припухлость

3) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха 4) гиперсаливация, боль, снижение зрения

5) боль, повышение температуры тела

Практическое задание:

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Охарактеризуйте представленную методику лечения. |
| IMG_2008 | 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Определите методы хирургического лечения. |
|  | 1. Назовите вид иммобилизации. 2. При каком виде перелома производится данная иммобилизация. |

Сформулируйте клинический диагноз. Методы временной и окончательной иммобилизации.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Диагноз. Методы временной и окончательной иммобилизации |
|  |  |  |
| 2. |  |  |

Проблемно-ситуационные задачи:

Задача 1. Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

Задача 2. Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Задача 3. Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Задача 4. Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

Задача 5. Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с переломами верхней челюсти.

Практическое занятие №8

Тема: Сочетанные и комбинированные повреждения лица. Особенности клиническо­го течения. Сочетанная черепно-мозговая травма.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Статистика и классификация огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.
2. Клиническая картина и особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица в зависимости от характера ранения, вида ранящего снаряда.
3. Периоды течения раневого процесса.
4. Диагностика огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.
5. Функциональные нарушения, которые могут возникнуть при проникающих ранах в полость рта с повреждением языка, мягкого неба, глотки, зубов и челюстей.
6. Ранение языка, клиника, лечение.
7. Медицинская помощь при ранении мягких тканей лица на поле боя и этапах медицинской эвакуации.

Тестовые задания:

1. Какая травма относится к сочетанной:

1) перелом костей носа, резанная рана мягких тканей щеки и шеи

2) перелом верхней и нижней челюсти

3) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа

4) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа, рваная рана верхней губы и щеки

5) перелом нижней челюсти в области тела мыщелкового отростка слева и справа, вывих 21/12

2. Какая травма относится к множественной:

1) повреждены кости носа и мягкие ткани щеки

2) перелом нижней челюсти, костей носа, сотрясение головного мозга

3) перелом костей носа, скуловой кости, резаная рана щеки и шеи

4) перелом верхней челюсти, ушиб головного мозга

5) перелом верхней и нижней челюсти, скуловой кости, костей носа, рваная рана нижней губы, щеки и шеи

3. Определение название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма

2) множественная

3) сочетания

4) комбинирования

5) комплексная

4. Определите название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма

2) множественная

3) сочетанная

4) комбинированная

5) комплексная

5. При кровотечении из раны щеки проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии

2) поверхностной височной артерии

3) лицевой артерии у края н\ч

4) по краям раны

5) ответы 3+4

6. При кровотечении из раны языка проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой сонной артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) язычной артерии в треугольнике Пирогова

4) по краю раны языка, придавливая ее ко дну полости рта

5) ответы 3+4

7. При кровотечении из раны верхней челюсти проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии

2) лицевой артерии

3) поверхностной височной артерии

4) верхнечелюстной артерии

5) ответы 2+3

8. При кровотечении из раны или опухоли н\ч проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) нижнечелюстной артерии

4) язычной артерии

5) ответы 3+4

9. Больной доставлен с переломом костей лицевого черепа: нижней челюсти, скуловой дуги и носа; с рваной раной в области нижней губы и подбородка. Определите вид повреждения:

1) множественная

2) сочетанная

3) комбинированная

4) комплексная

5) политравма

10. Кожно-слизистые швы при ранениях носа, век, губ, щек, глотки накладывают:

1) во всех случаях

2) при больших истинных изъянах тканей, когда не возможно провести одномоментную пластику

3) при укушенных ранах

4) при огнестрельных ранах

5) ответы 3+4

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с сочетанными и комбинированными повреждениями лица.

Практическое занятие №9

Тема: Лучевые поражения. Термические повреждения челюстно-лицевой области (термические ожоги, электроожоги, химические ожоги, отморожения). Клиническая кар­тина и лечение. Защита истории болезни.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Частота и классификация ожогов лица.
2. Методы определения площади и глубины ожога.
3. Клиника и лечение ожоговой болезни.
4. Клиническая картина отморожений.
5. Клиническая картина электроожогов и химических ожогов. Оказание первой помощи.
6. Оказание первой помощи и лечение ожогов лица на этапах медицинской эвакуации.
7. Лечение последствий ожогов головы, лица и шеи.

Тестовые задания:

1. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СВПХГ (ВПНхГ):

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

2. При электротравме возникают обычно ожоги:

1) 1 степени

2) 2 степени

3) 3 степени

4) 4 степени

3. Особенностями ожогов лица являются:

1) большой отек рыхлой клетчатки и устрашающий вид

2) степень ожога при равной интенсивности и экспозиции температурного воздействия на лице 3) больше, чем на других частях тела

4) наличие ожогов разных степеней на соседних участках

5) все ответы верны

4. Особенности ожогов лица заключаются в:

1) течение раневого процесса

2) значительной аутоинтоксикации

3) неравномерном поражении различных отделов кожи лица

4) быстром развитии гнойно-септических осложнений

5) пигментации

5. При ожоге I степени поражаются:

1) все слои эпидермиса

2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис

4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

6. При ожоге II степени поражаются:

1) все слои эпидермиса

2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис

4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

7. При ожоге III (а) степени поражаются:

1) все слои эпидермиса

2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис

4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

8. При ожоге III (б) степени поражаются:

1) все слои эпидермиса

2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис

4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

9. При ожоге IV степени поражаются:

1) все слои эпидермиса

2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис

4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

10. Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

Практическое задание:

|  |  |
| --- | --- |
| P4111092 | 1. Поставьте диагноз. 2. Определите площадь ожога и стадию ожоговой болезни. 3. Наметьте план лечения. |
| 3 |  |
| IMG_20180906_090953 | 1. Поставьте диагноз. 2. Наметьте план лечения. |
| IMG_20180906_091130 | |

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с лучевыми поражениями и термическими повреждениями.

**Модуль 2. Челюстно-лицевое протезирование**

Практическое занятие №10

Тема: Ортопедическое лечение челюстно-лицевых больных. Курация ортопедического стоматологического больного. Правила написания и ведения амбулаторной истории болезни в клинике ортопедической стоматологии.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Основы деонтологии. Особенности приема челюстно-лицевых больных в клинике ортопедической стоматологии.
2. Челюстно-лицевая ортопедия. Цели и задачи.
3. Применение методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ) при планировании комплексной реабилитации пациентов.
4. Классификация аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой хирургии и травматологии.
5. План ортопедического лечения.

Тестовые задания:

1. Основными группами лечебных аппаратов, используемых в челюстно-лицевой ортопедии, являются:

1) фиксирующие

2) исправляющие

3) замещающие

4) формирующие

5) комбинированные

6) изолирующие

7) все перечисленные выше

8) 1+2+3+4+5

9) 1 +3+5+6

2. Зубонаддесневыми шинами являются:

1) шина Тигерштедта

2) шина Васильева

3) шина Вебера

4) шина Ванкевич

5) шина Порта

6) 1 +2+4+5

7) 3+4

8) все перечисленные выше

3. Наддесневыми шинами являются:

1) шина Тигерштедта

2) шина Васильева

3) шина Вебера

4) шина Порта

5) 1+2+4+3

6) 1+2+4+5

7) все перечисленные выше

4. Репонирующими ортопедическими аппаратами являются:

1) шина Порта

2) шина Васильева

3) шина Курляндского

4) шина Ванкевич

5) 1+3+4

6) 3+4

7) все перечисленные выше

5. План ортопедического лечения при переломах челюстей зависит:

1) от локализации перелома

2) от характера перелома

3) от состояния зубов на сохранившихся фрагментах челюстей

4) от группы крови и резус-фактора

5) все правильно

6) 1+3+4

7) 1+2+3

8) 2+3+4

6. Челюстно-лицевой ортопедией является раздел ортопедической стоматологии, занимающийся изучением:

1) ортопедического лечения переломов челюстей и их по­следствий

2) протезирования при врожденных дефектах лица и че­люстей

3) устранения деформаций зубочелюстной системы ортопедическими методами

4) технологии челюстных аппаратов и шин

5) ортопедических мероприятий при восстановительной хирургии

6) лечения заболеваний жевательных мышц и ВНЧС

7. Ортопедическая помощь в восстановительной хирургии заключается:

1. в аппарату закреплении отломков при пластике нижней челюсти
2. применении формирующих аппаратов при пластике лица
3. применении формирующих аппаратов при пластике преддверия рта
4. применении формирующих аппаратов при пластике носа
5. применении защитной фиксирующей пластинки при пластике неба
6. 1+2+3+4+5
7. 1+2+5

8. Протезирование дефектов лица направлено:

1. на восстановление внешнего вида больного
2. восстановление речи
3. устранение слюнотечения и выпадения пищи
4. профилактику психических нарушений
5. 1+2+4
6. 1+2+3+4

9. Протезы лица крепятся при помощи:

1. очковой оправы
2. биоклея
3. специальных фиксаторов
4. клея «Момент»
5. 1+2+3+4
6. 1+2+3

10. Лечебные аппараты, используемые в челюстно-лицевой ортопедии, делятся на следующие группы:

1) репонирующие 5) формирующие

2) фиксирующие 6) разобщающие

3) направляющие 7) комбинированные

4) замещающие

Проверка практических навыков:

1. Планирование ортопедического лечения челюстно-лицевых больных.

Практическое занятие №11

Тема: Особенности ортопедического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами твердого неба.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности протезирования при врожденных дефектах верхней челюсти.
2. Протезирование при приобретенных дефектах верхней челюсти.
3. Способы фиксации протезов при дефектах верхней челюсти.
4. Протезирование больных с передними дефектами твердого неба.
5. Протезирование больных со срединными дефектами твердого неба на беззубой верхней челюсти.

Тестовые задания:

1. К III группе дефектов неба по В. Ю. Курляндскому относят:

1) дефекты мягкого неба

2) дефекты твердого неба при отсутствии зубов на верхней челюсти

3) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти

2. К IV группе дефектов неба по В. Ю. Курляндскому относятся:

1) дефекты мягкого неба

2) дефекты твердого неба при отсутствии зубов на верхней челюсти

3) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти

3. Ко II группе дефектов неба по В.Ю. Курляндскому относятся:

1) дефекты мягкого неба

2) дефекты твердого неба при сохранении зубов

3) дефекты твердого неба при сохранении зубов только на одной половине верхней челюсти

4. К этиологическим факторам приобретенных дефектов неба относят:

1) воспалительные процессы

2) дистрофические процессы

3) онкологические заболевания

4) травмы

5) специфические инфекционные заболевания

6) все правильно

7) 1 +2+3+4

8) 1+3+4+5

5. При дефектах неба формируется дыхание:

1) слабое поверхностное

2) глубокое сильное

3) свистящее

4) Чейн-Стокса

5) с высоким тимпаническим звуком

6. Ортопедические аппараты, применяемые для лечения больных с дефектом неба, делят на:

1) несъемные

2) разобщающие пластинки

3) обтураторы

4) внеротовые

5) все правильно

6) 1+3

7) 2+3

8) 2+3+4

7. Особенностью конструкции обтурирующей части про­теза при срединном дефекте твердого неба является:

1. отсутствие на базисе обтурирующей части
2. обтуратор высоко входит в полость носа
3. обтуратор полый
4. на базисе вокруг дефекта создан валик высотой 2-3 мм
5. обтуратор возвышается над базисом на 2-3 мм
6. 2+3
7. 2+3+5
8. 4+5

8. При дефектах твердого неба наблюдаются следующие функциональные нарушения:

1. нарушение приема жидкой пищи
2. нарушение речи (гнусавость)
3. 1+2

9. Протезирование больных с передними и боковыми де­фектами твердого неба при наличии зубов на челюсти производится:

1. съемными пластиночными протезами,
2. дуговыми протезами,
3. протезом, имеющим наружный и внутренний замыка­ющий клапаны.

10. Расщелины твердого неба часто сочетаются

1. с расщелиной верхней губы
2. с деформацией крыльев носа
3. одновременно с расщелиной мягкого неба

Проверка практических навыков:

1. Планирование ортопедического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами твердого неба

Практическое занятие №12

Тема: Особенности ортопедического лечения пациентов с врожденными и приобретенными дефектами мягкого неба. Виды верхнечелюстных обтураторов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Протезирование больных с дефектами мягкого неба.
2. Способы изготовления обтуратора.
3. Протезирование при сочетанных дефектах твердого и мягкого неба.

Тестовые задания:

1. Дефекты твердого и мягкого неба можно разделить на:

1) врожденные

2) травматические

3) приобретенные

4) 1+2

5) 2+3

6) 1+3

2. В.Ю. Курляндский делил дефекты твердого и мягкого неба по топографии на:

1) 2 группы

2) 3 группы

3) 4 группы

4) 5 групп

3. Задачами протезирования при приобретенных дефек­тах неба являются:

1. разобщение полости рта и полости носа
2. поддержание мягких тканей, потерявших костную опору
3. восстановление речи, жевания и глотания

4. Для снятия оттисков при дефектах неба можно исполь­зовать:

1. термопластические материалы
2. гипс
3. альгинатные материалы
4. искусственные каучуки

5. К врожденным дефектам челюстно-лицевой области от­носятся:

1. расщелины мягкого неба
2. расщелины твердого неба
3. расщелины верхней губы
4. расщелины нижней губы

6. Целью протезирования приобретенных дефектов твер­дого и мягкого неба является:

1. профилактика деформации верхней челюсти
2. восстановление непрерывности зубного ряда при час­тичной потере зубов
3. разобщение полости рта и полости носа и восстанов­ление утраченных функций
4. 1+2+3

7. Характер протезирования при дефектах твердого и мяг­кого неба определяется:

1. наличием на верхней челюсти зубов, локализацией и величиной дефекта
2. размерами дефекта и степенью податливости слизис­той оболочки по его краям
3. .локализацией дефекта и состоянием пародонта зубов верхней челюсти

8. При дефектах мягкого неба, осложненных рубцовыми изменениями мышц, применяется обтуратор:

1. Ильиной-Маркосян
2. Померанцево-Урбанской
3. Часовской
4. 1+2+3

9. При изолированном дефекте мягкого неба и при нали­чии зубов на челюсти можно применять:

1. обтуратор, фиксированный на зубах с помощью теле­скопических коронок или опорно-удерживающих кламмеров
2. дуговой протез или небную пластинку
3. съемный пластиночный протез

10. Этиологическими факторами приобретенных дефектов челюстно-лицевой области являются:

1. огнестрельная травма
2. спортивная травма
3. бытовая травма
4. производственная травма
5. воспалительные заболевания
6. онкологические заболевания

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование ортопедического лечения у пациентов с врожденными и приобретенными дефектами мягкого неба.

Практическое занятие №13

Тема: Ортопедический этап комплексного лечения пациентов с онкологическими заболеваниями органов полости рта. Виды и клинико-лабораторные этапы изготовления зубочелюстных протезов. Особенности получения оттисков у пациентов после резекции верхней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Ортопедическое лечение после односторонней резекции верхней челюсти.
2. Ортопедическое лечение после двухсторонней резекции верхней челюсти.

Тестовые задания:

1. Для дефекта, возникшего в результате лучевой терапии, характерны:

1) отсутствие определенной локализации

1. выраженные рубцовые изменения в пораженной обла­сти
2. изменение в цвете тканей, окружающих дефект
3. 1+2+3
4. 2+3

2. Непосредственное протезирование при резекции челю­стей предложил:

1. Е.И. Гаврилов
2. И.М. Оксман
3. В.Н. Копейкин

3. Этапность ортопедического лечения больных после ре­зекции челюстей заключается:

1. в проведении непосредственного протезирования
2. проведении отдаленного протезирования
3. 1+2

4. При обширных послеоперационных дефектах челюстей и одиночно стоящем зубе на сохранившемся участке че­люсти наиболее приемлемы следующие фиксирующие элементы:

1. фиксирующий кламмер
2. магниты
3. телескопическая коронка
4. использование эластичных масс
5. 1+2+3
6. 1+2+3+4

5. Для улучшения фиксации и стабилизации протеза на верхней челюсти после резекции ее половины приме­няют

1. возможно большее количество кламмеров и окклюзи­онных накладок
2. денто-альвеолярный кламмер по Варесу
3. полулабильное соединение кламмеров с базисом про­теза
4. имплантаты
5. опору внутри дефекта (носовая перегородка, крыловид­ная пластинка, нижняя стенка орбиты)
6. 1+2+3+4+5
7. 1+2+5

6. Наиболее оптимальными сроками изготовления резек­ционного протеза являются

1. через 2 месяца после операции
2. через 6 месяцев после операции
3. через 2 недели после операции
4. перед операцией
5. сразу же после операции

7. Основными функциями резекционного протеза являют­ся

1. восстановление эстетики челюстно-лицевой области
2. восстановление функции дыхания
3. зашита раневой поверхности
4. частичное восстановление утраченных функций
5. формирование протезного ложа
6. 1+2+3+4+5
7. 2+3+4

8. Наиболее целесообразной конструкцией обтуратора при полном отсутствии верхней челюсти является:

1. обтуратор полый, воздухоносный
2. обтуратор массивный, монолитный
3. обтуратор изготовлен в виде тонкой пластинки,
4. плавающий обтуратор
5. 1+2
6. 1+2+3+4

9. Отдаленное протезирование после резекции альвеоляр­ного отростка верхней челюсти осуществляют:

1. малыми седловидными протезами
2. дуговыми протезами
3. мостовидными протезами
4. съемными пластиночными протезами

10. Непосредственное протезирование после резекции че­люсти выполняется с целью:

1) формирования будущего протезного ложа и предуп­реждения образования рубцов

2) фиксации фрагментов нижней челюсти, а также пре­дупреждения тяжелых деформаций лица и изменения внешнего вида больного

3) создания лечебно-охранительного режима

4) 1+2+3

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование ортопедического лечения у пациентов после резекции верхней челюсти.

Практическое занятие №14

Тема: Ортопедический этап комплексного лечения пациентов с онкологическими заболеваниями органов полости рта. Виды и клинико-лабораторные этапы изготовления зубочелюстных протезов. Особенности получения оттисков у пациентов после резекции нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Протезирование после частичной резекции нижней челюсти.
2. Протезирование при резекции половины нижней челюсти.
3. Протезирование после полной резекции нижней челюсти.
4. Ортопедические мероприятия при костной пластике нижней челюсти.

Тестовые задания:

1. Проводить непосредственное протезирование при ре­зекции нижней челюсти с одномоментной костной пла­стикой

1. можно
2. нельзя

2. Пустотелую обтурирующую часть резекционного протеза нижней челюсти изготавливают по методике

1) Я.М. Збаржа  3) Э.Я. Вареса

2) ИМ Оксмана 4) Е.И. Гаврилова

5) 1+2+3+4 6) 1+2+3

3. Для сохранения оставшихся зубов при протезировании, после удаления половины нижней челюсти, необходи­мо:

1. применять полулабильное соединение кламмеров с ба­зисом протеза
2. шинировать оставшиеся зубы
3. искусственные зубы на больной стороне должны иметь легкий контакт с антагонистами
4. применять двухслойный базис
5. по границе остеотомии делать изоляцию
6. 1+2+3+4+5
7. 1+2+3
8. 1+2+3+4

4. Для уменьшения нагрузки на трансплантат при проте­зировании нижней челюсти после ее резекции *с* одно­временной костной пластикой необходимо:

1. применять двухслойный базис
2. уменьшать жевательную поверхность искусственных зубов
3. применять опорно-удерживающие кламмеры
4. 1+2+3
5. 1+3

5. Контрактура нижней челюсти бывает

1) костная 3) рубцовая

2) рефлекторно-мышечная 4) 2+3

5) 1+2+3

6. Наиболее объективно определяют степень восстанов­ления обтурирующим протезом функции глотания сле­дующие лабораторные методы:

1. рентгенография
2. фагиография
3. реография
4. электромиография
5. мастикациография

7. Наиболее объективными лабораторными методами при оценке функции жевания с обтурирующим протезом яв­ляются:

1. применение диагностических моделей
2. электромиография
3. рентгенография
4. фагиография
5. реография
6. жевательные пробы

8. Наиболее объективными клиническими методами при оценке функциональной ценности обтурирующего про­теза являются:

1) осмотр полости рта

2) фонетические пробы

3) глотание воды

4) проверка окклюзии и артикуляции

5) выявление зон повышенного давления под протезом

9. Непосредственное протезирование пациентов после ре­зекции челюстей преследует следующие цели:

1. формирование будущего протезного ложа
2. предупреждение образования рубцов, деформирующих протезное ложе
3. фиксацию фрагментов нижней челюсти
4. предупреждение выраженных нарушений речи и жева­ния
5. предупреждение тяжелых деформаций лица
6. создание лечебно-охранительного режима для нервной системы больного

10. При резекции нижней челюсти с потерей ее непрерыв­ности в задачу протезирования входит:

1) удержание костных фрагментов в правильном положе­нии и предупреждение их смещения

2) восстановление внешнего вида больного, речи, жевания и замещение послеоперационного костного дефекта

3) формирование протезного ложа и сохранение остав­шихся зубов

4) 1+2+3

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование ортопедического лечения у пациентов после резекции верхней челюсти.

Практическое занятие №15

Тема: Планирование ретенции протезов с помощью дентальных имплантатов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостный имплантат.
2. Показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации.
3. Показания к двухэтапной дентальной имплантации.

Тестовые задания:

1. К общим противопоказаниям операции имплантации относят:

1) любые противопоказания в местной анестезии

2) болевой синдром в челюстно-лицевой области неясного генеза

3) недостаточное наличие костной ткани

4) не поддающийся лечению генерализованный маргинальный гингивит

2. К местным противопоказаниям операции имплантации относят:

1) плохую гигиену полости рта

2) психические заболевания

3) эндокардит в анамнезе

4) прием цитостатиков

3. Минимальное расстояние между корнями соседних зубов:

1) 10 мм

2) 8 мм

3) 6 мм

4) 4 мм

4. Поднадкостничные имплантаты носят название:

1) субмукозные

2) субпериостальные

3) эндодонто-эндооссальные

4) эндооссальные

5. Показаниями к операции имплантации являются:

1) беззубые челюсти с высокой степенью атрофии альвеолярной части

2) одиночный дефект зубного ряда при интактных соседних зубах

3) классы по Кеннеди

4) все вышеперечисленные варианты ответов

6. По поведению в костной ткани имплантаты с памятью формы относятся к группе:

1) пассивных

2) механически активных

3) химически активных

4) все вышеперечисленные варианты ответов

7. Основоположником имплантологии является:

1) Фашер

2) Бранемарк

3) Вейхер

4) Пирогов

8. К поздним осложнениям операции имплантации относят:

1) отек

2) гематому

3) периимплантит

4) все вышеперечисленные варианты ответов

9. Отсроченная имплантация проводится в сроки:

1) 1-2 нед

2) 1,5 мес – 1 год

3) 2-3 года

4) 1-2 дня

10. При заболеваниях пародонта противопоказано:

1) непосредственная имплантация

2) отсроченная имплантация

3) все вышеперечисленные варианты ответов

Проверка практических навыков:

* + - 1. Планирование ортопедического лечения с помощью дентальных имплантатов.

Практическое занятие №16

Тема: Принципы, этапы реабилитации пациентов, клинико-лабораторные этапы изготовления протезов с опорой на дентальные имплантаты.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Противопоказания к дентальной имплантации.
2. Планирование ортопедического лечения с опорой на внутрикостный имплантат.
3. Клинико-лабораторные этапы протезирования метало-керамическими зубными протеза с опорой на одноэтапные имплантаты.
4. Клинико-лабораторные этапы ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.

Тестовые задания:

1. К какой группе материалов для изготовления имплантатов относится титан и его сплавы?

1) биотолерантные

2) биоинертные

3) биоактивные

2. Основное требование, предъявляемое к изготовлению протеза на имплантатах:

1) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его вертикальной оси

2) протез должен передавать нагрузку на имплантат по его горизонтальной оси

3. Причины периимплантитов:

1) неудовлетворительная гигиена

2) преждевременные окклюзионные контакты

3) хроническая травмы десны

4) все вышеперечисленное

4. Рентгенологически периимплантит характеризуется:

1) резорбцией кости и образованием костных карманов

2) наличием секвестров

3) рентгенологически никак не проявляется

5. Преждевременные окклюзионные контакты на протезах с опорой на имплантаты могут быть причиной:

1) скола керамической облицовки протеза

2) периимплантита

3) перелома головки имплантата

4) перелома винта

5) все вышеперечисленное

6. Какой оттискной массой пользуются при снятии оттисков при протезировании с опорой на имплантаты?

1) альгинатные материалы

2) термопластическая масса

3) поливинилсилоксановые, полиэфирные материалы

4) возможно снятие оттиска любой оттискной массой

7. Сроки остеоинтеграции на верхней челюсти?

1) 3-4 мес

2) 4-6 мес

3) 6-8 мес

8. Сроки остеоинтеграции на нижней челюсти?

1) 3-4 мес

2) 4-6 мес

3) 6-8 мес

9. Какой тип соединения имплантата с костной тканью преобладает?

1) костный

2) фибринозный

3) пародонтальный

4) фиброзно-костный

10. Что такое супраструктура?

1) аналог имплантата

2) абатмент (опорная головка)

3) трансфер (слепочный модуль)

4) формирователь десны

Проверка практических навыков:

* + - 1. Планирование ортопедического лечения с помощью дентальных имплантатов.

Практическое занятие №17

Тема: Методика получения маски лица и отливания гипсовой модели лица, получения оттисков ушной раковины, внутриглазного пространства. Особенности гигиенического ухода за протезом и протезным ложем. Принципы ортопедического лечения пациентов с неогнестрельными и огнестрельными переломами зубов и челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Протезирование при дефектах лица (изготовление эктопротезов).
2. Изготовление маски лица.
3. Изготовление протеза носа.
4. Изготовление протеза орбиты.
5. Изготовление протеза ушной раковины.
6. Понятие о комбинированных челюстно-лицевых протезах.
7. Классификация повреждений костей лица.
8. Ортопедические методы лечения при вывихе и переломе зубов.
9. Ортопедическое лечение переломов альвеолярного отростка.
10. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.

Тестовые задания:

1. Маску лица получают при помощи:

1. гипса
2. альгинатных материалов
3. силиконовых материалов

2. Протезы лица изготавливают:

1. из мягкой пластмассы
2. жесткой пластмассы
3. комбинации мягкой и жесткой пластмасс
4. 1+2
5. 1+2+3

3. При двухстороннем переломе нижней челюсти тип смы­кания зубов:

1. прогнатический
2. прогенический
3. открытый
4. перекрестный

4. Протезирование дефектов лица направлено:

1. на восстановление внешнего вида больного
2. восстановление речи
3. устранение слюнотечения и выпадения пищи
4. профилактику психических нарушений
5. 1+2+4
6. 1+2+3+4

5. Протезы лица крепятся при помощи:

1. очковой оправы
2. биоклея
3. специальных фиксаторов
4. клея «Момент»
5. 1+2+3+4
6. 1+2+3

6. При лечении переломов челюстей возможно примене­ние:

1. гнутых шин из алюминиевой проволоки
2. шин из быстротвердеющих пластмасс
3. стандартных шин
4. проволочных шин в сочетании с самотвердеющей пла­стмассой
5. индивидуальных шин, изготовленных в зуботехничес­кой лаборатории
6. 1+2+3+4+5
7. 1+3+5

7. Характерными симптомами перелома альвеолярного от­ростка верхней челюсти являются:

1. нарушение прикуса
2. подвижность отломков, определяемая пальпаторно
3. нарушение формы зубной дуги
4. 1+2+3
5. 1+3

8. Характерными признаками перелома тела верхней че­люсти являются:

1. головная боль, головокружение
2. значительный отек мягких тканей лица
3. резкое нарушение прикуса
4. нарушение речи, глотания
5. 2+3+4
6. 1+2+3+4

9. В отношении зубов, находящихся в щели перелома, при наличии глубоких зубодесневых карманов следует при­менить:

1. удаление
2. консервативное лечение
3. шинирование быстротвердеющсй пластмассой
4. шинирование лигатурной проволокой
5. лечение с применением антибиотиков
6. 2+3+4
7. 1+2+3+4

10. Для временного шинирования отломков челюстей при­меняют:

1. жесткую подбородочную пращу,
2. стандартную шину Збаржа,
3. лигатурное связывание челюстей,
4. шину Ванкевич,
5. одночелюстную алюминиевую шину по Тигерштедту.

Проверка практических навыков:

Планирование ортопедического лечения у пациентов с неогнестрельными и огнестрельными переломами зубов и челюстей.

Практическое занятие №18

Тема: Ортопедическое лечение пациентов с неогнестрельными и огнестрельными переломами нижней челюсти, с дефектами и деформациями прилежащих и смежных областей. Особенности ортопедического лечения пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
2. Ортопедическое лечение переломов беззубой челюсти.
3. Шины лабораторного типа при лечении переломов нижней челюсти.
4. Микростомия. Этиология, клиническая картина. Ортопедические методы лечения при микростомии.
5. Этиология, клиническая картина при неправильно сросшихся переломах.
6. Протезирование пациентов с неправильно сросшимися переломами.
7. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти с ограниченной подвижностью отломков.
8. Технология изготовления репонирующего аппарата Катца с пружинящими рычагами.

Тестовые задания:

1. У больных при неправильно сросшихся переломах че­люстей отмечаются окклюзионные нарушения в гори­зонтальной плоскости:

2) окклюзионные контакты сохраняются в виде бугорко­вого смыкания

3) зубы смыкаются только боковыми поверхностями

4) полностью отсутствует смыкание зубов

5) 1+2+3

2.Укажите наиболее целесообразный метод лечения неправильно сросшихся переломов челюстей:

1) хирургический

2) протетический

3) ортодонтический

4) аппаратурно-хирургический

3. Перекрестный прикус при неправильно сросшемся пе­реломе челюсти устраняется:

1) ортодонтическим путем

2) протезированием съемным протезом с двойным зуб­ным рядом

3) 1+2

4. Выбор конструкции съемного протеза при микростомии определяется:

1. степенью сужения ротовой щели
2. величиной дефекта альвеолярного отростка
3. степенью атрофии альвеолярного отростка и количе­ством сохранившихся зубов
4. 1+2
5. 1+2+3

5. Причинами, приводящими к неправильному сращению переломов, являются:

1. неправильное составление отломков
2. недостаточная фиксация отломков
3. нарушение гигиены полости рта
4. ранние сроки начала занятий лечебной гимнастикой

6. Выбор метода ортопедического лечения переломов нижней челюсти зависит:

1. от наличия зубов на челюсти
2. характера нарушения окклюзии
3. локализации линии перелома
4. степени и направления смещения отломков
5. 1+2+3+4
6. 1+2
7. 3+4

7. При переломах нижней челюсти за пределами зубного ряда и наличии зубов на челюсти применяют:

1. одночелюстную проволочную шину
2. шину Тигерштедта
3. шину Ванкевич

8. Лечение переломов нижней челюсти с беззубыми аль­веолярными отростками осуществляется:

1. шиной Вебера
2. шиной Ванкевич
3. шиной Васильева

9. Наиболее характерным признаком неправильно срос­шихся отломков при переломе нижней челюсти являет­ся:

1. нарушение речи
2. нарушение формирования пищевого комка
3. несмыкание ротовой щели
4. нарушение окклюзионных соотношений с зубами вер­хней челюсти
5. аномалия положения зубов
6. 1+2+3
7. 1+4+5

10. Особенностью протезирования больных с неправиль­но сросшимися переломами нижней челюсти является:

1. предварительное ортодонтическое исправление поло­жения отломков
2. предварительное ортодонтическое исправление поло­жения зубной дуги
3. изготовление протезов с расположением искусствен­ных зубов по центру альвеолярной части
4. изготовление протезов с двойным рядом зубов
5. отказ в протезировании до хирургического исправле­ния положения отломков

Проверка практических навыков:

Планирование ортопедического лечения у пациентов с неправильно сросшимися переломами нижней челюсти.

Практическое занятие №19

Тема: Особенности зубочелюстных протезов при ложных суставах нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Ложный сустав. Этиология, клиника.
2. Общие причины образования ложного сустава.
3. Местные факторы, ведущие к образованию ложного сустава.
4. Классификация ложных суставов.
5. Методика протезирования при ложных суставах по И.М. Оксману.
6. Технологии изготовления съемных протезов с шарнирами.

Вопросы для устного опроса:

* + - 1. Клиническая картина ложного сустава.
      2. Причины образования ложного сустава.
      3. Принципы лечения.

Тестовые задания:

1. При ложном суставе нижней челюсти съемный протез изготавливают:

1) с одним базисом

2) с двумя фрагментами и подвижной фиксацией между ними

3) с металлическим базисом

2. Причинами формирования ложного сустава являются:

1) поздняя, неэффективная иммобилизация отломков

2) неправильное составление костных отломков

3) остеомиелит в месте перелома

4) интерпозиция

5) раннее протезирование

6) 1+2+3+4+5

7) 1+2+4

3. При протезировании больных с ложным суставом ниж­ней челюсти части протеза, располагающиеся на отлом­ках:

1. соединяются подвижно и не препятствуют смещению отломков
2. соединяются жестко и препятствуют смещению отлом­ков

4. Признаками, позволяющими определить наличие лож­ного сустава нижней челюсти в переднем отделе, явля­ются:

1. несинхронное движение головок нижней челюсти
2. резкое нарушение окклюзионных взаимоотношений с верхними зубами
3. смещение отломков в язычном направлении
4. подвижность отломков, определяемая при пальцевом обследовании
5. 1+2+3+4
6. 2+4

5. Причинами формирования ложного сустава нижней че­люсти могут быть:

1. поздняя, неэффективная иммобилизация отломков
2. неправильное составление костных фрагментов
3. остеомиелит
4. обширные разрывы мягких тканей, внедрение их меж­ду отломками
5. дефект костной ткани более 2 см
6. отслоение надкостницы на большом протяжении
7. плохая гигиена полости рта
8. раннее снятие шины

6. Трудности протезирования пациентов с сужением ро­товой щели связаны:

1. с ограниченным открыванием рта при наличии рубцов в приротовой области
2. уменьшением ротовой щели
3. потерей эластичности мягких тканей, ограничивающих ротовую щель
4. психоэмоциональным состоянием пациентов

Проверка практических навыков:

* + - 1. Планирование ортопедического лечения с помощью зубочелюстных протезов у пациентов с ложными суставами нижней челюсти.

Практическое занятие №20

Тема: Планирование ортопедического лечения с помощью CAD/САМ технологий. Получение моделей методом компьютерного прототипирования (стереолитографии).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Понятие о CAD/САМ технологии в ортопедической стоматологии.
2. Оборудование для изготовления ортопедической реставрации с помощью CAD/САМ технологии.
3. Виды CAD/САМ систем.
4. Особенности коронок, изготовленных по CAD/САМ технологии.
5. Недостатки CAD/САМ технологии.
6. Современные CAD/CAM системы, применяемые для изготовления коронок и микропротезов.

Вопросы для письменного опроса:

1. Понятие о CAD/САМ технологии в ортопедической стоматологии.
2. Виды CAD/САМ систем.
3. Недостатки CAD/САМ технологии.

Проверка практических навыков:

Планирование ортопедического лечения с помощью CAD/САМ технологий.

Практическое занятие №21

Тема: Функциональные нарушения при повреждениях челюстно-лицевой области. Основы лечебной гимнастики, механотерапии.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Этиология и патогенез контрактур лица.
2. Классификация контрактур в зависимости от степени открывания рта.
3. Консервативные методы лечения контрактур.
4. Ортопедические аппараты для лечения контрактур.

Тестовые задания:

1. Контрактура нижней челюсти бывает

1) костная

2) рефлекторно-мышечная

3) рубцовая

4) 2+3

5) 1+2+3.

2. Причинами контрактуры нижней челюсти могут быть:

1. механическая травма челюстных костей
2. химические, термические ожоги
3. отморожения
4. заболевания слизистой оболочки
5. хронические специфические заболевания
6. заболевания ВНЧС

3. Контрактура нижней челюсти бывает

1. костная
2. рефлекторно-мышечная
3. рубцовая

4. Хирургическим способом лечатся контрактуры:

1) височно-венечные

2) скуло-венечные

3) скуло-челюстные

4) межчелюстные

5. Функциональными методами лечатся следующие виды контрактур:

1) височно-венечные

2) скуло-венечные

3) скуло-челюстные

4) межчелюстные

6. Первым этапом обследования больного с контрактурой является:

1) внешний осмотр

2) обследование полости рта

3) осмотр зубных рядов

4) сбор анамнеза

7. Сбор анамнеза проводится в следующей последовательности:

1) анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, жалобы и субъективное состояние больного, семейный анамнез

2) семейный анамнез, жалобы и субъективное состояние больного, анамнез жизни больного, анамнез данного заболевания

3) жалобы и субъективное состояние больного, анамнез данного заболевания, анамнез жизни больного, семейный анамнез

8. Метод рентгенологического послойного изучения формы, структуры и взаимоотношения элементов височно-нижнечелюстного сустава называется:

1) телерентгенографией

2) томографией

3) панорамной рентгенографией

4) ортопантомографией

9. Основным методом обследования больного с контрактурой является:

1) клинический

2) рентгенологический

3) биометрический

4) изучение диагностических моделей

10. Правильно ли делить способы обследования больного с контрактурой на субъективные и объективные:

1) да

2) нет

3) в ряде случаев такое деление правильное

Проверка практических навыков:

Планирование лечения пациентов с контрактурой.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме экзамена**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |

**3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме экзамена проводится по билетам.

**Образец экзаменационного билета**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  направление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология»  дисциплина «Челюстно-лицевая хирургия»  **экзаменационный БИЛЕТ №1**  **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Клиническая картина и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти). 2. Понятие о CAD/САМ технологии в ортопедической стоматологии.   **II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении лег­кового автомобиля, который врезался во встречный автобус. Больная без сознания, сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.   1. Какова очередность оказания специализированной помощи? 2. В каком отделении должна находиться больная? 3. Наметьте план лечения хирургом-стоматологом. | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  д.м.н., профессор  Декан стоматологического факультета  д.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  Н.Б. Денисюк |

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Компьютерный класс, лекционная аудитория

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Статистика и классификация неогнестрельных повреждений челюстно-лицевой области мирного времени.
2. Основные принципы диагностики повреждений челюстно-лицевой области.
3. Методы клинического обследования пострадавших с травмой лица.
4. Оказание медицинской помощи пострадавшим при повреждениях мягких тканей.
5. Общие осложнения при неогнестрельных повреждениях мягких тканей и костей лица (асфиксия, кровотечение, шок).
6. Лечение общих осложнений.
7. Клиника, диагностика и лечение переломов и вывихов зубов.
8. Механизм вывиха в височно-нижнечелюстном суставе.
9. Клинические признаки одно- и двустороннего вывиха нижней челюсти. Способы вправления. Осложнения.
10. Привычные вывихи. Клиника, профилактика, лечение.
11. Невправимые (застарелые) вывихи, лечение.
12. Принципы и особенности первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица.
13. Перевязка наружной сонной артерии, показания и техника операции.
14. Показания и противопоказания к наложению первичных; первично-отсроченных; вторичных (ранних и поздних) швов.
15. Показания и методика наложения пластиночных швов: первичных разгружающих; первичных направляющих; сближающих; ранних вторичных.
16. Статистика и классификация переломов нижней челюсти.
17. Типичные места неогнестрельных переломов нижней челюсти. Механизм смещения отломков при неогнестрельных переломах нижней челюсти.
18. Клиническая картина и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти).
19. Состояние зубов, находящихся в линии перелома нижней челюсти, показания к их сохранению.
20. Методы временной транспортной иммобилизации при переломах нижней челюсти.
21. Огнестрельные повреждения лица. Баллистика. Поражающие факторы. Зоны поражения ткани в раневом канале.
22. Клиническая картина свежих огнестрельных тканей лица, верхней челюсти, нижней челюсти, скуловой кости и дуги.
23. Классификация огнестрельных переломов нижней челюсти.
24. Оказание помощи раненым на этапах медицинской эвакуации.
25. Особенности обработки огнестрельных ран лица с повреждением костей лицевого скелета.
26. Показания к удалению инородных тел из окружающих рану тканей.
27. Ортопедические методы лечения переломов. Иммобилизация с помощью назубных, зубонадесневых и надесневых шин.
28. Виды назубных проволочных шин, показания к наложению, техника изготовления и закрепления назубных гнутых проволочных шин. Сроки лечебной иммобилизации нижней челюсти.
29. Оперативные методы фиксации переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания к оперативным методам фиксации. Преимущество и недостатки.
30. Внеротовая фиксация при переломах и дефектах нижней челюсти. Аппараты для внеротовой фиксации их устройство и применение. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию.
31. Классификация осложнений при травме челюстно-лицевой области.
32. Травматический шок. Этиология, патогенез, противошоковая терапия.
33. Виды кровотечений, причины ранних и поздних кровотечений. Методы временной и окончательной остановки кровотечения.
34. Виды асфиксий. Клинические признаки, оказание помощи при различных видах асфиксий.
35. Нагноение костной раны. Травматический остеомиелит. Профилактика, клиника, лечение.
36. Клиника, диагностика и лечение переломов альвеолярных отростков челюстей.
37. Клиника и диагностика переломов скуловой кости, скуловой дуги, костей носа.
38. Лечение пострадавших с переломами скуловой кости, скуловой дуги, костей носа.
39. Классификация перелома верхней челюсти.
40. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти.
41. Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым прикреплением гипсовой шапочки.
42. Оперативные способы фиксации. Кранио - максиллярная фиксация с помощью костных швов и накостных минипластин.
43. Статистика и классификация огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.
44. Клиническая картина и особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица в зависимости от характера ранения, вида ранящего снаряда.
45. Периоды течения раневого процесса.
46. Диагностика огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.
47. Функциональные нарушения, которые могут возникнуть при проникающих ранах в полость рта с повреждением языка, мягкого неба, глотки, зубов и челюстей.
48. Ранение языка, клиника, лечение.
49. Медицинская помощь при ранении мягких тканей лица на поле боя и этапах медицинской эвакуации.
50. Частота и классификация ожогов лица.
51. Методы определения площади и глубины ожога.
52. Клиника и лечение ожоговой болезни.
53. Клиническая картина отморожений.
54. Клиническая картина электроожогов и химических ожогов. Оказание первой помощи.
55. Оказание первой помощи и лечение ожогов лица на этапах медицинской эвакуации.
56. Лечение последствий ожогов головы, лица и шеи.
57. Основы деонтологии. Особенности приема челюстно-лицевых больных в клинике ортопедической стоматологии.
58. Челюстно-лицевая ортопедия. Цели и задачи.
59. Применение методов лучевой диагностики (МСКТ, МРТ) при планировании комплексной реабилитации пациентов.
60. Классификация аппаратов, применяемых в челюстно-лицевой хирургии и травматологии.
61. План ортопедического лечения.
62. Особенности протезирования при врожденных дефектах верхней челюсти.
63. Протезирование при приобретенных дефектах верхней челюсти.
64. Способы фиксации протезов при дефектах верхней челюсти.
65. Протезирование больных с передними дефектами твердого неба.
66. Протезирование больных со срединными дефектами твердого неба на беззубой верхней челюсти.
67. Протезирование больных с дефектами мягкого неба.
68. Способы изготовления обтуратора.
69. Протезирование при сочетанных дефектах твердого и мягкого неба.
70. Ортопедическое лечение после односторонней резекции верхней челюсти.
71. Ортопедическое лечение после двухсторонней резекции верхней челюсти.
72. Протезирование после частичной резекции нижней челюсти.
73. Протезирование при резекции половины нижней челюсти.
74. Протезирование после полной резекции нижней челюсти.
75. Ортопедические мероприятия при костной пластике нижней челюсти.
76. Особенности ортопедического лечения с опорой на внутрикостный имплантат.
77. Показания к одноэтапному протезированию с использованием дентальной имплантации.
78. Показания к двухэтапной дентальной имплантации.
79. Противопоказания к дентальной имплантации.
80. Планирование ортопедического лечения с опорой на внутрикостный имплантат.
81. Клинико-лабораторные этапы протезирования метало-керамическими зубными протеза с опорой на одноэтапные имплантаты.
82. Клинико-лабораторные этапы ортопедического лечения при двухэтапной имплантации.
83. Протезирование при дефектах лица (изготовление эктопротезов).
84. Изготовление маски лица.
85. Изготовление протеза носа.
86. Изготовление протеза орбиты.
87. Изготовление протеза ушной раковины.
88. Понятие о комбинированных челюстно-лицевых протезах.
89. Классификация повреждений костей лица.
90. Ортопедические методы лечения при вывихе и переломе зубов.
91. Ортопедическое лечение переломов альвеолярного отростка.
92. Ортопедическое лечение переломов верхней челюсти.
93. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти.
94. Ортопедическое лечение переломов беззубой челюсти.
95. Шины лабораторного типа при лечении переломов нижней челюсти.
96. Микростомия. Этиология, клиническая картина. Ортопедические методы лечения при микростомии.
97. Этиология, клиническая картина при неправильно сросшихся переломах.
98. Протезирование пациентов с неправильно сросшимися переломами.
99. Ортопедическое лечение переломов нижней челюсти с ограниченной подвижностью отломков.
100. Технология изготовления репонирующего аппарата Катца с пружинящими рычагами.
101. Ложный сустав. Этиология, клиника.
102. Общие причины образования ложного сустава.
103. Местные факторы, ведущие к образованию ложного сустава.
104. Классификация ложных суставов.
105. Методика протезирования при ложных суставах по И.М. Оксману.
106. Технологии изготовления съемных протезов с шарнирами.
107. Понятие о CAD/САМ технологии в ортопедической стоматологии.
108. Оборудование для изготовления ортопедической реставрации с помощью CAD/САМ технологии.
109. Виды CAD/САМ систем.
110. Особенности коронок, изготовленных по CAD/САМ технологии.
111. Недостатки CAD/САМ технологии.
112. Современные CAD/CAM системы, применяемые для изготовления коронок и микропротезов.
113. Этиология и патогенез контрактур лица.
114. Классификация контрактур в зависимости от степени открывания рта.
115. Консервативные методы лечения контрактур.
116. Ортопедические аппараты для лечения контрактур.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний укалывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 12 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 12. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 12 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов l1, 12 снижена.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усили­вающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II сте­пени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболоч­ка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 1312 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, пе­риодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

**Задача 4.** Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Задача 5.** В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фрон­тальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловли­вающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неиз­вестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьяне­ния. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в даль­нейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Ботки­на, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоро­вым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследова­нии нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной ком­пактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отсто­ит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночыо. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответ­ственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между зубами 35, 37. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, кпереди и в язычную сторону. Средняя линия (между цент­ральными резцами) смешена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

1. Поставьте предварительный диагноз, объясните механизм смещения фрагментов.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

**Задача 7.** Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на третьи сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено, что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей в око­лоушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмеча­ется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фраг­менте нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 8.** Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом о лобовое стекло, был доставлен в больницу, где было проведена первичная хирур­гическая обработка (ПХО) мелких ран и ссадин лица, введена противостолбнячная сыворотка. Спустя четверо суток в связи с неудобствами во время приема пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В на­стоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяются многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного косой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагмен­тов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов верти­кальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. Зуб 38 распо­ложен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенограмме нижней челюсти определяется вертикальнокосое расположение тени линии пере­лома, несколько кнутри и кзади, причем на наружной и внутренней ком­пактных пластинках не на одном уровне.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 30 лет, обратился в клинику с жалобами на отечность мягких тканей и боль в области подбородка. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад был избит неизвестными. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операцию по поводу гайморита слева около четырех лет назад. При осмотре отмечается гематома в области подбородка слева, прикус не нарушен, ограничение открывания рта и смещение средней линии влево при опускании нижней челюсти. При пальпации определяется болезненность в области заднего края ветви, при нагрузке на подбородок выявляется усиление локальной болезненности в области ветви нижней челюсти слева. Симптом «ступеньки» не выявляется.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Составьте план лечения.

**Задача 10.** В клинику обратилась больная, 20 лет, с жалобами на ограничение открывания рта. В анамнезе удар подбородком о твердый предмет. Травма произошла при сжатых челюстях. Внешний осмотр без особенностей; открывание рта ограничено до 1,5 см, прикус не нарушен, но при опус­кании нижней челюсти он смешается в левую сторону. При пальпации в области переднего края ветви нижней челюсти слева определяется резкая болезненность в области основания венечного отростка.

1. Какое заболевание или патологическое состояние можно предположить?
2. Каких данных недостает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Какую рентгенограмму необходимо сделать для уточнения диагноза?

**Задача 11.** Больной, 19 лет, в результате автоаварии получил травму нижней челюсти. Во время резкого торможения автомобиля ударился подбород­ком о спинку переднего сидения. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился сразу после травмы в районную стоматологическую поликлинику, где больному произвели временную иммобилизацию: наложение мягкой подбородочной пращи. На третьи сутки после аварии пациент обратился в специализированное челюстно-лицевое отделение. При местном осмотре выявлено ограничение открывания рта, смещение нижней челюсти влево при ее открывании. Пальпаторно определяется болезненность в области мыщелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок появляется боль в верхнем отделе ветви нижней челюсти сле­ва. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение це­лостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мыщелкового отростка слева (проходит снаружи кнутри и кверху). Имеется смещение фрагментов нижней челюсти, периферический конец малого фрагмента смещен кнаружи и несколько назад, а головка остается в суставной впадине. Большой фрагмент смещен кзади и кверху.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 12.** Больной, 20 лет, в результате автоаварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. Рот откры­вается до 1,5 см, пальпаторно определяется болезненность в области мы­щелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мыщелкового отростка нижней челюсти слева. Зуб 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мыщелково­го отростка нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 13.** Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на припухлость щечной области слева и ограничение открывания рта. Связывает данное состояние с тем, что во время занятий баскетболом получила удар мячом по лицу. При местном осмотре: имеется незначительная отечность и синюшность мягких тканей лица слева, рот открывается на 2,0-2,5 см. Паль­пация в области мыщелкового отростка слева слегла болезненна. Надавливание на подбородок вызывает боль в левом ухе. В полости рта пол­ного смыкания зубов не происходит. Подвижности фрагментов нижней челюсти не выявлено.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие рентгенологические снимки необходимо выполнить для точной диагностики?

**Задача 14.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость левой подбородочной области и некоторую болезненность в этой области во время приема пищи. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад на работе полу­чил удар металлической деталью в область подбородка. Сразу не придал этому значения. 8 месяцев назад был перелом нижней челюсти справо к области 81. При осмотре определяется отечность мягких тканей лица н области подбородка, рот открывается на 2,5 см. Пальпация в области под­бородка и ветви нижней челюсти слева слегка болезненна. Надавливание на подбородок вызывает боль в области ВНЧС слева. В полости рта: при­кус не нарушен, подвижности фрагментов нижней челюсти не выявлено, в том числе и на месте бывшего перелома, зуб 48 отсутствует. Имеется утолще­ние кости по нижнечелюстному краю справа в области угла.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 15.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на ограничение открывания рта. Двое суток назад ударился подбородком о твердый предмет, причем рот при этом был закрыт. Из анамнеза выяснено, что 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти в области зубов 47, 46. При осмотре определяется не­большая отечность мягких тканей в области подбородка, рот открывается до 2,0 см, прикус не нарушен, но при опускании нижней челюсти опреде­ляется смещение в левую сторону. При пальпации области ветви нижней челюсти слева выявляется болезненность в области венечного отростка. Пальпаторно определяется утолщение кости по нижнечелюстному краю в области зубов 47, 46, 45. В полости рта 47 отсутствует, остальные зубы в прикусе, подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти нет.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 16.** Больной, 28 лет, обратился с жалобами на ограничение, болезненное открывание рта. Около трех суток назад получил удар в подбородок. Со­знания не терял, тошноты, рвоты не было. Открывание рта ограничено до 1,5 см, прикус не нарушен, но при опускании нижней челюсти она сме­щается в правую сторону. Пальпаторно определяется болезненность в области венечного отростка нижней челюсти справа. На рентгенограмме определяется нарушение целостности нижней челюсти справа за счет отлома и смещения венечного отростка,

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 17.** В клинику обратился больной, 40 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти, на ограничение и болезненность при открывании рта. Из анамнеза выяснено, что неделю назад был избит. Основные удары по лицу пришлись в область подбородка. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Около года назад был перелом нижней челюсти справа в области угла. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. Открывание рта ограничено до 2,0 см, прикус не нарушен, при опускании нижней челюсти она смешается в левую сторону. При пальпации имеется болезненность в области передней поверхности ветви и венечного отростка слева. В облас­ти угла нижней челюсти справа определяется утолщение кости. Зуб 48 отсутствует, подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 18.** В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области зуба 48. При осмотре определяется небольшая ссадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см, более широкое открывание рта затруднено и болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, зуб 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в облас­ти ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 19.** Больная, 28 лет, обратилась за медицинской помощью с жалобами на боль и припухлость в области левой половины лица и подбородка. Около 4-х дней назад была избита. Имела место кратковременная потеря созна­ния, тошноты, рвоты не было. Около 8 месяцев назад у больной был пере­лом скуловой кости и дуги слева, полученный в результате автоаварии. При осмотре определяется отечность мягких тканей в области подбородка слева и в левой околоушно-жевательной области, отмечается ограничение открывания рта до 2,0 см. Выраженной подвижности фрагментов нижней челюсти при бимануальной пальпации не выявлено. Прикус нарушен не­значительно, при надавливании на подбородок появляется боль в области ветви нижней челюсти слева, пальпация данной области болезненная. По заднему краю ветви нижней челюсти слева соответственно основанию мыщелкового отростка выявляется неровность, пальпация в этой области наиболее болезненна. При движениях нижней челюсти отмечается значи­тельное ограничение подвижности головки мыщелкового отростка слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости и дуги слева?

**Задача 20.** Больной, 29 лет, обратился в клинику с жалобами на боль в области нижней челюсти слева усиливающуюся при движении челюсти и накусы­вании, а так же ограничение открывания рта. Около недели назад был избит, находясь в состоянии алкогольного опьянения, терял ли сознание, не помнит. Тошноты, рвоты не было. Около 1,5 лет назад был перелом нижней челюсти справа в области тела. При осмотре определяется гема­тома в области подбородка и боковой поверхности нижней челюсти слева в стадии рассасывания, ограничение открывания рта до 2,0 см, прикус не нарушен. Надавливание на подбородок вызывает боль в области ветви нижней челюсти слева. При пальпации подвижности фрагментов не выяв­лено, состояние фрагментов в области места прежнего перелома удовлет­ворительное. Пальпируется утолщение кости по нижнему краю тела нижней челюсти в проекции зубов 47, 46.

1. Поставьте предварительный диагноз;
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти справа?

**Задача 21.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, усиливающуюся при смыкании челюстей. Несколько дней назад, поскользнувшись, ударился подбородком о твердый предмет. Около семи месяцев назад в результате автокатастрофы получил перелом скуловой кости и нижней челюсти слева. Определяется отечность мягких тканей соответственно телу и углу нижней челюсти справа, ограничение открывания рта до 2,0 см, прикус нарушен, полного смыкания зубов во фронтальном отделе не происходит. При бимануальной пальпации отме­чается подвижность фрагментов нижней челюсти справа в области 48 зуба, определяется «уступ» в области угла справа, где наиболее болезненна пальпация, при пальпации по нижнечелюстному краю слева в области зубов 37, 38 отмечается безболезненное утолщение. Подвижности на месте бывшего перелома не отмечается.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, каких сведений недостает для его постановки?
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 22.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

**Задача 23.** Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 24.** Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 25.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боль и отек в области левой половины лица. Из анамнеза выяснено, что травму получил сутки назад в драке. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний: простудные болезни: два года назад получил перелом правого предплечья и правой голени в результате автоаварии. Год назад был перелом нижней челюсти слева в области подбородка. В настоящее время по общему статусу счита­ет себя здоровым. При местном осмотре определяется отек мягких тканей скуловой области слева с тенденцией к распространению на левую щеч­ную область, пальпаторно определяется некоторое западение мягких тка­ней и нарушение кривизны в области скуловой дуги слева. Рот открывает­ся на 2,0 см. В полости рта зуб 24 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе. Подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю слева в проекции зубов 33, 34, 35.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 26.** Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 27.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 28.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 29.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 30.**  Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские и простудные болезни, хронический бронхит, воспаление легких в 20-летнем возрасте, около года назад был nepелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяются ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выражен­ный отек средней зоны лица с кровоизлиянием в области век и коньюктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парастезия мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом «ступеньки» в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации отмечается подвиж­ность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвиж­ности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется зна­чительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для подтверждения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 31.** Больная, 20 лет, доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на сильную головную боль, припухлость и ссадины на лице. Во время получения травмы сознание не теряла. Из пе­ренесенных заболеваний указывает на частые простудные болезни. При осмотре определяется отек мягких тканей в области носа и подглазничных областей: при пальпации в данных областях имеется болезненность, больше в проекции подглазничного отверстия слева. Прикус нарушен, по типу открытого.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 32.** В клинику был доставлен больной, 24 лет, с жалобами на сильную головную боль, хруст в ушах при движении головой. Из анамнеза выясне­но, что травму получил на производстве, во время удара тяжелым предме­том в среднюю часть лица. Сознание терял на непродолжительное время. При осмотре определяется отек среднего отдела лица а также удлинение и уплощение лица, кровоизлияние в область нижних и верхних век обоих глаз – «симптом очков», и в коньюктиву глаз, имеется деформация спинки и перегородки носа, прикус открытый, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), имеется боль при глотании, поверхностная пальпа­ция без особенностей. При внутриротовом исследовании подвижность фрагментов определить не удается. Имеются кровянистые выделения из носа.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 33.** В клинику поступил больной, 30 лет, с жалобами на сильную голов­ную боль, хруст в ушах во время движения головой. Травму получил 2 часа назад на работе (при смене положения детали на движущемся станке) деталь выскочила и задела среднюю часть лица. Сознание терял, имеется тошнота и неоднократная рвота. Из перенесенных заболеваний указывает на детские и простудные, а также на то, что около года назад был перелом нижней челюсти в области подбородка и угла слева. При осмотре опреде­ляется западение средней зоны лица, деформация спинки носа с перело­мом костей и деформацией перегородки, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), симптом «очков» боль при глотании, поверхностная пальпация без особенностей. Внутриротовая пальпация подвижности фрагментов верхней челюсти не выявляет, имеются кровянистые выделе­ния из носа. В полости рта открытый прикус, зуб 38 отсутствует; подвижности на месте бывшего перелома в области зубов 33, 34 и 38 нет, но имеется заметное утолщение костной ткани по нижнечелюстному краю слева в области зубов 33, 34.

1. Проведите обоснование диагноза, укажите недостающие для постановки диагноза сведения. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 34.** В клинику поступила пациентка, 29 лет, после автоаварии. При рез­ком торможении автомобиля она ударилась лицом об переднюю панель. Отмечалась потеря сознания тошнота и неоднократная рвота. Из перене­сенных заболеваний указывает на болезнь Боткина в 20-летнем возрасте, гинекологические заболевания и перелом нижней челюсти 8-месячной давности. При осмотре определяется отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями под нижними и верхними веками. Прикус нарушен, верхняя челюсть неестественно выдвинута вперёд. Пальпация тканей средней зоны лица умеренно болезненна, а по нижнечелюстному краю справа выявляется уплотнение костной ткани в области зубов 47,48, подвижности соответственно локализации бывшего перелома нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествовавший перелом нижней челюсти?

**Задача 35.** У больного после травмы челюстно-лицевой области развился значи­тельный отек лица, появилось кровоизлияние в нижние веки и коньюктиву глаз с обеих сторон, парестезия кожи подглазничных областей, кровотече­ние из носа. При пальпации определяются острые костные выступы по нижнему краю глазницы с обеих сторон и у переносицы. В полости рта контактируют моляры, имеется кровоизлияние в переходную складку у первых верхних моляров.

1. Проведите обоснование диагноза, укажите данные, недостающие для диагностики.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 36.** После автомобильной катастрофы в клинику доставлен больной с отеком лица. Слева определяется расходящееся косоглазие. Из носа выде­ляется розоватое с мелкими кровянистыми сгустками отделяемое. При смачивании марли отделяемым этой жидкости вокруг красного пятна образуется слегка желтый ареол. У больного имеется парестезия нижнего века, крыла носа, и верхней губы справа. Пальпаторно определяются ост­рые костные выступы на нижнем крае глазницы справа и на лобном от­ростке верхней челюсти слева. Прикус нарушен. В полости рта имеется гематома по переходной складке в области зубов 17, 16 и гематома соответственно передней небной дужке слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 37.** В отделение был доставлен больной с травмой челюстно-лицевой области (транспортная травма). Больной в сознании. Из анамнеза выясне­но, что в момент столкновения он ударился о спинку сиденья автомобиля. В момент удара сознание не терял, рвоты не было, тошноты также не отмечалось. Было кровотечение изо рта в течение 30 минут с момента травмы. При осмотре определяется отек верхней губы, на коже которой имеются мелкие ссадины. На красной кайме губ множество кровянистых корок. В полости рта смыкание зубов нарушено в центральном отделе. Определяется откол коронковой части зуба 21 на уровне шейки зуба, пульпа 21 зуба обнажена, резко болезненна при зондировании.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 38.** В клинику обратился больной с жалобами на отек верхней губы, боли в этой области, подвижность зубов 21, 22, периодическое выделение крови со слюной, сильные боли при смыкании зубов в переднем отделе. Из анамнеза выяснено, что около 16 часов назад подучил удар тупым предметом в область губ. В момент удара кратковременно терял сознание. Рвоты и тошноты не было. За помощью не обращался. При осмотре верхняя губа отечна, на слизистой верхней губы с вестибулярной стороны имеется множество мелких ушибов. Смыкание зубов нарушено в связи с отклоне­нием зуба 21 в небную сторону. Вертикальная и горизонтальная перкуссия зубов 21, 22 резко болезненна. Указанные зубы подвижны. На альвеолярном от­ростке верхней челюсти вдоль проекции этой области определяются раз­рывы слизистой оболочки. На рентгенограмме неравномерное резкое расширение периодонтальной щели у 21, 22 зубов.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 39.** В клинику доставлен пострадавший с травмой челюстно-лицевом области. На верхней губе повязка умеренно пропитана кровью. Изо рта выделяется кровь с примесью слюны. Больной жалуется на боли в переднем отделе верхней челюсти, невозможность смыкания зубов, подвижность верхних центральных зубов. При местном осмотре определяется рваная рана верхней губы, края раны зияют. Полость рта заполнена мно­жеством кровяных сгустков, зубы 11, 21 резко подвижны. Определяется отлом альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 12, 11, 21 с разрывом сли­зистой оболочки этой области. На рентгенограмме определяется резкое расширение периодонтальной щели у 11, 21 зубов, а также наличие тени, соответ­ствующей, линии перелома, альвеолярного отростка верхней челюсти во фронтальном отделе.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 40.** В клинику обратился больной, 22 лет, с жалобами на головную боль, тошноту, рвоту. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был из­бит неизвестными. Отмечалась кратковременная потеря сознания. Обра­тился в районный травматологический пункт, где была произведена пер­вичная хирургическая обработка (ПХО) ссадин лица, назначены обезболи­вающие препараты, дано направление в многопрофильную больницу. При осмотре определяются множественные ссадины в области правого над­бровья, крыльев носа, скуловой области справа и подбородка. В полости рта прикус нарушен незначительно, отмечается подвижность фрагментов нижней челюсти между центральными резцами.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, каких данных недостает для подтверждения диагноза.
3. Наметьте план лечения.

**Тестовые задания для подготовки к промежуточной аттестации**

1. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная 2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

2. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

3. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

4. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

5. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная 2) круговая мышца рта

3) поднимающая угол рта 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

6. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8. Определение название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетания

4) комбинирования 5) комплексная

9. Определите название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетанная

4) комбинированная 5) комплексная

10. При кровотечении из раны щеки проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии 2) поверхностной височной артерии

3) лицевой артерии у края н\ч 4) по краям раны

5) ответы 3+4

11. При кровотечении из раны языка проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой сонной артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) язычной артерии в треугольнике Пирогова

4) по краю раны языка, придавливая ее ко дну полости рта

5) ответы 3+4

12. При кровотечении из раны или опухоли верхней челюсти проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии 2) лицевой артерии

3) поверхностной височной артерии 4) верхнечелюстной артерии

5) ответы 2+3

13. Ранняя хирургическая обработка проводится в:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения

3) после 48 часов 4) после проявления в ране грануляций

5) первые 6 часов

14. Отсроченная первичная хирургическая обработка проводится:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения

3) после 48 часов 4) после проявления в ране грануляций

5) после начала эпителизации краев раны

15. Иссечение краев раны обязательно в следующих случаях:

1) укушенная рана 2) резаная и колотая раны

3) ушибленно-рваная рана 4) укушенная и рваная раны

5) рваная и колотая раны

16. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается в:

1) антисептической обработке, наложении швов и повязки

2) остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

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

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

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

17. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

1) 8-12 часов 2) 24 часа 3) 48 часов 4) 8 суток 5) 72 часа

18. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки 2) на 6-7 сутки 3) на 7-8 сутки

4) на 8-9 сутки 5) на 9-10 сутки

19. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) на 8-9 сутки

3) после эпителизации раны

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

20. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) после эпителизации раны

3) с началом формирования рубца

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

21. При вколоченном вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) его режущая или жевательная поверхность располагается ниже соседних зубов

2) на рентгенограмме не видна периодонтальная щель

3) на рентгенограмме переодонтальная щель расширена

4) ответы 1+2

5) ответы 1+3

22. При неполном боковом вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) зуб располагается вне зубной дуги и удерживается только слизистой оболочкой

2) зуб располагается в лунке «глубже» соседний зубов и не имеет контакта с антоганистами

3) на рентгенограмме периодонтальная щель не видна

4) на рентгенограмме периодонтальная щель расширена

5) зуб неподвижен

23. При неполном или вколоченном вывихе в качестве экстренной помощи показана:

1) его немедленная экстракция

2) его немедленная реплантация с ревизией лунки и пломбировкой канала корня

3) отсроченная реплантация

4) вправление в зубную дугу с надежной фиксацией к соседним зубам и наблюдение (возможно отсроченное пломбирование канала через 4 недели)

5) наблюдение

24. При травме зуба (ушиб, вывих) первые признаки гематомы пульпарной полости (изменение цвета эмали) появляются в зоне:

1) режущий край или жевательная поверхность

2) оральная поверхность

3) мезиальная или дистальная поверхности

4) вестибулярная поверхность

5) ответы 2+4

25. Гематома пульпарной полости вызывает следующее изменение цвета эмали:

1) потемнение с коричневым оттенком 2) просветление с опалесцирующим оттенком

3) тип «мелового пятна» 4) «синюшный»

5) красно-розовый

26. При гематоме пульпарной полости на рентгенограмме зуба:

1) нет специфических признаков

2) очаг просветления округлой формы в зоне гематомы

3) очаг затемнения в зоне гематомы

4) расширение периодонтальной щели

5) сужение периодонтальной щели

27. При гематоме пульпарной полости чувствительность зуба при электроодонтометрии будет:

1) не изменена 2) снижена 3) повышена

4) отсутствует 5) могут быть все варианты

28. При вколоченном вывихе зуб:

1) удаляют 2) реплантируют

3) манипуляций не производят 4) фиксируют гладкой шиной к зубам

5) вправляют и не фиксируют

29. Ссадина - это:

1) закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности

2) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки

3) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием

30. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:

1) ушибленная 2) резаная 3) колотая

4) укушенная 5) размозженная 6) скальпированная

31. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:

1) нет, несоответствия нет

2) раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке

3) рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже

32. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

1) 1 - 2 часа после ранения 2) 3 - 6 часов после ранения

3) 10-12 часов после ранения 4) 24 часа после ранения

5) 48 часов после ранения

33. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

1) первая по счету обработка раны у больного;

2) хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;

3) хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;

4) хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;

5) хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции

34. Когда проводят сшивание кожи со слизистой оболочки во время хирургической обработки раны?:

1) при ранении мягких тканей околоушно-жевательной области;

2) при больших сквозных дефектах в области щек;

3) при нагноившихся ранах мягких тканей щек или губ;

4) при вскрытии гнойных лимфаденитов.

35. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает:

1) врач 2) санитарный инструктор

3) эпидемиологическая служба 4) служба медицинской разведки полка

5) связист

36. Первая медицинская помощь на поле боя оказывает:

1) врачом

2) эпидемиологической службой

3) службой медицинской разведки полка

4) в порядке самопомощи и взаимопомощи

5) связистом

37. Задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого 2) собрать анамнез

3) перенести в укрытие 4) оформить медицинскую карточку

5) временная остановка кровотечения

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

1) накормить раненого 2) собрать анамнез 3) перенести в укрытие

4) устранить угрозу асфиксии 5) оформить медицинскую карточку

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

1) накормить раненого 2) собрать анамнез 3) перенести в укрытие

4) противошоковые мероприятия 5) оформить медицинскую карточку

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

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона 4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

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

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона 4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

42. Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон

4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

43. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон 4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

44. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт 4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

45. Этап медицинской эвакуации, где осуществляется реабилитация:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт 4) отдельный медицинский батальон

5) госпиталь тыла

46. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) батальоном медицинском пункте 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

47. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) госпитальной тыловой базе 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

48. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины

3) стандартные повязки 4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) ортопедический аппарат

49. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины

3) импровизированные повязки 4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) ортопедический аппарат

50.Оптимальный метод транспортной иммобилизации при переломах челюстей является:

1) гипсовая повязка

2) шапочка Гиппократа

3) повязка Померанцевой-Урбанской

4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) круговая теменно-подбородочная повязка

51. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей осуществляется:

1) аппаратом Збаржа 2) гипсовой повязкой

3) гладкой шиной-скобой 4) компрессионно-дистракционным аппаратом

5) круговой теменно-подбородочной повязкой

52. Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

1) 3-5 дней 2) 7 дней 3) 2 недели 4) 6 недель

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

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт 4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

54. ПХО раненному в лицо с лучевой болезнью проводят:

1) в период первичных реакций 2) в самом начале периода разгара лучевой болезни

3) в середине скрытого периода 4) в начале скрытого периода

5) за 1-2 дня до начала разгара лучевой болезни

55. При срединном косом переломе нижней челюсти отломки смещаются:

1) большой отломок - кнаружи и вниз, а малый - вовнутрь и вниз

2) большой отломок - вниз, а малый - вовнутрь

3) большой отломок - кнаружи, а малый - вверх

4) большой отломок - кнаружи, а малый - вниз

5) большой отломок - вниз, а малый - вверх

56. Как смещаются отломки при одиночном переломе тела нижней челюсти:

1) большой отломок - вниз и кнаружи, а малый - кверху, кзади и вовнутрь

2) большой отломок - вверх и в сторону перелома, а малый вниз, кпереди и вовнутрь

3) большой отломок - вниз и в сторону перелома, а малый кверху, кпереди и вовнутрь

4) большой отломок - вниз и в сторону перелома, а малый вниз, кзади и кнаружи

57. Раненный получил огнестрельный перелом нижней челюсти и облучение в дозе 2,5 Гр. Такое ранение называется:

1) обусловленное 2) сочетанное 3) изолированное

4) множественное 5) комбинированное

58. Переломы нижней челюсти в области угла:

1) всегда являются открытыми 2) всегда являются закрытыми

3) могут быть как открытыми, так и закрытыми

59. При переломе собственно ветви нижней челюсти:

1) значительных смещений отломков обычно нет

2) большой фрагмент смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь;

3) большой фрагмент смещается кнаружи, а малый вниз и вовнутрь;

4) большой фрагмент смещается вниз и вовнутрь, а малый - вверх и кнаружи.

60. При одиночном переломе ветви нижней челюсти срединная линия смещается:

1) в сторону, противоположную перелому 2) в сторону перелома

3) не смещается ни в какую из сторон

61. При переломе венечного отростка нижней челюсти наблюдается изменение прикуса:

1) зубы - антагонисты не смыкаются на стороне повреждения

2) зубы - антагонисты смыкаются только на стороне повреждения

3) все зубы между собой не смыкаются

4) изменений прикуса нет.

62. При переломе мыщелковый отросток смещается кнутри в том случае, если:

1) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится ниже, чем на внутренней

2) линия перелома на наружной поверхности челюсти находится выше, чем на внутренней

63. Гладкая шина - скоба при переломах альвеолярного отростка верхней или нижней челюстей накладывается в том случае, если на неповрежденном участке челюсти должно быть:

1) не менее одного устойчивого зуба

2) не менее двух устойчивых зубов

3) не менее трех устойчивых зубов

4) может накладываться при всех подвижных зубах

64. Шина Вебера - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи

2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

65. Шина Порта - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины

2) отверстие для приема пищи

3) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

4) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

66. Шина Ванкевич - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи

2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

67. Специализированная медицинская помощь оказывается:

1) МПп 2) МПб 3) ВПНхГ 4) Омедб 5) на поле боя

68. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти:

1) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа

2) окружающий шов с наддесневыми шинами или протезами

3) костный шов

4) накостные фиксирующие аппараты

5) репонирующе - фиксирующие аппараты

69. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время:

1) костный шов проволокой

2) введение спицы Киршнера

3) титановыми минипластинками

4) П-образными металлическими скобами

5) окружающий шов из металлической проволоки

6) введение внутрикостных металлических винтов

7) окружающий шов из полиамидной нити

70. Каким методом нужно лечить больного с переломом нижней челюсти в области шейки мыщелкового отростка со смещением последнего кнаружи на 0,5 см:

1) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой

2) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой и межзубной прокладкой

3) остеосинтез костным швом

4) наложение аппарата Рудько

71. Сколько дней нужно удерживать межзубную прокладку при переломе мыщелкового отростка:

1) не более 1 -2 часов 2) не более 1 -2 дней 3) не более 3-4 дней

4) не более 10-14 дней 5) не менее 25 дней

72. Что происходит с вывихнутой головкой из височно-нижнечелюстного сустава при переломе нижней челюсти в области мыщелкового отростка при отсутствии лечения:

1) оссификация головки 2) рассасывание головки

3) ничего с ней не происходит 4) наблюдается нагноение

73. Третий моляр находится на малом отломке при переломе нижней челюсти в области угла. Линия перелома проходит рядом с медиальным корнем этого зуба. Тактика врача:

1) оставить зуб на некоторое время для контакта с антагонистами и предупреждения смещения малого отломка кверху, а затем решать судьбу зуба

2) зуб оставить в связи с необходимостью использования как точки опоры для мостовидного протеза

3) удалить зуб и сделать остеосинтез

74. Показания к наложению гладкой шины-скобы:

1) перелом нижней челюсти в области угла без смещения

2) срединный перелом со смещением и без смещения, перелом альвеолярного отростка, ментальный перелом

3) перелом мыщелкового отростка

4) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда (моляров) без смещения

5) перелом венечного отростка

75. Показания к наложению гипсовой подбородочно-теменной повязки (лангетки):

1) изготовление шины Порта при отсутствии необходимого количества зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти

2) перелом шейки мыщелкового отростка без смещения отломков

3) перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков

76. Показания к применению назубной двучелюстной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти с наложением межчелюстной резиновой тяги:

1) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной

2) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов

3) перелом нижней челюсти в срединном или ментальном отделе без смещения отломков.

77. При переломе нижней челюсти, проходящем через лунку зуба, удаление производят:

1) при первичном осмотре

2) при первичной хирургической обработке

3) на 14 сутки после хирургической обработки и фиксации отломков

4) вопрос решается индивидуально в каждом случае

5) зуб вообще не подлежит удалению

78. Консервативный метод лечения переломов н\ч показан:

1) при частичной или полной адентии независимо от характера смещения отломков

2) при частичной или полной адентии при переломах без смещения

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими методами независимо от характера смещения отломков, если возможна их репонация

4) у больных с психическими сопутствующими заболеваниями (шизофрения, слобоумие, эпилепсия)

5) во всех перечисленных случаях

79. Хирургический (оперативный) метод лечения больных с переломами в н\ч показан при:

1) у больных с психическими заболеваниями

2) у больных с полной адентией независимо от характера смещенных отломков

3) у всех больных со смещением отломков

4) при невозможности фиксации отломков ортопедическими способами

5) ответы 1+4

80. Среди хирургических методов лечения переломов наиболее надежное закрепление отломков возможно при:

1) остеосинтезе внутрикостной спицей

2) остеосинтезе накостной минипластинкой и шурупами

3) проволочном шве по Дюпре

4) проволочном шве по Роджерсу

5) всех перечисленных способах

81. Шина Порта применяется для лечения больных с переломами:

1) в\ч 2) н\ч 3) обеих челюстей 4) костей носа 5) скуловой кости

82. Шина Порта по механизму действия является:

1) функционально действующей 2) фиксирующей 3) протезирующей

4) ответы 1+3 5) ответы 1+2+3

83. Гигиенические мероприятия в полости рта у больных с переломами челюстей в период ношения назубных шин и резиновой тяги:

1) исключают развитие травматического остеомиелита

2) уменьшают вероятность развития травматического остеомиелита

3) не влияют на частоту развития травматического остеомиелита

4) в ряде случаев могут способствовать развитию остеомиелита

5) ответы 3+4

84. Характерный симптом при двустороннем переломе мыщелкового отростка нижней челюсти:

1) кровотечение из носа

2) открытый прикус

3) разрыв слизистой альвеолярного отростка

4) изменение прикуса моляров со стороны перелома

5) изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома

85. Эластичная подбородочно-затылочная повязка показана при лечении:

1) всех больных с переломами в\ч

2) всех больных с переломами верхней и нижней челюстей

3) больных с переломами н\ч без смещения

4) больных с переломами зубов

5) больных с переломами скуловой кости

86. При переломах в области мыщелкового отростка со смещением отломков показано лечение:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение

3) остеосинтез

4) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

5) ранняя лечебная физкультура и миогимнастика

87. При переломах в области мыщелка со смещением «по оси» показано:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка

4) ответы 1+2

5) шина Ванкевич

88. При переломах в области мыщелка с вывихом из суставной впадины показано:

1) подбородочная пращевидная повязка

2) межчелюстное вытяжение с межзубной прокладкой

3) остеосинтез или реплантация мыщелка

4) ответы 1+2

5) шина Вебера

89. При переломе в области венечного отростка показано:

1) остеосинтез 2) межчелюстное вытяжение

3) подбородочная пращевидная повязка 4) шина Ванкевич

5) шина Вебера

90. Перелом венечного отростка обычно встречается вместе с переломом:

1) венечного отростка с другой стороны

2) н\ч в области ментального отдела

3) скуловой дуги с одноименной стороны

4) скуловой дуги с противоположной стороны

5) костей носа

91. При сильном прямом ударе в подбородок весьма часто возникает перелом:

1) в области углов н\ч 2) в области угла и средней линии н\ч

3) в области мыщелка слева 4) в области мыщелка справа

5) в области обоих мыщелков

92. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

1) клапанная 2) стенотическая 3) обтурационная

4) аспирационная 5) дислокационная

93. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки:

1) клапанная 2) стенотическая 3) обтурационная

4) аспирационная 5) дислокационная

94. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:

1) клапанная 2) стенотическая 3) обтурационная

4) аспирационная 5) дислокационная

95. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей при вдыхании жидкого раневого содержимого или рвотных масс:

1) клапанная 2) стенотическая 3) обтурационная

4) аспирационная 5) дислокационная

96. Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха:

1) клапанная 2) стенотическая 3) обтурационная

4) аспирационная 5) дислокационная

97. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

1) трахеотомия 2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела 4) восстановление анатомического положения органа

5) прошивание языка

98. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

1) трахеотомия 2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела 4) восстановление анатомического положения органа

5) расстегнуть одежду

99. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:

1) трахеотомия 2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела 4) вывести и закрепить язык булавкой

5) расстегнуть одежду

100. Какое осложнение не встречается после перелома нижней челюсти:

1) кровоизлияния 2) гематомы 3) эмфизема мягких тканей

4) смещение отломков 5) лимфадениты 6) абсцессы и флегмоны

101. Какое осложнение наиболее часто встречается при переломе нижней челюсти:

1) нагноение костной раны;

2) посттравматический остеомиелит

3) замедленная консолидация отломков

4) несросшийся перелом

5) ложный сустав

6) заболевания височно-нижнечелюстного сустава

7) деформация челюсти

102. Массивная кровопотеря - это:

1) 20% кровопотери от объема циркулирующей крови

2) 20 - 35% кровопотери от объема циркулирующей крови

3) 35 - 50% кровопотери от объема циркулирующей крови

103. При западении языка у больного возникает асфиксия:

1) обтурационная 2) дислокационная 3) стенотическая

4) клапанная 5) аслирационная

104. При дислокационной асфиксии следует проводить:

1) трахеобронхоскопию 2) прошить язык и фиксировать его к шее

3) крикотомия 4) коникотомия 5) трахеоцентез

6) коникоцентез 7) трахеотомия.

105. Умеренная кровопотеря - это:

1) 20% кровопотери от объема циркулирующей крови

2) 20 - 35% кровопотери от объема циркулирующей крови

3) 35 - 50% кровопотери от объема циркулирующей крови

106. При обтурации дыхательных путей рвотными массами, кровью или слизью из-за нарушения тонуса мышц языка, нижней челюсти и глотки возникает нарушение дыхания. Укажите тип нарушения дыхания?:

1) периферический

2) центральный

3) смешанный

107. При переломах альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти:

1) зубы не повреждаются 2) возможно повреждение коронок зубов

3) возможно повреждение корней зубов 4) ответы 1+2+3

5) ответы 1+2

108. При переломах скуловой кости объем рентгенологического обследования включает:

1) рентгенограмма черепа в передней проекции

2) рентгенограмма скуловых костей в аксиальной проекции

3) рентгенограмма черепа в полуаксиальной проекции

4) ответы 1+2

5) ответы 2+3

109. Вправление отломков скуловой кости показано при:

1) переломах со смещением и сдавлением подглазничного нерва

2) переломах со смещением но без сдавления подглазничного нерва

3) перелом без смещения

4) ответы 1+2

5) ответы 2+3

110. Вскрытие и дренирование гематомы носовой перегородки показано:

1) в возможно более ранние сроки

2) только в случае нагноения

3) только в случае неэффективности консервативной терапии и явлениях «осумковывания»

4) вообще не показано

5) при переломах костей носа

111. Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома 2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

112. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области 2) деформация носа, гематома

3) симптом «ступени», диплопия 4) кровоизлияние в нижнее веко

5) кровотечение из носа, головокружение

113. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области 2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко 4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

114. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

1) гематома 2) смещение отломков 3) воспалительная реакция

4) травма жевательных мышц 5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

115. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

1) травма глазного яблока 2) воспалительная реакция

3) смещение глазного яблока 4) травма зрительного нерва

5) интраорбитальная гематома

116. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа 5) крючок Лимберга

117. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель 2) распатор 3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа 5) элеватор Карапетяна

118. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1) птоз 2) гипосаливация 3) телеангиэктазии

4) парез ветвей лицевого нерва 5) вторичные деформации лицевого скелета

119. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1) радикальная верхнечелюстная синусотомия

2) остеотомия верхней челюсти

3) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

5) репозиция скуловой кости

120. Фиксация скуловой кости после ее репозиции осуществляется:

1) наружными швами 2) коллодийной повязкой

3) пластмассовым вкладышем 4) тампоном, пропитанным йодоформом

5) спицей Киршнера

121. После фиксации скуловой кости йодоформным тампоном конец его выводится через отверстие:

1) в скуловой области 2) по переходной складке

3) в области бугра верхней челюсти 4) в области нижнего носового хода

5) в области верхнего носового хода

122. Способ устранения деформации скуловой области без функциональных нарушений:

1) контурная пластика

2) остеотомия скуловой кости

3) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) остеотомия верхней челюсти

5) протезирование

123. Метод фиксации при переломах костей носа:

1) остеосинтез 2) пращевидная повязка

3) тампонада носовых ходов 4) наружная повязка из гипса или коллодия

5) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллоида

124. Для полноценной диагностики переломов верхней челюсти необходима:

1) передняя проекция черепа 2) боковая проекция черепа

3) полуаксиальная проекция черепа 4) аксиальная проекция черепа

5) ответы 1+2+3+4

125. Консервативный (ортопедический) способ лечения при переломах в\ч показан:

1) при всех видах переломов в\ч

2) только при переломах со смещением и нарушением прикуса

3) при возможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

4) при частичном или полном отсутствии зубов

5) у больных с сопутствующими психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие)

126. Оперативный метод лечения при переломах в\ч показан:

1) при переломах со смещением

2) при невозможности надежной фиксации отломков ортопедическими способами

3) при профузном или продолжающих повторно возникать кровотечениях из области перелома

4) у больных с психическими заболеваниями (шизофрения, слабоумие, эпилепсия)

5) ответы 2+3+4

127. Переломы верхней челюсти возникают при действии силы

1) перпендикулярно контрфорсам: 2) параллельно контрфорсам;

3) в косом направлении.

128. Сотрясение головного мозга - это:

1) закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений

2) закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага

129. Контузия (ушиб) головного мозга - это:

1) закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений;

2) закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага.

130. Суборбитальный перелом верхней челюсти характеризуется тем, что линия перелома проходит:

1) над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух

2) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости

3) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу

131. Суббазальный перелом характеризуется тем, что линия перелома проходит:

1) над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух

2) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости

3) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно-скуловой шов и скуловую дугу

132. Присутствие крови в верхнечелюстной пазухе при переломе верхней челюсти является ли показанием к гайморотомии?

1) является абсолютным показанием 2) является относительным показанием

3) не является показанием к гайморотомии

133. Наличие в верхнечелюстной пазухе инородных тел и осколков кости при огнестрельных переломах верхней челюсти является ли показанием к обязательной гайморотомии:

1) является абсолютным показанием 2) является относительным показанием

3) не является показанием к гайморотомии

134. Сагиттальный перелом верхней челюсти - это:

1) перелом верхней челюсти по типу Лефор II, но без повреждения костей носа

2) перелом верхней челюсти по типу Лефор III, но без повреждения костей носа

3) когда отламывается только одна верхнечелюстная кость

135. Кости основания черепа повреждаются при переломе верхней челюсти по типу

1) суборбитальный перелом 2) суббазальный перелом

3) низкий поперечный перелом

136. Дно гайморовой пазухи повреждается при переломе верхней челюсти по типу

1) суборбитальный перелом 2) суббазальный перелом

3) низкий поперечный перелом

137. «Симптом очков» при переломах верхней челюсти возникает

1) сразу же после травмы 2) через 24-48 час после травмы

3) через несколько часов после травмы

138. Отличие «симптома очков» при изолированном переломе верхней челюсти и переломе костей основания черепа заключается:

1) в локализации кровоизлияний

2) во времени его появления и распространенности

3) по интенсивности (выраженности) окраски

4) по распространенности и выраженности окраски

139. При изолированных переломах верхней челюсти «симптом очков»:

1) появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза;

2) появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер;

3) появляется не ранее, чем через 24-48 часов после травмы и имеет распространенный характер;

4) появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

140. При изолированных переломах костей основания черепа «симптом очков»:

1) появляется не ранее, чем через 12 часов после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза

2) появляется сразу после травмы и имеет распространенный характер

3) появляется не ранее, чем через 24-48 часов после травмы и имеет распространенный характер

4) появляется сразу после травмы и имеет ограниченный характер (не выходит за пределы круговой мышцы глаза).

141. При пробе двойного пятна:

1) в центре марлевой салфетки - желтое пятно цереброспинальной жидкости, а по периферии марлевой салфетки - бурый венчик истекшей крови

2) в центре марлевой салфетки - бурое пятно от истекающей крови, а по периферии марлевой салфетки желтый венчик цереброспинальной жидкости

142. При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локализуется:

1) в подглазничной области

2) в области скуло-челюстного шва

3) в скуловой области

4) в подглазничной области и в области скуло-челюстного шва

5) в области альвеолярного отростка и подглазничной области

143. Временными средствами иммобилизации отломков верхней челюсти не являются:

1) бинтовая подбородочно-теменная повязка;

2) эластичная подбородочная праща Померанцевой Урбанской;

3) шины Тигерштедта;

4) стандартная транспортная повязка;

5) эластичные резиновые и сетчатые бинты.

144. Какая травма относится к сочетанной:

1) перелом костей носа, резанная рана мягких тканей щеки и шеи

2) перелом верхней и нижней челюсти

3) перелом скуловой кости, скуловой дуги, костей носа

4) перелом нижней челюсти в области тела мыщелкового отростка слева и справа, вывих 2.1; 1.2 зубов

145. Сочетанной травмой называется:

1) повреждение нескольких анатомических областей тела

2) перелом нижней челюсти

3) перелом верхней челюсти

4) повреждения несколькими травмирующими факторами

5) повреждения несколькими травмирующими факторами, перелом нижней челюсти

146. Определение названия травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетания

4) комбинирования 5) комплексная

147. Комбинированной травмой называется:

1) повреждение нескольких анатомических областей тела

2) перелом нижней челюсти

3) перелом бедренной кости

4) повреждение несколькими травмирующими факторами

5) повреждение нескольких анатомических областей тела, перелом нижней челюсти

148. При кровотечении из раны щеки проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии 2) поверхностной височной артерии

3) лицевой артерии у края н\ч 4) по краям раны

5) ответы 3+4

149. При кровотечении из раны языка проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой сонной артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) язычной артерии в треугольнике Пирогова

4) по краю раны языка, придавливая ее ко дну полости рта

5) ответы 3+4

150. При кровотечении из раны верхней челюсти проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии 2) лицевой артерии

3) поверхностной височной артерии 4) верхнечелюстной артерии

5) ответы 2+3

151. При кровотечении из раны или опухоли н\ч проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой артерии у края н\ч 2) общей сонной артерии

3) нижнечелюстной артерии 4) язычной артерии

5) ответы 3+4

152. Больной доставлен с переломом костей лицевого черепа: нижней челюсти, скуловой дуги и носа; с рваной раной в области нижней губы и подбородка. Определите вид повреждения:

1) множественная 2) сочетанная 3) комбинированная

4) комплексная 5) политравма

153. Кожно-слизистые швы при ранениях носа, век, губ, щек, глотки накладывают:

1) во всех случаях

2) при больших истинных изъянах тканей, когда не возможно провести одномоментную пластику

3) при укушенных ранах

4) при огнестрельных ранах

5) ответы 3+4

154. У пострадавшего имеются огнестрельный двусторонний перелом нижней челюсти и перелом левой плечевой кости. Определите, какое это ранение:

1) комбинированное 2) сочетанное 3) изолированное

155. У пострадавшего в полости рта обнаружены: нарушения прикуса, несколько рваных ран на спинке языка, большая рана в подчелюстной области слева, в которой видны осколки и концы отломков нижней челюсти. Определите вид ранения:

1) слепое изолированное 2) касательное сочетанное проникающее

3) сквозное изолированное проникающее 4) слепое множественное проникающее

5) сквозное сочетанное проникающее

156. У раненного с двумя огнестрельными ранами (первое - в области тела нижней челюсти справа, диаметром 6 мм; второе – в области угла нижней челюсти слева, диаметром 40 мм) на губах видна запекшаяся кровь. Определите вид ранения:

1) слепое 2) сквозное 3) касательное 4) множественное 5) сочетанное

157. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей:

1) эвакогоспиталь 2) сортировочный пункт 3) медицинский пункт полка

4) батальонный медицинский пункт 5) отделение специализированного госпиталя

158. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей:

1) эвакогоспиталь 2) сортировочный пункт 3) медицинский пункт полка

4) батальонный медицинский пункт 5) отделение специализированного госпиталя

159. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей на МПб:

1) остеосинтез 2) наложение гладкой шины скобы

3) наложение бимаксиллярных шин 4) межчелюстное связывание по Айви

5) временная (транспортная) иммобилизация

160. Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей в омедб:

1) наложение бимаксиллярных шин

2) временная (транспортная) иммобилизация

3) наложение компрессионно-дистракционнго аппарата

4) наложение гладкой шины скобы

5) остеосинтез

161. Первичная медицинская карточка на раненного оформляется

1) МПб 2) МПп 3) омедб 4) ВПНхГ 5) ВПГЛР

162. Объем помощи при комбинированных ранениях лица и челюстей, оказываемый в ВПНхГ:

1) дезактивация

2) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу, дезактивация

3) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока, лечение лучевой болезни, дезактивация

4) полная хирургическая обработка ран с наложением лечебной иммобилизации с учетом степени радиационного поражения, дезактивация

163. Объем помощи при ранениях лица и челюстей, оказываемый в СВПХГ (ВПНхГ)

1) подготовка к эвакуации в тыловую госпитальную базу

2) окончательная остановка кровотечения, выведение из шока

3) специализированная полная хирургическая обработка ран с элементами пластики

164. При электротравме возникают обычно ожоги:

1) 1 степени 2) 2 степени 3) 3 степени

4) 4 степени 5) ответы 3+4

165. Особенностями ожогов лица являются:

1) большой отек рыхлой клетчатки и устрашающий вид

2) степень ожога при равной интенсивности и экспозиции температурного воздействия на лице больше, чем на других частях тела

3) наличие ожогов разных степеней на соседних участках

4) ответы 1+2

5) ответы 1+2+3

166. Особенности ожогов лица заключаются в:

1) течении раневого процесса

2) значительной аутоинтоксикации

3) неравномерном поражении различных отделов кожи лица

4) быстром развитии гнойно-септических осложнений

5) пигментации

167. При ожоге I степени поражаются:

1) все слои эпидермиса 2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис 4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

168. При ожоге II степени поражаются:

1) все слои эпидермиса 2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис 4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

169. При ожоге III (а) степени поражаются:

1) все слои эпидермиса 2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис 4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

170. При ожоге III (б) степени поражаются:

1) все слои эпидермиса 2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис 4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

171. При ожоге IV степени поражаются:

1) все слои эпидермиса 2) кожа и подлежащие ткани

3) поверхностный эпидермис 4) поверхностный эпидермис и капилляры

5) все слои эпидермиса с сохранением дериватов кожи

172. Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

173. Пересадку кожи на ожоговую рану производят:

1) как можно позже 2) как можно раньше 3) на 5 сутки после ожога

4) с момента эпителизации 5) после отторжения струпа и развития грануляций

174. Стимулирует эпителизацию раны:

1) анальгин 2) коргликон 3) солкосерил

4) эмульсия синтомицина 5) триметилдифтор параамин

175. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, ока­зываемый в МПб:

1) первичная хирургическая обработка

2) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

3) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

176. Объем медицинских мероприятий при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в МПп:

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

4) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

5) исправление повязки, дача обезболивающих антибиотиков и сердечных средств

177. Объем медицинской помощи при ожогах челюстно-лицевой области, оказываемый в СВПХГ (ВПНхГ):

1) первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) первичная хирургическая обработка, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) исправление повязки, дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

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

1) исправление повязки, первичная хирургическая обработка

2) наложение сухой асептической повязки, обезболивание

3) дача обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств, пересадка кожи

4) исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации

5) транспортировка больного

179. Признаки электроожога:

1) на коже сухие, блестящие, безболезненные участки беловато-серого цвета, которые хорошо контурируют; отека тканей и гиперемии кожи нет

2) участки коагулированных тканей; цвет кожного покрова – от коричневого до черного

3) ткани резко обезвожены; сухой некроз тканей в месте контакта с повреждающим веществом

4) влажный некроз тканей, ярко-розовые эрозии

5) начинают образовываться тяжи

180. Что необходимо сделать при недостаточно хорошей фиксации съёмного протеза полного зубного ряда, обусловленной удлинёнными границами базиса?

1. снять оттиск и изготовить новый протез
2. провести коррекцию края протеза
3. уточнить границы протеза самотвердеющей пластмассой
4. провести перебазирование эластичной базисной пластмассой

181. Что служит причиной утолщения базиса съёмного протеза?

1. неточность снятия анатомического оттиска
2. недостаточное соединение частей кюветы при паковке пластмассы
3. деформация протеза в момент извлечения его из кюветы после полимеризации
4. нарушение пропорций полимера и мономера при подготовке пластмассы

182. Что необходимо сделать при изменении дикции после наложения съёмного пластиночного протеза на верхнюю челюсть?

1. изготовить новый протез
2. укоротить границы протеза
3. пришлифовать передние зубы нижней челюсти к верхним
4. провести коррекцию протеза верхней челюсти в области передних зубов

183. Как часто следует проводить контрольные осмотры при лечении больных с полным отсутствием зубов?

1. 1 раз в полгода
2. 1 раз в год
3. 1 раз в 3 месяца
4. по требованию пациента

184. Какие действия позволяют предупредить травму слизистой оболочки протезного ложа при снятии оттисков для съёмных протезов?

1. целенаправленный выбор оттискного материала
2. чрезмерное давление при снятии оттиска врачом
3. правильно подобранный размер оттискной ложки Использование пластмассовых оттискных ложек

185. Что можно использовать для выявления хронической воспалительной реакции слизистой оболочки?

1. окрашивание слизистой оболочки раствором Шиллера-Писарева с толлуидиновым синим
2. окрашивание слизистой оболочки раствором Шиллера-Писарева (Раствор Шиллера-писарева окрашивает слизистую оболочку только при наличии участков хронического воспаления. При этом здоровая слизистая оболочка не окрашивается.)
3. провокационная проба
4. жевательная проба

186. Что применяется для выявления аллергической реакции на акриловые пластмассы непосредственно в клинике ортопедической стоматологии?

1. экспозиционно-провокационная проба
2. тест химического серебрения
3. лейкопеническая проба
4. все варианты верные

187. С какой целью нёбную поверхность съёмного протеза покрывают серебром?

1. для устранения непосредственного контакта акрилового базиса со слизистой оболочкой полости рта
2. из-за бактерицидного действия серебра
3. из-за образования химической связи серебра с мономером
4. все варианты верные

188. Какой съёмный протез подойдет для больных с непереносимостью акриловых пластмасс?

1. с металлическим базисом
2. мягким акриловым слоем базиса
3. с мягким силиконовым слоем базиса

189. При наличии сильных болей больному рекомендуется съемный пластиночный протез:

1. не снимать до посещения врача
2. снять и надеть за 3-4 часа перед посещением врача
3. снять и сразу прийти к врачу
4. снять и надеть, когда пройдут болевые ощущения
5. снять и после исчезновения воспалительных явлений прийти к врачу

190. Причинами расцементировки металлокерамических коронок могут быть:

1. чрезмерная конусность культи зуба
2. чрезмерная толщина литого каркаса
3. усадка металла при литье
4. некачественное литье
5. деформация двухслойного слепка

191. Для выявления состояния мягких тканей сустава ВНЧС используют:

1. рентгенограмму сустава
2. МРТ, артрографию
3. артроскопию
4. УЗИ

192. Ошибки на этапе получения оттисков при изготовлении съемных протезов являются причиной:

1. неудовлетворительной фиксации протезов, хронической травмы слизистой оболочки полости рта несъемными конструкциями
2. кандидоза
3. дисфункции ВНЧС
4. аллергические реакции на акрилаты

193. Характер раздражителей, порождаемых протезом, с какими свойствами он связан:

1. побочное
2. токсическое
3. аллергическое
4. травмирующее
5. все ответы верны

194. Повторные коррекции протеза из-за травмы слизистой оболочки могут быть вызваны:

1. плохой фиксацией и стабилизацией протезов (травма слизистой оболочки по краю протеза, разлитая гиперемия протезного ложа)
2. неточностями при получении слепков из-за неправильного выбора слепочного материала — значительной компрессией или деформацией слизистой оболочки (травма слизистой, разлитая гиперемия альвеолярного отростка)
3. недостаточно выраженными окклюзноннымн контактами, неправильным расположением зубов по центру альвеолярного отростка (травма по центру альвеолярного отростка)
4. все ответы верны

195. Повторные коррекции протеза из-за травмы слизистой оболочки могут быть вызваны:

1. отсутствием изоляции в области острых костных выступов (пролежни, изъязвления в области выступов, косых линий)
2. отсутствием изоляции (травма в области валика, баланс протеза) или чрезмерной изоляцией небного валика (гиперемия, разрастание слизистой оболочки).
3. удлиненным, укороченным или истонченным краем протеза
4. все ответы верны

196. Повторные коррекции протеза из-за травмы слизистой оболочки могут быть вызваны:

1. балансом протеза
2. повреждением модели
3. деформацией модели при прессовке пластмассы и т. д.
4. +все ответы верны

197. Тактические и технические ошибки при протезировании съемными пластиночными протезами:

1. ошибки при определении центрального соотношения челюстей
2. ошибки при снятии оттиска (альвеолярный отросток, альвеолярная часть, тяжи и уздечки, переходная складка)
3. неточности при получении оттисков из-за неправильного выбора оттискного материала - значительная компрессия или деформация слизистой оболочки (травма слизистой оболочки, разлитая гиперемия альвеолярного отростка)
4. все ответы верны

198. Тактические и технические ошибки при протезировании съемными пластиночными протезами:

1. неправильный выбор формы, размера искусственных зубов
2. недостаточно выражены окклюзионные контакты, неправильно расположены зубы по отношению к вершине альвеолярного гребня
3. отсутствие изоляции в области острых костных выступов
4. все ответы верны

199. Тактические и технические ошибки при протезировании съемными пластиночными протезами:

1. отсутствие изоляции или чрезмерная изоляция нёбного валика
2. удлиненный, укороченный или истонченный край протеза
3. повреждения модели
4. все ответы верны

200. Тактические и технические ошибки при протезировании съемными пластиночными протезами:

1. деформация модели при прессовании пластмассы
2. ошибки при проверке конструкции протеза
3. неумение правильно оценить качество протезов
4. все ответы верны

201. Тактические и технические ошибки при протезировании съемными пластиночными протезами:

1. плохо проведена беседа с пациентом о правилах пользования протезом, сроках контрольных осмотров
2. множественные коррекции
3. все ответы верны

202. Осложнения при использовании съемных пластиночных протезов:

1. плохая фиксация и устойчивость протезов
2. осложнения со стороны височно-нижнечелюстного сустава при неправильном определении центрального соотношения или высоты нижнего отдела лица
3. баланс протеза
4. все ответы верны

203. Осложнения при использовании съемных пластиночных протезов:

1. перегрузка пародонта опорных зубов
2. микротравмы десневого края и межзубных сосочков
3. декубитальные язвы, эрозии
4. все ответы верны

204. Осложнения при использовании съемных пластиночных протезов:

1. травматический папилломатоз
2. образование «болтающегося» альвеолярного гребня
3. все ответы верны

205. Причинами балансирования съемного пластиночного протеза могут быть:

1. изготовление протезов по деформированным оттискам
2. недостаточная изоляция нёбного валика
3. все ответы верны

206. Причинами балансирования съемного пластиночного протеза могут быть:

1. деформация базиса при извлечении протеза из кюветы, его отделке и полировке
2. некачественная припасовка готового съемного протеза
3. все ответы верны

207. Причины возможной боли или жжения слизистой оболочки под протезом следующие:

1. травма слизистой оболочки вследствие несоответствия микрорельефа внутренней поверхности протеза рельефу слизистой оболочки протезного ложа
2. компрессии слизистой оболочки при неправильном получении оттиска (неправильно выбран оттискной материал)
3. неправильно выбран метод получения оттиска в зависимости от типа слизистой оболочки рта
4. неправильной постановки искусственных зубов и возникающей из-за этого локальной перегрузки слизистой оболочки протезного ложа, отсутствия изоляции торуса, экзостозов и других участков слизистой оболочки без подслизистого слоя
5. все ответы верны

208. Жжение под протезом может наблюдаться у больных с общесоматической патологией, снижающей резервные силы слизистой оболочки рта, в том числе зоны протезного ложа:

1. при сахарном диабете
2. алкоголизме, СПИДе
3. после лучевой терапии и пр.
4. все ответы верны

209. Тактические и технические ошибки при протезировании бюгельными протезами:

1. неправильное расположение экваторной линии при проведении параллелометрии
2. ошибки при определении центрального соотношения челюстей (центральной окклюзии)
3. погрешности при снятии оттиска; - погрешности при литье каркаса бюгельного протеза
4. все ответы верны

210. Тактические и технические ошибки при протезировании бюгельными протезами:

1. удлиненный, укороченный или истонченный край протеза
2. повреждение гипсовой модели
3. деформация модели при прессовке пластмассы
4. все ответы верны

211. Тактические и технические ошибки при протезировании бюгельными протезами:

1. ошибки при проверке конструкции протеза
2. неумение правильно оценить качество протезов
3. все ответы верны

212. Тактические и технические ошибки при протезировании бюгельными протезами:

1. плохо проведена беседа с пациентом о правилах пользования протезом, сроках контрольных осмотров
2. множественные коррекции
3. все ответы верны

213. Осложнения при использовании бюгельных протезов:

1. плохая фиксация и стабилизация протезов
2. нарушение дикции
3. поломка протеза и кламмеров
4. все ответы верны

214. Осложнения при использовании бюгельных протезов:

1. баланс протеза из-за погрешностей при получении оттисков и техническом изготовлении
2. перегрузка пародонта опорных зубов
3. гиперемия слизистой оболочки и эрозии на протезном ложе
4. множественные коррекции
5. все ответы верны

215. Тактические и технические ошибки на этапах ортопедического лечения:

1. ошибки в выборе метода получения функционального оттиска
2. снятие только анатомического оттиска без последующего изготовления индивидуальных ложек
3. ошибки в выборе оттискного материала
4. все ответы верны

216. Тактические и технические ошибки на этапах ортопедического лечения:

1. ошибки в выборе метода регистрации центрального соотношения челюстей
2. гравировка модели
3. неправильное определение уровня протетической плоскости
4. все ответы верны

217. Тактические и технические ошибки на этапах ортопедического лечения:

1. ошибки при определении границ базиса протеза
2. отсутствие изоляции в области острых костных выступов
3. отсутствие изоляции или чрезмерная изоляция нёбного валика
4. все ответы верны

218. Тактические и технические ошибки на этапах ортопедического лечения:

1. удлиненный, укороченный или истонченный край протеза
2. повреждение гипсовой модели
3. деформация модели при прессовании пластмассового теста
4. все ответы верны

219. Тактические и технические ошибки на этапах ортопедического лечения:

1. ошибки при проверке конструкции протеза
2. неумение правильно оценить качество протезов
3. нечетко проведена беседа с пациентом о правилах пользования протезом, сроках контрольных осмотров
4. все ответы верны

220. При лечении больных с полным отсутствием зубов необходимо выполнение ряда мероприятий:

1. проведение коррекции базиса протеза при наличии жалоб у пациента и выявлении зон острого воспаления в течение первых 1-3 ч пользования
2. тщательное обучение пациентов правилам пользования протезами, хранения и ухода за ними
3. контрольные осмотры 1 раз в полгода
4. все ответы верны

221. Осложнения ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов:

1. общие
2. местные
3. осложнения, возникающие в результате ошибок на клинических и технических этапах
4. все ответы верны

222. Общие осложнения ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов:

1. аллергическая реакция на материалы
2. обострение патологии сердечно-сосудистой системы
3. психоэмоциональная травма
4. все ответы верны

223. Местные осложнения ортопедического лечения больных с полным отсутствием зубов:

1. нарушение тактильной, температурной, вкусовой и т.д. чувствительности
2. нарушение саливации (обильное слюноотделение или сухость во рту)
3. все ответы верны

224. Осложнения, возникающие в результате ошибок на клинических и технических этапах:

1. дисфункция височно-нижнечелюстного сустава
2. стуки от соприкосновения искусственных зубов во время функции
3. нарушение дикции
4. все ответы верны

225. Осложнения, возникающие в результате ошибок на клинических и технических этапах:

1. эстетические нарушения (неправильно выбраны форма, цвет и размеры искусственных зубов верхние зубы не видны при разговоре или сильно выступают из-под губы)
2. нарушения окклюзионных контактов
3. снижение или завышение высоты нижнего отдела лица
4. все ответы верны

226. Осложнения, возникающие в результате ошибок на клинических и технических этапах:

1. плохая фиксация и стабилизация протезов
2. балансирование базиса протеза
3. декубитальные язвы, эрозии
4. все ответы верны

227. Осложнения, возникающие в результате ошибок на клинических и технических этапах:

1. травматический папилломатоз
2. образование «болтающегося» альвеолярного гребня
3. множественные коррекции
4. все ответы верны

228. Ортопедического лечения больных, имеющих протезы, изготовленные, с учетом ошибок и осложнений, можно разделить на следующие группы:

1. ошибки при планировании предстоящего лечения, подготовки полости рта и выбора конструкции протезов
2. ошибки и погрешности в ходе протезирования, при выполнении различных клинических приемов
3. ошибки и осложнения, связанные с нарушениями технологии изготовления протезов в зуботехнической лаборатории
4. ошибки и осложнения сочетанные, включающие предыдущие, свидетельствуют, что причиной их является недостаточная (слабая) подготовка врачей - стоматологов - ортопедов и зубных техников. Кроме того, в отличии от стоматологов - терапевтов и хирургов, результаты работы которых полностью зависят от их умелости, конечный результат ортопедического лечения, проводимого врачом - ортопедом, находится в частичной зависимости и от зубного техника
5. все ответы верны

229. Клинические проявления заболеваний, обусловленных металлическими включениями в полости рта:

1. гальваноз
2. токсический стоматит
3. аллергические реакции на металлические включения
4. обострение общесоматических заболеваний
5. все ответы верны

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция |  | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-40 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-40 |
| 2 | УК-3 Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели | Инд.УК3.1. Подбирает команду и организует ее работу на основе партнерского взаимодействия | знать правила организации работы на основе партнерского взаимодействия | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь работать в коллективе, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия | Задачи 1-40 |
| владеть навыками общения с персоналом лечебных учреждений, пациентами и их родственниками | Задачи 1-40 |
| 3 | УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни | Инд.УК6.1. Решает задачи собственного профессионального и личностного совершенствования и развития, включая задачи изменения карьерной траектории, на основе самооценки, принципов самовоспитания и самообразования в течение всей жизни | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-40 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-40 |
| 4 | ОПК-4: Способен проводить и осуществлять контроль эффективности мероприятий по профилактике, формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения | Инд.ОПК4.2: Проводит санитарно-просветительскую работу по профилактике наиболее распространенных стоматологических заболеваний среди детей и взрослых | знать теоретические основы организации и проведения мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь организовать и провести мероприятия по профилактике стоматологических заболеваний | Задачи 1-40 |
| владеть навыками оценки результатов проведенных мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний | Задачи 1-40 |
| 5 | ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Инд.ОПК5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний | знать анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| 6 | ОПК-7: Способен организовывать работу и принимать профессиональные решения при неотложных состояниях, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Инд.ОПК7.2: Оказывает первую врачебную помощь в очаге поражения при неотложных состояниях | знать алгоритмы диагностики состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь организовать и оказывать медицинскую помощь при неотложных состояниях во время ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций | Задачи 1-40 |
| владеть навыками диагностики состояний, требующих медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения | Задачи 1-40 |
| 7 | ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента | Инд.ОПК12.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациента со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь разрабатывать план реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| владеть составление индивидуального плана реабилитации пациента с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| 8 | ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний | Инд.ПК1.3. Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | знать этиологию, патогенез, клинические проявления и методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь производить осмотр пациента, анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия и др.) | Задачи 1-40 |
| владеть навыками проведения осмотра пациента, интерпретацией и анализом результатов осмотра и обследования пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| 9 | ПК-3: Способен применять современные методы асептики и антисептики, дезинфекции и стерилизации стоматологических инструментария и оборудования, санитарной обработки лечебных и диагностических помещений стоматологических организаций, использовать средства индивидуальной защиты для профилактики внутрибольничной инфекции при лечении пациентов | Инд.ПК3.3: Обеспечивает строгое соблюдение правил асептики и антисептики при выполнении диагностических и лечебных стоматологических манипуляций | знать правила асептики и антисептики при выполнении диагностических и лечебных стоматологических манипуляций | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь соблюдать правила асептики и антисептики в челюстно-лицевой хирургии | Задачи 1-40 |
| владеть навыками по соблюдению асептики и антисептики при проведении хирургических манипуляций | Задачи 1-40 |
| 10 | ПК-4 Способен провести по показаниям премедикацию, аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию при лечении стоматологических заболеваний | Инд.ПК4.2. Применяет различные виды местной анестезии (аппликационную, инфильтрационную, проводниковую) анестезию при лечении пациентов с стоматологическими заболеваниями | знать методику проведения аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь выполнять аппликационную, инфильтрационную и проводниковую анестезию у пациентов при хирургических вмешательствах в полости рта | Задачи 1-40 |
| владеть навыками проведения местной анестезии при лечении пациентов | Задачи 1-40 |
| 11 | ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых | Инд.ПК5.1. Разрабатывает план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Задачи 1-40 |
| владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Задачи 1-40 |
| 12 | ПК-6: Способен к диагностике угрожающего жизни состояния и оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме | Инд.ПК6.5: Осуществляет временную остановку кровотечения при травмах челюстно-лицевой области | знать алгоритм временной остановки кровотечения при травмах челюстно-лицевой области | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь оказывать медицинскую помощь при травмах челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| владеть навыками моделирования медицинской обстановки с учетом имеющихся информационных данных и оказания медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области | Задачи 1-40 |
| 13 | ПК-7 Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Инд.ПК7.2. Определяет показания и направляет пациента на консультацию и лечение к врачам-специалистам для его комплексной реабилитации | знать основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь направлять пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к узким специалистам с учетом их общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Задачи 1-40 |
| владеть навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по своей специальности с использованием современных методов реабилитации, разрешенных для применения в медицинской практике | Задачи 1-40 |
| 14 | ПК-12: Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | Инд.ПК12.1: Проводит экспертизу временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | знать вопросы экспертизы нетрудоспособности | Вопросы 1-116  Тестовые задания 1-229 |
| уметь оформить медицинскую документацию, предусмотренную законодательством | Задачи 1-40 |
| владеть навыками по экспертизе временной нетрудоспособности у взрослых со стоматологическими заболеваниями, временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком, страдающим стоматологическим заболеванием | Задачи 1-40 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:  1-е место  2-е место  3-е место  участие | 3  2  2  1 |

**4.4. Порядок расчета зачетного / экзаменационного рейтинга**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация проводится в форме зачета / экзамена.
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ / по зачетным билетам.
* Экзамен проходит по экзаменационным билетам.
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более.
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (в виде тестирования) и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования. Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

* Зачетный / экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (по билетам) и выражается в баллах от 0 до 30.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.2. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного / экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

4.4.4. В случае неявки на зачет / экзамен, а также получения обучающимся зачетного / экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс/Рэ**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

Рэ – экзаменационный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** | |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |