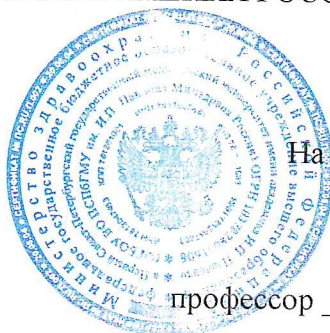



ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П.ПАВЛОВА  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



УТВЕРЖДЕНО  
На заседании Методического Совета

Протокол № 63

От 30.12.2019г.

Проректор по учебной работе,  
профессор  А.И.Яременко

ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА  
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Повышение квалификации 144 часа

«Хирургическая стоматология и  
неотложная челюстно-лицевая хирургия»

специальности 31.08.74 «Стоматология хирургическая»  
факультет Послевузовского образования  
кафедра Стоматологии детского возраста и ортодонтии

Санкт-Петербург  
2019

Образовательная программа (ОП) составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее ФГОС ВО) по специальности «Стоматология хирургическая» 31.08.74 утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 года №1117

ОП обсуждена на заседании кафедры стоматологии детского возраста и ортодонтии «12» декабря 2019г., протокол № 186

Заведующий кафедрой  
Доцент, д.м.н.

 Т.Б.Ткаченко

ОП одобрена цикловой методической комиссией по послевузовскому образованию

от 24.12.2019г. Протокол № 10

Председатель цикловой методической комиссии  
Декан факультета послевузовского образования,

Профессор, д.м.н.

 Н.Л.Шапорова

## **УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС**

СОСТАВ КОМПЛЕКСА:

1. РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
2. УЧЕБНЫЙ ПЛАН
3. УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН
4. СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА, ПРОШЕДШЕГО ОБУЧЕНИЕ
5. ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ОБУЧАЮЩИХСЯ НА ЦИКЛЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
6. КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ
7. БАНК КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ И ВОПРОСОВ (ТЕСТОВ) ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТЕМАМ И В ЦЕЛОМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
8. ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОСТАВЛЕНИЮ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ИТОГОВУЮ АТТЕСТАЦИЮ
9. СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ (192 ЧАСА)  
по специальности «Стоматология хирургическая»**

1. Категория слушателей – врачи стоматологи-хирурги
2. Длительность и форма обучения – 144 часа, очно-заочная форма обучения.
3. Цели и задачи учебной дисциплины

Целью изучения хирургической стоматологии, как учебной дисциплины, является освоение теоретических основ и практических навыков по хирургической стоматологии, формирование у слушателей врачебного поведения, мышления и умения, обеспечивающих решение профессиональных задач, и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению больных с заболеваниями органов полости рта.

Задачи изучения предмета:

- освоение методов диагностики, дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний хирургического профиля;
- освоение методов лечения больных с заболеваниями органов полости рта воспалительного, травматического генеза и новообразований ротовой полости;
- соблюдение методов формирования здорового образа жизни, соблюдение личностного подхода, требований врачебной этики и медицинской деонтологии при проведении среди населения оздоровительных, профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий.

**4. Требования к уровню освоения дисциплины**

В результате изучения дисциплины слушатель должен:

**Знать:**

- организацию хирургической стоматологической помощи населению;
- особенности проявления клиники и течения хирургических стоматологических заболеваний у взрослых, детей, лиц пожилого, старческого возраста;
- клинические, дополнительные и специальные методы диагностики патологии полости рта;
- принципы лекарственной и нелекарственной терапии стоматологических заболеваний у взрослых, лиц пожилого, старческого возраста;
- способы ограничения риска инфицирования врачей, среднего медицинского персонала во время работы;
- меры предупреждения загрязнения окружающей среды;
- дезинфекцию ручных инструментов, наконечников, турбин, аспирационных систем;
- методы стерилизации стоматологических инструментов, их эффективность; оборудование, материалы, средства, технология выполнения;
- строение, функции зубов различных групп у взрослых и детей;
- современные представления о строении и функции свободной и прикрепленной слизистой оболочки полости рта;
- морфологию зубов верхней и нижней челюстей с точки зрения их удаления;
- пульпарно-периапикальный комплекс;
- современные представления о строении и функции пародонта;
- современные аспекты строения и функции пародонта; возможность направленной регенерации тканей пародонта;
- состав десневой жидкости, ее роль в физиологии и патологии тканей пародонта в свете последних научных достижений;

- строение и функции слизистой оболочки языка;
- строение слюнных желез, состав слюны и ротовой жидкости, роль слюны в процессах де- и реминерализации твердых тканей зубов;
- современные аспекты взаимодействия, взаимозависимости слюны и микробного зубного налета;
- связь антимикробных и других факторов слюны с этиопатогенезом развития кариеса, его осложнений и других заболеваний органов полости рта;
- возможности использования параметров ротовой жидкости для прогноза риска возникновения осложненных форм кариеса и оценки иммунитета пациента;
- современные методики сбора анамнеза, проведения осмотра пациентов; анализ полученных клиничко-лабораторных данных;
- дополнительные и специальные методы диагностики: рентгенологические (визиография, ортопантомография и др.); цитологические, гистологические, иммунологические, бактериоскопические; лабораторные исследования (анализ крови, мочи, слюны, десневой жидкости и др.); электроодонтодиагностики, ультразвуковой остеометрии и др.; сравнительную оценку специальных методов исследования в определении состояния микроциркуляции в пародонте и других отделах полости рта и лица;
- высокотехнологичные методы обследования: трехмерная компьютерная томография челюстно – лицевой области, магнитно – резонансная томография, радиоизотопные методики, рентгенография с контрастированием, сиалография; особое внимание предполагается уделить изучению обработки результатов таких исследований на компьютере;
- особенности диагностики хирургических стоматологических заболеваний в детском возрасте;
- периодонтит: острый серозный периодонтит; острый гнойный периодонтит; хронический фиброзный периодонтит; хронический гранулирующий периодонтит; хронический гранулематозный периодонтит; хронический периодонтит в стадии обострения; периостит верхней и нижней челюсти, остеомиелит челюстей острый, хронический, абсцессы и флегмоны челюстно – лицевой области;
- болезни пародонта: гингивит: катаральный, язвенно-некротический, гипертрофический, пародонтит; пародонтоз; синдромы и симптомы, проявляющиеся в тканях пародонта; пародонтомы; хирургические методы лечения заболеваний пародонта;
- травматические повреждения мягких тканей челюстно – лицевой области: раны и ссадины кожных покровов, методика и сроки ПХО повреждений мягких тканей, профилактика и лечение их осложнений (кровотечения, гнойно – воспалительные процессы); вывихи и переломы зубов; переломы альвеолярного отростка челюстей; переломы верхней и нижней челюсти; переломы скуловых костей, назоорбитального комплекса, костей носа; организация оказания помощи пострадавшим с повреждениями челюстно – лицевой области: показания для госпитализации, этапность лечения, юридические аспекты оформления медицинской документации при лечении больных с повреждениями челюстно – лицевой области;
- доброкачественные новообразования полости рта: папилломы, фибромы, лейкоплакия, ретенционные кисты слюнных желез, остеомы, экзостозы; злокачественные новообразования: рак слизистой полости рта, меланомы кожи челюстно – лицевой области, саркомы (признаки злокачественного роста, диагностический алгоритм, организация помощи больным с новообразованиями челюстно – лицевой области);
- болезни прорезывания зубов: ретенция, дистопия; показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, методики этих операций;
- основы ведения медико – просветительской работы: разъяснение методик личной гигиены полости рта, необходимости прохождения диспансеризации и профилактических осмотров у стоматолога, а также периодического осуществления профессиональной гигиены полости рта.

**Уметь:**

- организовать профилактику хирургических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику, дифференциальную диагностику, оценив тяжесть со-

- стояния больного, определить показания к госпитализации; определить объем и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к хирургическому вмешательству;
  - определить объем хирургического лечения осложненных форм кариеса, пародонта и слизистой оболочки полости рта с учетом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
  - оценить объем хирургического лечения с целью выбора адекватного метода обезболивания, премедикации или общего обезболивания;
  - определить наиболее целесообразную методику хирургического вмешательства и выполнить ее в необходимом объеме;
  - организовать при необходимости адекватное наблюдение больного после проведенного лечения;
  - оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;
  - организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями.

#### **Владеть:**

- методикой чтения, анализа и трактовки рентгенограмм;
- методикой чтения, анализа и трактовки лабораторных анализов;
- методикой чтения и анализа результатов высокотехнологичных исследований (трехмерная компьютерная томография, магнитно – резонансная томография), в том числе с использованием компьютера;
- методикой выполнения аппликационной, инфильтрационной и проводниковой анестезии при осуществлении хирургических вмешательств в полости рта у взрослых и детей;
- методикой удаления зубов различных групп у взрослых и детей с использованием щипцов и элеваторов;
- методиками фрагментирования зуба;
- методикой кюретажа лунки удаленного зуба при альвеолите;
- методикой операции альвеолотомии;
- методикой операции гемисекции;
- методиками удаления ретинированных и дистопированных зубов;
- методикой дренирования гнойного очага внутриротовым доступом;
- методиками дренирования гнойного очага наружным доступом с учетом распространенности воспалительного процесса;
- методиками купирования местных осложнений удаления зуба: кровотечение из лунки, пластика ороантрального сообщения;
- методикой операций цистостомии с резекцией верхушек корней зубов с определением показаний к таким вмешательствам и их планированием;
- методикой операций цистэктомии с резекцией верхушек корней зубов с определением показаний к таким вмешательствам и их планированием;
- методикой ретроградного пломбирования корневых каналов;
- методиками открытого кюретажа при пародонтите;
- методикой удаления конкремента из вартонова протока;
- методиками выполнения лоскутных операций;
- методами наложения шины – скобы по Тигерштедту;
- методикой двучелюстного шинирования по Тигерштедту;
- методикой ПХО ран полости рта;
- методикой купирования кровотечений (перевязка сосудов в ране и на протяжении);
- методиками трахеостомии и коникотомии;

- методикой перевязки наружной сонной артерии;
- методикой репозиции нижней челюсти при ее вывихах;
- методикой инцизионной биопсии при выявлении доброкачественных и злокачественных новообразований полости рта;
- методикой пункционной биопсии при выявлении объемных образований челюстно – лицевой области;
- методикой удаления доброкачественных новообразований полости рта;
- методикой удаления ретенционных кист слизистой оболочки полости рта;
- методикой бужирования протоков слюнных желез;
- методикой обучения гигиене полости рта;
- методикой проведения контроля гигиены полости рта;
- методикой проведения медикаментозной обработки пародонтальных карманов;
- навыками фотографирования операций, выполняемых в полости рта.

При заболеваниях слизистой оболочки полости рта:

**Знать:**

- проявления сифилитической инфекции в полости рта:
- проявление первичного сифилиса в полости рта;
- твердый шанкр на губе, языке, небных миндалинах;
- проявления вторичного свежего и рецидивного сифилиса в полости рта и зеве;
- проявление третичного сифилиса в челюстно-лицевой области (гумма языка, твердого неба);
- методы диагностики ранних и поздних стадий сифилиса;
- адреса диагностических лабораторий и лечебных учреждений для направления больных с целью подтверждения диагноза и лечения;
- степень контагиозности больных кожно-венерическими заболеваниями в зависимости от стадии заболевания;
- способы защиты врача-стоматолога, персонала и пациентов при приеме больных кожно-венерическими заболеваниями;
- проявления плоского лишая на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ, коже; клинические формы плоского лишая;
- особенности проявления на слизистой оболочке полости рта, красной кайме губ системной красной волчанки;
- методы диагностики дискоидной красной волчанки.

**Уметь:**

- поставить предварительный диагноз и провести дифференциальную диагностику;
- составить план лечения;
- определить показания к госпитализации;
- в случае необходимости направить больного в лечебное учреждение для подтверждения диагноза и лечения.

**Владеть:**

- методикой проведения обезболивания, антисептической обработки и аппликации лекарственных препаратов на слизистую оболочку полости рта;
- методикой проведения инъекции лекарственных препаратов под элементы поражения.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»  
Трудоемкость дисциплины**

№	Вид учебной работы	ВСЕГО ЧАСОВ (КЕ)	Всего ЗЕ (неделя)
1.	Общее количество часов по учебному плану	144 (144КЕ)	5,3
2.	Аудиторные занятия, в том числе	138	3,8
2.1.	Лекции		
2.2.	Клинические (практические) занятия		
2.3.	Семинары		
3.	Самостоятельная работа	48 (48 КЕ)	1,3
4.	<b>Итоговая аттестация и экзамен</b>	6 (6 КЕ)	0,2

**ЧАСЫ:** самостоятельная работа – треть от всего времени,  
лекции – четверть от всех аудиторных,  
экзамен 6 часов – 6 КЕ

**УЧЕБНЫЙ ПЛАН  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

№ п/п	Раздел	КЕ (часы)	ЗЕ (36 ч) 1 неделя	Форма кон- троля
1.	Организация стоматологической помощи	8	0,2	Тестирование
2.	Методы обследования в хирургической стоматологии	8	0,2	Тестирование
3.	Обезболивание в хирургической стоматологии	8	0,2	Тестирование
4.	Заболевания периодонта	8	0,2	Тестирование
5.	Одонтогенные периоститы и остеомиелиты	12	0,3	Тестирование
6.	Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно – лицевой области	12	0,4	Тестирование
7.	Одонтогенные и неодонтогенные верхнечелюст- ные синуситы	12	0,4	Тестирование
8.	Неодонтогенные воспалительные заболевания че- люстно – лицевой области	12	0,4	Тестирование
9.	Специфические воспалительные заболевания че- люстно – лицевой области	13	0,4	Тестирование
10.	Заболевания пародонта	13	0,4	Тестирование
11.	Ранения мягких тканей	8	0,2	Тестирование
12.	Травма зубов и костей лицевого скелета	8	0,2	Тестирование
13.	Доброкачественные и опухолеподобные новооб- разования полости рта	8	0,2	Тестирование
14.	Злокачественные новообразования полости рта	8	0,2	Тестирование
15.	Самостоятельная работа	48	1,3	Тестирование
	<b>Итоговая аттестация</b>	6	0,2	Экзамен
	<b>Итого:</b>	<b>144</b>	<b>5,3</b>	



**УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

№ п/п	Наименование раздела	Всего КЕ (часов)	Всего ЗЕ (недель)	В том числе (часы)				Форма контроля
				Лекции	Практические занятия	Семинары	Самост. Работа	
1.	Организация стоматологической помощи	8	0,2	2	2	4	3	Тестирование
2.	Методы обследования	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
3.	Обезболивание в хирургической стоматологии	8	0,2	2	2	4	3	Тестирование
4.	Заболевания периодонта	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
5.	Одонтогенные периоститы и остеомиелиты	12	0,3	2	6	4	4	Тестирование
6.	Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно – лицевой области	12	0,3	2	6	4	4	Тестирование
7.	Одонтогенные и не-одонтогенные верхне-челюстные синуситы	12	0,4	2	6	4	4	Тестирование
8.	Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно – лицевой области	12	0,4	2	6	4	4	Тестирование
9.	Специфические воспалительные заболевания челюстно – лицевой области	13	0,4	6	5	2	5	Тестирование
10.	Заболевания пародонта	13	0,4	4	4	5	5	Тестирование
11.	Ранения мягких тканей	8	0,2	2	2	4	2	Тестирование
12.	Травма зубов и костей лицевого скелета	8	0,2	2	2	4	2	Тестирование
13.	Доброкачественные и опухолеподобные новообразования полости рта	8	0,2	2		6	3	Тестирование
14.	Злокачественные новообразования полости рта	8	0,2	2	4	2	3	Тестирование
15.	Самостоятельная работа	48	1,3					
	<b>Итоговая аттестация</b>	6	0,2					Экзамен
	<b>Итого:</b>	144	5,3	34	53	51	48	

**СОДЕРЖАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРОГРАММЫ  
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

<b>Организация стоматологической помощи</b>	Общие принципы оказания стоматологической помощи населению. Стоматологическая служба в современных экономических условиях. Нормативные документы, регламентирующие деятельность стоматологических учреждений. Современная организация стоматологического приема. Вспомогательный персонал. Эргономика. Менеджмент в стоматологии. Санитарно-противоэпидемиологический режим стоматологических учреждений. Правила личной гигиены и гигиены труда персонала стоматологических поликлиник. Оборудование и оснащение стоматологического кабинета.
<b>Методы обследования в хирургической стоматологии</b>	Основные методы обследования. Дополнительные методы обследования. Функциональные методы обследования. Рентгенологические методы обследования. Обоснование применения. Методики. Люминесцентная диагностика. Ультразвуковая доплерография. Денситометрия. Лазерная доплерографическая флоуметрия. Реография. Микробиологические методы. Цитологическое исследование. Методы молекулярно-биологической диагностики. Консультативно-диагностическое сотрудничество с врачами-интернистами. Основы медицинской иммунологии. Значение комплексного обследования стоматологических больных для постановки развернутого клинического диагноза и составления плана комплексного лечения. Высокотехнологичные методы обследования (трехмерная компьютерная томография, магнитно – резонансная томография, радиоизотопные методы).
<b>Обезболивание в хирургической стоматологии</b>	Классификация методов обезболивания. Неинъекционные методы. Инъекционные методы. Показания и противопоказания к их использованию. Премедикация. Местные анестетики. Вазоконстрикторы. Механизмы действия и фармакологические характеристики. Побочные эффекты вазоконстрикторов. Современные карпулированные местноанестезирующие препараты, их состав. Методики инъекционного обезболивания. Аппликационное обезболивание. Проведение местной анестезии у пациентов группы риска. Осложнения местной анестезии. Профилактика осложнений. Причины неэффективности местной анестезии.
<b>Заболевания периодонта</b>	Анатомо-физиологические особенности периодонта. Этиология, патогенез периодонтита. Классификация (клиническая, МКБ). Диагностика. Дифференциальная диагностика различных форм периодонтита. Лечение. Одонтогенный сепсис. Очагово-обусловленные заболевания. Тактика врача стоматолога - хирурга при выборе метода лечения хронического периодонтита у лиц, страдающих заболеваниями инфекционно-аллергической природы. Осложнения при лечении периодонтита. Пути предупреждения и устранения. Показания для направления пациента в стационар. Показания для лечения пациентов с периодонтитом под общим обезболиванием. Операция резекции верхушки корня зуба: показания, методика, планирование.
<b>Одонтогенные остеомиелиты и периоститы</b>	Понятие одонтогенного периостита и остеомиелита, классификация. Этиология и патогенез одонтогенного периостита. Клиника и диагностика одонтогенного периостита. Принципы лечения периостита. Хирургические манипуляции при лечении периостита. Возможность выполнения зубосохраняющих операций при периостите. Антибактериальная терапия. Одонтогенный остеомиелит: этиология, патогенез. Клиника, диагностика одонтогенного остеомиелита. Принципы лечения остеомиелита. Хирургические манипуляции при лечении остеомиелита. Лимфогенное распространение инфекции: одонтогенные лимфадениты.

	Операция удаления зуба: показания и противопоказания, инструменты, техника. Общие и местные осложнения при удалении зуба. Факторы риска, профилактика и лечение.
<b>Одонтогенные абсцессы и флегмоны челюстно – лицевой области</b>	Клиническая анатомия челюстно – лицевой области. Клетчаточные пространства и фасции лица и шеи. Пути распространения инфекции по ходу клетчаточных пространств. Клиника, диагностика флегмон и абсцессов челюстно – лицевой области с учетом возможных функциональных нарушений. Лечение флегмон и абсцессов челюстно – лицевой области. Дренирование одонтогенных воспалительных очагов: хирургические доступы, выбор обезболивания. Антибактериальная терапия. Ведение больного в послеоперационном периоде. Показания для госпитализации. Взаимодействие хирурга – стоматолога с врачами смежных специальностей при лечении одонтогенных воспалительных заболеваний. Осложнения флегмон и абсцессов челюстно – лицевой области: медиастинит, синус – тромбоз, менингит, тромбоз глубоких вен лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение. Одонтогенный сепсис: клиника, диагностика, лечение.
<b>Одонтогенные и неодонтогенные верхнечелюстные синуситы</b>	Клиническая анатомия гайморовой пазухи. Этиология и патогенез верхнечелюстных синуситов. Оперативные вмешательства при верхнечелюстных синуситах. Ороантральные сообщения и их пластика при удалении зубов. Эндоскопические вмешательства на верхнечелюстных пазухах. Взаимодействие ЛОР – врача и челюстно – лицевого хирурга при лечении верхнечелюстных синуситов.
<b>Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно – лицевой области</b>	Фурункулы и карбункулы лица и шеи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. Распространение инфекции: по протяжению и гематогенно. Тромбоз угловой вены глаза: диагностика и лечение. Рожистое воспаление кожи лица: этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
<b>Специфические воспалительные заболевания</b>	Актиномикоз, туберкулез, сифилис. Этиология, патогенез. Возбудители. Эпидемиология. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Общие принципы лечения. Взаимодействие стоматолога - хирурга и врачей соответствующего профиля при лечении данной патологии. Диспансерное наблюдение за пациентами со специфическими воспалительными заболеваниями челюстно – лицевой области.
<b>Заболевания пародонта</b>	Строение и функции пародонта. Обследование больного с патологией пародонта. Этиология, патогенез, классификации. Распространенность болезней пародонта у различных групп населения. Зубные отложения. Методика оценки гигиенического состояния. Индексы гигиены, СРІТN. Методы удаления зубных отложений. Вид окклюзии. Исследование состояния сосудов десен, стоматоскопия, капилляроскопия. Дополнительные методы: внутриротовая рентгенограмма, панорамная рентгенография, лабораторные исследования – цитология содержимого пародонтального кармана. Исследование десневой жидкости, миграция лейкоцитов по М.А. Ясиновскому, микробиологические и гистологические исследования. Комплексное обследование. Классификация заболеваний пародонта (1983), МКБ. Гингивит. Этиология, патогенез. Роль местных и общих факторов. Распространенность. Клиника, дифференциальная диагностика различных форм гингивита. Лечение: местное и общее. Пародонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Принципы комплексного лечения. Показания к выбору методов и средств местного и общего лечения в зависимости от тяжести и стадии пародонтита. Физические методы в комплексном лечении пародонтита. Пародонтоз. Этио-

	логия, патогенез, морфология. Клиника, дифференциальная диагностика. Методы местного и общего лечения. Синдромы и симптомы, проявляющиеся в тканях пародонта, фиброматоз десен, эпюлис. Особенности клинических проявлений. Лечение. Профилактика заболеваний пародонта. Методы и средства. Значение поддержания гигиены полости рта в профилактике и лечении заболеваний пародонта. Диспансеризация. Методики хирургических вмешательств при лечении заболеваний пародонта.
<b>Ранения мягких тканей</b>	Повреждения мягких тканей челюстно – лицевой области: ссадины и раны. Ссадины: клиника, диагностика и лечение. Профилактика столбняка и бешенства. Раны: классификация, клиника, диагностика, лечение. Первичная хирургическая обработка ран: показания, сроки, основные этапы и техника выполнения. Осложнения ран: кровотечения (виды, клиника, диагностика, лечение); нагноение: принципы профилактики, диагностика, лечение.
<b>Травма зубов и костей лицевого скелета</b>	Вывихи зубов: клиника, диагностика, лечение. Переломы зубов: клиника, диагностика, лечение. Тактика врача в зависимости от уровня перелома. Возможности сохранения зуба при переломах и вывихах. Шинирование. Травматическая экстракция зуба. Реплантация зуба: показания, противопоказания, техника выполнения, эндодонтическая подготовка. Переломы альвеолярного отростка челюстей. Клиника, диагностика, лечение. Переломы нижней челюсти: классификация, клиника, диагностика, лечение. Переломы верхней челюсти: классификация, клиника, диагностика, лечение. Переломы скуловой кости, орбиты и назоорбитального комплекса: клиника, диагностика, лечение. Переломы костей носа: клиника, диагностика, лечение. Сочетанная и комбинированная травма. Сочетанная травма: взаимодействие хирурга – стоматолога с врачами смежных специальностей. Антибактериальная терапия при лечении травмы челюстно – лицевой области. Обезболивание у пациентов с челюстно – лицевой травмой. Виды скрепителей в челюстно – лицевой травматологии. Двучелюстное шинирование по Тигерштедту. Остеосинтез мини – пластинами Шампи. Особенности лечения переломов костей лицевого скелета у детей.
<b>Доброкачественные и опухолеподобные новообразования полости рта</b>	Гемангиомы и лимфангиомы: определение, классификация, клиника, диагностика, лечение. Кисты: определение, классификация, клиника, диагностика, лечение. Лейкоплакия, фибромы, папилломы полости рта: клиника, диагностика, лечение. Остеомы и остеофиты: клиника, диагностика, лечение. Одонтогенные новообразования. Амелобластома: классификация, клиника, диагностика, лечение. Остеобластокластома: классификация, клиника, диагностика, лечение. Дифференциальная диагностика кист и одонтогенных новообразований. Одонтомы: классификация, клиника, диагностика, лечение.
<b>Злокачественные новообразования полости рта</b>	Признаки злокачественности. Гематогенное и лимфогенное метастазирование. Пути лимфооттока в челюстно – лицевой области. Рак слизистой полости рта: классификация, клиника, диагностика, лечение. Классификация TNMG и стадии рака. Гистологическая и цитологическая диагностика. Виды радикальных операций при лечении рака. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение. Хирургическое, лучевое лечение, химиотерапия. Саркомы челюстно – лицевой области: клиника, диагностика, лечение. Организация онкостоматологической помощи. Диспансерное наблюдение за пациентами со злокачественными новообразованиями челюстно - лицевой области.

**ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВРАЧА СТОМАТОЛОГА - ХИРУРГА,  
ПРОШЕДШЕГО ОБУЧЕНИЕ ПО ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

Наименование	Уровень освоения умений		
	знания	умения	навыки
1. Организация рабочего места к приему пациентов с учетом эргономики, правил асептики и антисептики, профилактики гепатита и СПИДа	+	+	
2. Проведение оснащения стоматологического кабинета с учетом санитарно-гигиенических требований и комплектации средств для ургентной помощи	+	+	
3. Составление плана лечебной работы и профилактических мероприятий на индивидуальном и популяционном уровнях	+	+	
4. Организация приема больных	+	+	
5. Обследование больных с целью диагностики одонтогенных воспалительных заболеваний	+	+	+
6. Обследование больных с целью диагностики травматических повреждений органов полости рта	+	+	+
7. Обследование больных с целью диагностики новообразований полости рта	+	+	+
8. Ведение медицинской документации стоматологического кабинета	+	+	+
9. Описание рентгенограммы	+	+	+
10. Чтение трехмерных компьютерных томограмм	+	+	+
11. Чтение результатов магнитно – резонансной томографии	+	+	+
12. Определение состояния анатомических участков десны (свободная и прикрепленная десна)	+	+	+
13. Определение характера гингивита (острый, катаральный, гипертрофический, язвенный)	+	+	+
14. Определение глубины пародонтальных карманов градуированным зондом	+	+	+
15. Определение наличия поддесневого камня, выделений из пародонтальных карманов	+	+	+
16. Определение степени тяжести воспаления десны (легкая, средняя, тяжелая)	+	+	+
17. Проведение пробы Шиллера - Писарева	+	+	+
18. Определение папиллярно-маргинально-альвеолярного индекса (РМА)	+	+	+
19. Определение пародонтального индекса (ПИ)	+	+	+
20. Определение индекса CRITN – индекса потребности в лечении болезней пародонта	+	+	
21. Взятие мазка на цитологическое, бактериоскопическое, бактериологическое исследование содержимого пародонтального кармана	+	+	+
22. Выполнение пальпации регионарных лимфатических узлов, лицевого скелета, мягких тканей лица	+	+	+
23. Пальпация точек Валле	+	+	
24. Пальпация слизистой оболочки полости рта	+	+	+
25. Определение морфологических элементов поражения слизистой оболочки полости рта	+	+	+
26. Взятие материала для цитологического исследования (соскобы, отпечатки)	+	+	
27. Взятие материала для прямого микроскопирования на грибы	+	+	

28. Выполнение аппликационного обезболивания с использованием лидокаинсодержащих гелей	+	+	+
29. Выполнение инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюсти	+	+	+
30. Выполнение мандибулярной анестезии	+	+	+
31. Выполнение торусальной анестезии	+	+	+
32. Выполнение ментальной анестезии	+	+	+
33. Выполнение инфраорбитальной анестезии	+	+	+
34. Выполнение туберальной анестезии	+	+	+
35. Выполнение палатинальной анестезии	+	+	+
36. Выполнение анестезии у резцового отверстия	+	+	+
37. Удаление зубов различных групп на верхней челюсти	+	+	+
38. Удаление зубов различных групп на нижней челюсти	+	+	+
39. Фрагментирование зубов с помощью бор - машины	+	+	+
40. Выполнение альвеолотомии	+	+	+
41. Выполнение гемисекции	+	+	+
42. Наложение швов атравматическими и неатравматическими нитями	+	+	+
43. Выполнение гемостаза с использованием костного воска	+	+	+
44. Ушивание лунки удаленного зуба с использованием гемостатической губки	+	+	+
45. Дренажирование одонтогенного гнойного очага внутриротовым доступом	+	+	+
46. Фиксация дренажа в гнойном очаге	+	+	+
47. Пластика ороантральных сообщений лоскутом с преддверия полости рта	+	+	+
48. Дренажирование пародонтального абсцесса	+	+	+
49. Открытый кюретаж пародонтальных карманов	+	+	+
50. Лоскутная операция	+	+	+
51. Формирование пародонтального лоскута для доступа к альвеолярному отростку челюсти	+	+	+
52. Операция резекции верхушки корня зуба	+	+	+
53. Операция цистэктомии	+	+	+
54. Операция цистостомии	+	+	+
55. Ретроградное пломбирование корневых каналов зуба различными материалами	+	+	+
56. Дренажирование гнойного очага наружным доступом	+	+	
57. Перевязка сосуда в ране	+	+	+
58. Перевязка лицевой артерии	+	+	+
59. Перевязка наружной сонной артерии	+	+	+
60. Трахеостомия	+	+	+
61. Первичная хирургическая обработка раны	+	+	+
62. Выполнение перевязки, наложение асептических, давящих повязок, туалета ран	+	+	+
63. Наложение шины – скобы по Тигерштедту при переломах альвеолярного отростка челюсти или вывихах зубов	+	+	+
64. Двучелюстное шинирование по Тигерштедту при переломах челюстей	+	+	+
65. Наложение подбородочно – теменной повязки при переломах челюстей	+	+	+
66. Правильное оформление истории болезни и другой учетно-	+	+	+

отчетной медицинской документации (направления в другие подразделения, заключения и др.)			
67. Выписывание рецептов на лекарственные препараты	+	+	+
68. Оказание врачебной помощи при обмороке, коллапсе	+	+	+
69. Оказание врачебной помощи при гипертоническом кризе	+	+	+
70. Оказание врачебной помощи при приступе бронхиальной астмы	+	+	+
71. Оказание врачебной помощи при диабетической и гипогликемической комах	+	+	+
72. Оказание врачебной помощи при острых аллергических реакциях	+	+	+
73. Оказание врачебной помощи при шоке разного генеза (травматический, кардиогенный, анафилактический, токсический)	+	+	+
74. Оказание врачебной помощи при эпилептическом припадке	+	+	+
75. Оказание врачебной помощи при электротравме, ожоге	+	+	+
76. Выполнение биопсии новообразований полости рта	+	+	+
77. Удаление доброкачественных новообразований полости рта с направлением на гистологическое исследование	+	+	+
78. Бужирование протоков слюнных желез	+		
79. Удаление конкрементов из протоков слюнных желез	+	+	+
80. Удаление ретинированных зубов с фрагментацией	+	+	
81. Криодеструкция новообразований полости рта	+	+	+
82. Лазерное испарение новообразований полости рта	+		
83. Удаление злокачественных новообразований полости рта	+		
84. Операции на региональном лимфатическом аппарате при злокачественных новообразованиях полости рта	+		

Уровень освоения умений:

1. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению;
2. Знать, оценить, принять участие;
3. Выполнить самостоятельно.

**ПРОГРАММА САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ  
ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ПРОГРАММЕ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

№	Виды самостоятельной работы (СРС)	Формы контроля СРС
1.	Изучение медицинской литературы, журналов	Собеседование
2.	Написание рефератов	Защита
3.	Подготовка презентаций	Защита
4.	Публикация статей или тезисов в медицинских журналах	Разбор
5.	Участие в конференциях, заседаниях научного общества стоматологов	Тестирование

### КАРТА ОБЕСПЕЧЕННОСТИ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРОЙ

№ п/п	Число слушателей	Список литературы	Кол-во экз.	Кол-во экз. на 1 обучающегося
1.	30	Бутова В.Г., Ананьева Н.Г., Ковальская Н.А. Система организации стоматологической помощи населению России. М.: «Медицинская книга», 2005. – 220 с.	98	0,3
2.		Стародубов В.И. Управление ЛПУ в современных условиях: 2009 – 2010 гг. Руководство. М.: «Менеджер здравоохранения», 2009. – 416 с.	200	0,15
3.		Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта. – М.: Мед пресс-информ, 2008	2	15
4.		Хирургическая стоматология: учебник / Под ред. проф. Афанасьева В.В. М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2010.– 880 с.	8	3,75
5.		Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Медгиз, 1956. – 630 с.	8	3,8
6.		Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. СПб.: «Издательство KN», 1997. – 256 с.	8	3,8
7.		Супиев Т.К. Гнойно– воспалительные заболевания челюстно–лицевой области. М.: «Медпресс», 2001.–160 с.	8	3,8
8.		Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области и шеи. М.: Медицина, 1985. – 352 с.	138	0,2
9.		Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно – лицевой области. Руководство для врачей. / Под ред. Неробеева А.И. – М.: Медицина, 1997. – 208 с.	72	0,4
10.		Руководство по хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Под ред. Безрукова В.М. и Робустовой Т.Г. – М., 2000, Т. 1-2. – 776 и 488 с.	8	3,8
11.		Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское Информационное агентство, 2009. – 336 с.	2	15
12.		Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия: руководство для врачей / Под ред. проф. Балина В.Н., Александрова Н.М. – СПб: «Специальная литера-	1	30



		тура», 1998. – 592 с.		
13.		Под ред. А.К. Иорданишвили. Клиническая стоматология. – М.: Медицинская книга, 2010. – 460 с.	1	30
14.		Под ред. В.А. Козлова. Стоматология (учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов. – 2-е изд., испр. и доп.). – СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с.	1	30
15.		Журнал «Стоматология»		
16.		Научно-практический журнал для стоматологов «Пародонтология»		

- Включая библиотеку кафедры

СОГЛАСОВАНО:

Директор библиотеки ПСПбГМУ \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Фамилия И. О.)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ г.

**БАНК КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ И ВОПРОСОВ (ТЕСТОВ)  
ПО ОТДЕЛЬНЫМ ТЕМАМ И В ЦЕЛОМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
(заданий в тестовой форме (тестов) и ситуационных задач)**

1. Согласно действующим нормативным актам хирургом - стоматологом может быть
1. выпускник стоматологического факультета
  2. выпускник лечебного факультета
  3. выпускник стоматологического или лечебного факультета
2. Нагрузка на хирурга - стоматолога в стационаре составляет
1. 10 коек
  2. 20 коек
  3. 30 коек
3. Сертификат хирурга - стоматолога подлежит продлению
1. раз в 5 лет
  2. раз в 3 года
  3. раз в 10 лет
4. Для получения сертификата хирурга - стоматолога врач должен
1. пройти обучение в ординатуре
  2. пройти обучение по программе переподготовки
  3. пройти обучение в ординатуре или по программе переподготовки
5. Должностные обязанности врача отделения хирургической стоматологии устанавливаются
1. приказом главного врача лечебного учреждения
  2. распоряжением заведующего отделением
  3. приказом министерства здравоохранения и социального развития
6. Основным медицинским документом в стационаре является
1. история болезни
  2. договор с пациентом
  3. лист назначений
7. Статистическая карта выбывшего из стационара предназначается для
1. научного анализа информации
  2. сохранения паспортных данных о пациенте
  3. сохранения информации о пациенте при изъятии истории болезни из стационара
8. Осуществление инъекций и инфузий в вечернее время осуществляется
1. постовой медицинской сестрой
  2. процедурной медицинской сестрой
  3. дежурным челюстно – лицевым хирургом
9. В обязанности процедурной медицинской сестры не входит
1. осуществление инъекций пациентам отделения
  2. подача больных в операционную
  3. забор крови для выполнения клинического минимума

10. График дежурств постовых (суточных) сестер отделения челюстно – лицевой хирургии и хирургической стоматологии составляется
  1. заведующим отделением
  2. старшей медицинской сестрой
  3. по договоренности медицинских сестер
  
11. Пациент может быть направлен в челюстно – лицевой стационар пациента
  1. только врачом стоматологической поликлиники по месту жительства
  2. только врачом - стоматологом
  3. врачом, практикующим в рамках системы ОМС
  
12. Для направления в челюстно – лицевой стационар в экстренном порядке пациенту на руки должно быть выдано
  1. карта амбулаторного больного
  2. направление
  3. направление и полис ОМС
  
13. Челюстно – лицевой хирург стационара может направить пациента на долечивание
  1. только к хирургу – стоматологу поликлиники по месту жительства
  2. к любому специалисту в соответствии с выявленной патологией
  3. только в поликлинику по месту жительства
  
14. Хирург – стоматолог стационара может оформить лист нетрудоспособности
  1. с момента госпитализации
  2. с момента обращения больного в стационар
  3. с момента обращения больного в поликлинику
  
15. Хирург - стоматолог стационара оформляет лист нетрудоспособности (включительно)
  1. на весь период госпитализации и до дня явки в поликлинику
  2. на весь период госпитализации с момента направления больного из поликлиники
  3. только на период госпитализации
  
16. Хирург - стоматолог стационара имеет право самостоятельно выдать больничный лист
  1. на срок до 30 дней
  2. на срок до 15 дней
  3. на срок до 7 дней
  
17. Лист нетрудоспособности не может содержать информацию
  1. о сроках госпитализации
  2. об отметках о нарушении больничного режима
  3. о диагнозе и проведенных медицинских вмешательствах
  
18. Полис обязательного медицинского страхования выдается
  1. в поликлинике по месту жительства неработающим гражданам
  2. в момент госпитализации
  3. по достижении совершеннолетия

19. Отсутствие полиса ОМС  
занимам
1. является основанием для отказа в оказании экстренной помощи
  2. является основанием для отказа в госпитализации по экстренным показателям
  3. не является основанием для отказа в оказании экстренной помощи
20. Состояние алкогольного опьянения  
занимам
1. является основанием для отказа в оказании экстренной помощи
  2. является основанием для отказа в госпитализации по экстренным показателям
  3. не является основанием для отказа в оказании экстренной помощи
21. Для госпитализации в плановом порядке пациент должен амбулаторно сдать анализы
1. в объеме клинического минимума
  2. клинический анализ крови
  3. флюорографию и ЭКГ
22. Границей подчелюстного пространства не является
1. внутренняя поверхность тела нижней челюсти
  2. переднее брюшко двубрюшной мышцы
  3. подчелюстная слюнная железа
23. Физиологическое соустье верхнечелюстной пазухи и полости носа находится
1. в нижнем носовом ходу
  2. в среднем носовом ходу
  3. в области «собачьей ямки»
24. Глубина резцового перекрытия в норме не превышает
1. 1/2 высоты коронки резцов НЧ
  2. 1/3 высоты коронки резцов НЧ
  3. 2/3 высоты коронки резцов НЧ
25. Ороантральные сообщения чаще всего возникают
1. в области 15 и 25 зубов
  2. в области 16 и 26 зубов
  3. в области 18 и 28 зубов
26. Foramen infraorbitale
1. располагается на 5 мм ниже нижнеглазничного края
  2. располагается в области нижнеглазничного края
  3. находится на дне орбиты
27. Зубная дуга верхней челюсти
1. больше альвеолярной дуги
  2. меньше альвеолярной дуги
  3. равна альвеолярной дуге
28. Крылонебная ямка сообщается с полостью глазницы через
1. нижнеглазничную щель
  2. верхнеглазничную щель

3. foramen ovale

29. Язычная артерия является

1. первой ветвью наружной сонной артерии
2. второй ветвью наружной сонной артерии
3. конечной ветвью наружной сонной артерии

30. Конечными ветвями наружной сонной артерии являются

1. лицевая артерия и язычная артерия
2. внутренняя сонная артерия и верхняя щитовидная артерия
3. верхнечелюстная и поверхностная височная артерия

31. Перевязка наружной сонной артерии производится

1. в подчелюстном треугольнике
2. в подчелюстном пространстве
3. в треугольнике Пирогова

32. Первый премоляр верхней челюсти чаще всего имеет

1. один крень
2. два корня
3. три корня

33. Окклюзия - это смыкание зубных рядов

1. при привычном положении НЧ
2. в состоянии физиологического покоя
3. при смещении нижней челюсти вперед на половину ширины коронок моляров

34. Тройничный нерв

1. осуществляет эфферентную иннервацию жевательных мышц
2. включает в себя только чувствительные волокна
3. обеспечивает эфферентную иннервацию мимической мускулатуры

35. Комок Биша состоит из

1. мышечной ткани
2. жировой ткани
3. нервной ткани

36. Выводной проток околоушной слюнной железы называется

1. вартонов
2. бартолиниев
3. стенонов

37. В.Н. Шевкуненко выделял на шее

1. 4 фасции
2. 5 фасций
3. 3 фасции

38. Макродентия относится к аномалии

1. размеров зубов
2. формы зубов
3. структуры зубов

39. Кивательная мышца это
1. M. mylohyoideus
  2. M. serratus anterior
  3. M. sternocleidomastoideus
40. Давление во внутренней яремной вене
1. ниже атмосферного
  2. выше атмосферного
  3. равно атмосферному
41. Лицевая артерия чаще всего
1. охватывает подчелюстную слюнную железу
  2. прободает подчелюстную слюнную железу
  3. прилежит к подчелюстной слюнной железе
42. Ветви лицевого нерва проходят
1. в толще жевательной мышцы
  2. в окологлоточном пространстве
  3. в толще околоушной слюнной железы
43. Адентия зубов относится к аномалиям
1. количества зубов
  2. сроков прорезывания зубов
  3. структуры зубов
44. Тройничный нерв является
1. 5 парой черепных нервов
  2. 6 парой черепных нервов
  3. 7 парой черепных нервов
45. Лицевой нерв является
1. 5 парой черепных нервов
  2. 6 парой черепных нервов
  3. 7 парой черепных нервов
46. Платизма состоит из
1. фиброзной ткани
  2. мышечной ткани
  3. жировой ткани
47. Наружная косая линия находится на
1. верхней челюсти
  2. скуловой кости
  3. нижней челюсти
48. Гассеров узел является
1. ганглием тройничного нерва
  2. ганглием лицевого нерва
  3. ганглием языкоглоточного нерва
49. Сколько больших слюнных желез у человека

1. 4
2. 6
3. 8

50. Переходная складка есть

1. на верхней челюсти
2. на нижней челюсти
3. на обеих челюстях

51. Концентрация раствора лидокаина для проводниковой анестезии составляет

1. 2%
2. 10%
3. 1%

52. Максимальная доза лидокаина при одномоментном введении составляет

1. 100 мг сухого вещества
2. 200 мг сухого вещества
3. 400 мг сухого вещества

53. Артикаин не входит в состав следующих анестезирующих препаратов

1. убистезин
2. сканданест
3. ультракаин

54. Премедикация это

1. введение антибиотиков в послеоперационном периоде
2. введение миорелаксантов
3. введение транквилизаторов перед оперативным вмешательством

55. Основным риском при проведении хирургических вмешательств в полости рта под внутривенным обезболиванием является

1. аспирация внутриротового содержимого
2. клиническая смерть
3. бронхоспазм

56. Оптимальными препаратами для купирования анафилактического шока являются

1. антибиотики
2. антигистаминные препараты
3. кортикостероиды

57. Какая ветвь тройничного нерва содержит двигательные волокна?

1. первая
2. вторая
3. третья

58. Какой нерв не относится к ветвям тройничного нерва?

1. языкоглоточный нерв
2. подглазничный нерв
3. нижнелуночковый нерв

59. Первой ветвью тройничного нерва является

1. глазничный нерв

2. щечный нерв
3. верхнечелюстной нерв

60. Наиболее частым осложнением туберальной анестезии является

1. травмирование гассерова узла
2. гематома крыло – небной и подвисочной ям
3. коллапс

61. Торусальная анестезия была предложена

1. С.Н. Вайсблатом
2. М.М. Вейсбремом
3. Д. К. Винцегероде

62. При выполнении мандибулярной анестезии не блокируются на протяжении

1. нижнелуночковый нерв
2. язычный нерв
3. щечный нерв

63. При проведении операции дентальной имплантации в боковых отделах нижней челюсти проводниковая анестезия не выполняется в связи с

1. необходимостью контроля за приближением инструмента к нижнелуночковому нерву
2. неэффективностью
3. травматичностью

64. Перед проведением общего обезболивания пациент должен голодать не менее

1. 8 часов
2. 6 часов
3. 4 часов

65. Проведение вмешательств под общим обезболиванием абсолютно показано при

1. операциях у детей
2. непереносимости местных анестетиков
3. страхе пациента перед операциями под местным обезболиванием

66. Местная анестезия при операциях под общим обезболиванием выполняется для

1. снижения дозы наркотических препаратов и исключения подкорковых рефлексов
2. усиления эффекта наркоза
3. уменьшения объема кровотечения

67. Интубационный наркоз при операциях в полости рта более целесообразен, чем внутривенный

1. так как он может быть более продолжительным
2. более управляем
3. снижает риск аспирации ротовой жидкости и крови

68. При невозможности оральной или назальной интубации трахеи оптимальным методом выбора является

1. интубация с применением трахеостомии
2. интубация с применением гибкого бронхоскопа



3. интубация с применением коникотомии

69. Подготовка к проведению плановых операций под наркозом включает

1. сдачу клинического минимума
2. сдачу клинического минимума и осмотр терапевта
3. электрокардиографию

70. Перевод пациента в реанимационное отделение после операций под наркозом осуществляется

1. при продолжительности операции более часа
2. при наличии у пациента соматической патологии
3. по решению анестезиолога

71. Сколько зубов у ребенка во временном прикусе

1. 20
2. 32
3. 28

72. Зубы какой группы отсутствуют во временном прикусе

1. премоляры
2. моляры
3. резцы

73. Какой номер по международной номенклатуре имеет у ребенка нижний правый  
5 зуб

1. 45
2. 85
3. 25

74. Перелом по типу «зеленой веточки» чаще встречается у детей, так как

1. механизм травмы отличается от взрослых
2. у ребенка более прочная кость
3. у ребенка более выражена надкостница, а костная ткань более эластич-

на

75. Полное окостенение лицевого скелета завершается

1. в 10 - 15 лет
2. в 20 - 25 лет
3. в 30 - 35 лет

76. Минерализация костной ткани у ребенка

1. больше, чем у взрослых
2. не отличается от взрослых
3. меньше, чем у взрослых

77. Барьерная функция лимфатической системы у ребенка

1. менее выражена, чем у взрослых
2. более выражена, чем у взрослых
3. не отличается от взрослых

78. Проницаемость мягких тканей у ребенка

1. менее выражена, чем у взрослых

2. более выражена, чем у взрослых
3. не отличается от взрослых

79. Челюстно – лицевая помощь детям должна оказываться

1. в поликлинических условиях
2. в специализированных отделениях детских стационаров
3. в специализированных отделениях взрослых стационаров

80. О симметричности развития правой и левой половины нижней челюсти позволяют судить

1. панорамная рентгенограмма
2. ТРГ - боковая проекция
3. ТРГ - прямая проекция и ортопантомограмма

81. При одонтогенных остеомиелитах показано

1. удаление «причинного зуба»
2. дренирование гнойного очага
3. дренирование гнойного очага и удаление «причинного зуба»

82. Секвестр это

1. фрагмент некротизированной кости
2. апикальная часть корня «причинного зуба»
3. костная ткань в области очага воспаления

83. Лечение одонтогенных остеомиелитов должно осуществляться

1. амбулаторно
2. в условиях стационара
3. по решению хирурга – стоматолога поликлиники

84. Симптом Венсана является проявлением

1. токсического неврита нижнелуночкового нерва
2. одонтогенного гайморита
3. остеомиелита нижней челюсти в области фронтальных зубов

85. Контрактура нижней челюсти при остеомиелите нижней челюсти в области

1. резцов
2. премоляров
3. моляров

86. Для купирования контрактуры нижней челюсти при выполнении вмешательств по поводу одонтогенных остеомиелитов выполняется

1. торусальная анестезия
2. блокада по Берше
3. мандибулярная анестезия

87. При посттравматических остеомиелитах сроки формирования секвестров составляют

1. до 2 недель
2. до 4 недель
3. до 8 недель

88. Зуб, подлежащий удалению, при остеомиелите определяется
1. по желанию пациента
  2. по методике Соловьева - Алеховой
  3. с учетом данных рентгенографии
89. Гистологическое исследование тканей из очага воспаления при хронических остеомиелитах производится
1. для исключения опухолевых процессов
  2. для определения давности процесса
  3. в соответствии с «рекомендациями Кабакова»
90. Если при удалении зуба по поводу остеомиелита сформировалось ороантральное сообщение
1. пластика ороантрального сообщения выполняется в момент удаления зуба
  2. выполняется отсроченно
  3. выполняется в момент удаления зуба под прикрытием антибактериальной терапии
91. Границами подчелюстного пространства являются
1. слизистая оболочка полости рта
  2. кивательная мышца
  3. переднее и заднее брюшко двубрюшной мышцы
92. Мембрана Жанеску (Ионеску) находится
1. в крыловидно – челюстном пространстве
  2. в окологлоточном пространстве
  3. по средней линии языка
93. Комок Биша образован
1. мышечной тканью
  2. жировой тканью
  3. лимфоидной тканью
94. В состав сосудисто – нервного пучка шеи не входит
1. наружная яремная вена
  2. внутренняя яремная вена
  3. общая сонная артерия
95. Пятой фасцией шеи по классификации В.Н. Шевкуненко является
1. платизма
  2. собственная фасция шеи
  3. предпозвоночная фасция
96. Внутренней границей поджевательного пространства является
1. тело нижней челюсти
  2. тело верхней челюсти
  3. ветвь нижней челюсти
97. Крылонебная ямка сообщается с полостью глазницы через
1. верхнеглазничную щель
  2. среднеглазничную щель

3. нижнеглазничную щель

98. Лицевая артерия и вена перевязываются при дренировании

1. подподбородочного пространства
2. подчелюстного пространства
3. подвисочной ямки

99. При дренировании подчелюстного пространства существует риск травмирования

1. краевой ветви лицевого нерва
2. языкоглоточного нерва
3. грудного протока

100. Инфекция может проникнуть в сосудистую систему головного мозга из челюстно – лицевой области через

1. сосуды глазницы
2. лимфогенным путем
3. верхнечелюстную артерию

101. Дренирование флегмоны подчелюстного пространства наиболее эффективно

1. внутриротовым доступом
2. подчелюстным доступом
3. доступом, окаймляющим угол нижней челюсти

102. Дренирование абсцессов и флегмон подглазничной области наиболее эффективно

1. через точку наибольшего выбухания инфильтрата
2. доступом по носогубной складке
3. внутриротовым доступом

103. Основным риском при дренировании абсцессов и флегмон языка под внутривенным наркозом является

1. аспирация рвотных масс
2. кровотечение из язычной артерии
3. аспирация гноя

104. Разрез кожи для дренирования флегмоны подподбородочного пространства осуществляется

1. по средней линии дна полости рта
2. горизонтально по линии, соединяющей углы нижней челюсти
3. через точку наибольшего выбухания инфильтрата

105. Интубация трахеи при дренировании флегмоны языка производится для профилактики

1. аспирации гноя
2. асфиксии за счет развития отека корня языка
3. обоих осложнений, указанных в пунктах 1 и 2

106. Диагноз «флегмона дна полости рта» предполагает

1. наличие флегмоны всех клетчаточных пространств дна полости рта
2. наличие флегмоны как минимум двух клетчаточных пространств дна полости рта

3. наличие флегмоны одного клетчаточного пространства дна полости рта

107. Дренирование флегмоны шеи осуществляется

1. доступом по переднему краю кивательной мышцы
2. доступом по заднему краю кивательной мышцы
3. горизонтальным доступом

108. Дифференциальный диагноз нагноившейся боковой кисты шеи проводится со следующими заболеваниями

1. флегмона подчелюстного пространства
2. одонтогенный медиастинит
3. лимфаденит боковой поверхности шеи

109. Наиболее эффективным дренажом является

1. пассивный
2. активный приточно - отточный
3. капельный

110. Внутриартериальное введение антибиотиков в челюстно – лицевой области осуществляется

1. через поверхностную височную артерию
2. через лицевую артерию
3. через наружную сонную артерию

111. Наличие большого количества зеленого сливкообразного гноя в очаге воспаления говорит о

1. наличию в очаге воспаления кокковой флоры
2. наличию в очаге воспаления анаэробной флоры
3. наличию в очаге воспаления синегнойной палочки

112. Ангина Людвига это

1. гнилостно – некротическая флегмона дна полости рта
2. асимметричное воспаление небных миндалин
3. ангина, осложненная лимфаденитом подчелюстного пространства

113. Препараты группы метронидазола наиболее эффективны в отношении

1. кокковой флоры
2. анаэробной флоры
3. синегнойной палочки

114. Наиболее опасным возбудителем одонтогенных воспалительных заболеваний является

1. кокковая флора
2. шигеллы
3. анаэробная флора

115. зуб, ставший причиной одонтогенной флегмоны, удаляется

1. отсроченно
2. после купирования явлений воспаления в мягких тканях
3. одновременно с дренированием очага воспаления

116. Наличие свободного гнойного отделяемого в ране при перевязке после дренирования флегмоны дна полости рта является

1. показанием для назначения дополнительной антибактериальной терапии
2. показанием для ревизии операционной раны
3. показанием для промывания раны

117. Для промывания ран может применяться раствор перекиси водорода с концентрацией

1. 3%
2. 6%
3. 30%

118. Лейкопения при выраженной клинической картине флегмон челюстно – лицевой области говорит о

1. низком уровне интоксикации
2. несостоятельности иммунитета пациента
3. адекватности иммунного ответа

119. Наличие миелоцитов и метамиелоцитов в клиническом анализе крови при разлитых флегмонах челюстно – лицевой области говорит о

1. истощении иммунной системы
2. реконвалесценции
3. гиперэргической иммунной реакции

120. Наличие грануляций в ране после дренирования флегмон челюстно – лицевой области является признаком

1. хронизации воспалительного процесса
2. изменения состава микрофлоры в ране
3. очищения раны

121. Пациент с подозрением на одонтогенный медиастинит должен быть консультирован

1. торакальным хирургом
2. висцеральным хирургом
3. общим хирургом

122. Дренирование переднего средостения при одонтогенных медиастинитах осуществляется доступом

1. по Готилье
2. по Разумовскому
3. по Пирогову

123. При лечении медиастинита показано

1. наблюдение хирурга – стоматолога по месту жительства
2. обеспечение активного приточно – отточного дренирования раны
3. наблюдение кардиолога

124. Разрез кожи при дренировании медиастинита доступом по Разумовскому осуществляется

1. по верхнему краю ключицы

2. в яремной ямке
  3. по переднему краю кивательной мышцы
125. Обязательным условием лечения сепсиса является
1. санация первичного очага
  2. наблюдение общего хирурга
  3. назначение кортикостероидов
126. Септикопиемия обязательно предполагает
1. наличие метастатических гнойных очагов в различных органов
  2. пневмонию
  3. ДВС - синдром
127. Препаратами выбора при лечении сепсиса являются
1. аминогликозиды
  2. карбопенемы
  3. пенициллины
128. Основной проблемой проведения антибактериальной терапии у септических пациентов с ДВС – синдромом является
1. невозможность пункции центральных вен
  2. подбор антибиотиков
  3. тромбирование микроциркуляторного русла
129. Диагноз сепсиса может быть снят после
1. нормализации клинического анализа крови
  2. купирования лихорадки
  3. трехкратного отсутствия роста микрофлоры при посеве крови
130. Пациент с одонтогенным менингитом должен быть госпитализирован в
1. неврологическое отделение
  2. реанимационное отделение
  3. отделение челюстно – лицевой хирургии
131. В случае смерти пациента с одонтогенным воспалительным процессом
1. вскрытие трупа проводится в любом случае
  2. вскрытие трупа может не проводиться в случае смерти в условиях стационара
  3. вскрытие трупа может не проводиться по требованию родственников
132. Тромбоз глубоких вен шеи у пациентов с одонтогенными воспалительными заболеваниями предполагает участи в лечении
1. сосудистого хирурга
  2. флеболога
  3. общего хирурга
133. Давление крови во внутренней яремной вене
1. ниже атмосферного
  2. выше атмосферного
  3. равно атмосферному

134. ДВС – синдром у больных одонтогенными воспалительными заболеваниями развивается

1. всегда
2. в связи с контактом факторов свертывания крови с чрезмерным количеством микроорганизмов и их токсинов
3. если возбудителем является кокковая флора

135. Признаком одонтогенного менингита является

1. тризм
2. экзофтальм
3. ригидность затылочных мышц

136. Рентгенологическим симптомом острого гнойного одонтогенного гайморита является

1. наличие инородного тела в гайморовой пазухе
2. очаг деструкции кости в области дна гайморовой пазухи
3. «уровень жидкости» в гайморовой пазухе

137. Физиологическое соустье гайморовой пазухи и полости носа находится

1. в нижнем носовом ходу
2. среднем носовом ходу
3. кзади от носовых раковин

138. Ороантральное сообщение чаще всего возникает при удалении

1. первых моляров верхней челюсти
2. вторых моляров верхней челюсти
3. третьих моляров верхней челюсти

139. При наличии острого гнойного гайморита пластика ороантрального сообщения производится

1. в момент удаления зуба
2. отсроченно
3. с использованием остеопластических материалов

140. Наиболее информативным методом исследования гайморовой пазухи является

1. ортопантомография
2. трехмерная компьютерная томография
3. рентгенография в аксиальной проекции

141. Закрытый синус – лифтинг выполняется, если

1. высота альвеолярного отростка более 6 мм
2. высота альвеолярного отростка более 3 мм
3. высота альвеолярного отростка более 1 мм

142. Фрагмент корня зуба при удалении зуба может быть оставлен в гайморовой пазухе, если

1. имеет место гнойный гайморит
2. не сформировалось ороантральное сообщение
3. отсутствуют явления гайморита, в области корня зуба отсутствует воспалительный процесс

143. Операция цисториногайморостомии предполагает



1. наложение соустья между кистой и полостью рта
  2. удаление внутренней выстилки кисты
  3. наложение соустья между гайморовой пазухой, полостью носа и полостью кисты
144. Источником тканей для пластики оронтрального сообщения может быть
1. преддверие полости рта
  2. небо
  3. преддверие полости рта и небо
145. Осложнением острого одонтогенного гайморита может стать
1. дакриоцистит
  2. флегмона орбиты
  3. флегмона подчелюстного пространства
146. Комбинированными травмами челюстно – лицевой области являются повреждения
1. обусловленные воздействием нескольких поражающих факторов
  2. нескольких анатомических областей
  3. воздействием поражающего фактора несколько раз
147. Сочетанными травмами челюстно – лицевой области являются повреждения
1. обусловленные воздействием нескольких поражающих факторов
  2. нескольких анатомических областей
  3. воздействием поражающего фактора несколько раз
148. Кровоподтек представляет собой
1. имбибицию кровью мягких тканей
  2. кровоизлияние в мягкие ткани
  3. сгусток крови, образовавшийся в области кровотечения
149. Гематома представляет собой
1. имбибицию кровью мягких тканей
  2. кровоизлияние в мягкие ткани
  3. сгусток крови, образовавшийся в области кровотечения
150. Введение ПСА и ПСС показано
1. при любых травмах в челюстно – лицевой области
  2. при переломах костей лицевого скелета
  3. при нарушении целостности покровных тканей челюстно – лицевой области
151. Ссадина проникает
1. глубже дермы
  2. не глубже дермы
  3. затрагивает подкожную жировую клетчатку
152. При лечении ссадин показана
1. мазевая повязка
  2. первичная пластика
  3. операция иссечения поврежденных тканей

153. Наложение первичных швов на раны не показано при
1. развитии гнойного процесса в области раны
  2. наличии в ране инородных тел
  3. сроках с момента ранения до 24 часов
154. Точкой прижатия общей сонной артерии для остановки кровотечения является
1. атлант
  2. 6 шейный позвонок
  3. 3 шейный позвонок
155. Перевязка наружной сонной артерии осуществляется
1. ниже верхней щитовидной артерии
  2. в области лицевой артерии
  3. между верхней щитовидной и язычной артериями
156. Концевыми ветвями наружной сонной артерии являются
1. язычная и лицевая артерии
  2. верхняя щитовидная и язычная артерии
  3. поверхностная височная и верхнечелюстная артерии
157. Пластика встречными треугольными лоскутами была предложена
1. профессором Лимбергом
  2. профессором Пелау
  3. профессором Николаевым
158. Оптимальный эстетический результат дает
1. узловый шов
  2. интрадермальный шов по Холстеду
  3. непрерывный шов
159. Входное отверстие пули
1. меньше выходного
  2. равно выходному
  3. больше выходного
160. Первичный некроз при огнестрельных ранениях это
1. некроз тканей по периферии раневого канала
  2. некроз тканей в области входного отверстия
  3. штанц марка
161. Открытыми переломами нижней челюсти считаются
1. переломы в области мышечковых отростков
  2. двойные и тройные переломы
  3. переломы в пределах зубного ряда
162. Двойными переломами нижней челюсти считаются
1. переломы в двух областях
  2. переломы в двух областях, находящиеся с одной стороны от средней линии
  3. переломы в двух областях, находящиеся с двух сторон от средней линии

линии

нии

163. Симптом непрямой нагрузки на нижнюю челюсть подразумевает
1. появление боли в области нижней челюсти при давлении на подбородок вне точки давления
  2. появление боли в области нижней челюсти при давлении на подбородок в точке давления
  3. появление боли при стискивании зубов
164. Онемение нижней губы у пациента при переломе нижней челюсти говорит о
1. неврите тройничного нерва
  2. компрессии нижнелуночкового нерва отломками нижней челюсти
  3. наличии гематомы нижней губы
165. Для диагностики переломов нижней челюсти выполняется
1. рентгенография нижней челюсти в прямой проекции
  2. рентгенография нижней челюсти в двух боковых проекциях
  3. рентгенография нижней челюсти в трех проекциях
166. Метод двучелюстного шинирования был предложен
1. С.С. Тигерштедтом
  2. А.К. Лимбергом
  3. Г.А. Хацкевичем
167. До выполнения лечебной иммобилизации челюсти больному должна быть
1. наложена подбородочно – теменная повязка
  2. наложена гипсовая шина
  3. проволочная лангета
168. Подбородочно – теменная повязка может быть использована как
1. средство временной иммобилизации нижней челюсти
  2. средство вспомогательной иммобилизации нижней челюсти при выполнении остеосинтеза
  3. в обоих случаях
169. Оптимальным скрепителем при выполнении остеосинтеза нижней челюсти является
1. проволочный шов
  2. мини – пластина
  3. рамка Павлова
170. Мини – пластины для остеосинтеза костей лицевого скелета были предложены
1. М. Шампи
  2. Р. Дюбуа
  3. Ф. Листом
171. Зуб в щели перелома может быть оставлен при условии
1. отсутствия смещения отломков
  2. стабильности, сохранности коронки, отсутствия очагов воспаления в периапикальных тканях, возможности эндодонтического лечения
  3. назначения антибактериальной терапии
172. Скрепители для остеосинтеза должны быть удалены
1. во всех случаях

2. при наличии воспаления в области перелома
3. через 6 месяцев

173. При переломах верхней челюсти чаще всего наблюдается

1. глубокий прикус
2. мезиальный прикус
3. открытый прикус

174. Сколько типов переломов верхней челюсти использует классификация по Ле-Фор

1. 2
2. 4
3. 3

175. «Симптом очков» при переломах верхней челюсти это

челюсти

1. формирование кровоподтеков век через сутки после перелома верхней челюсти
2. окрашивание периорбитальных тканей в желтый цвет через неделю после перелома верхней челюсти
3. невозможность носить очки из-за отека тканей средней трети лица

176. Ликворея может развиваться при

1. переломе верхней челюсти по верхнему типу
2. переломе верхней челюсти по среднему типу
3. переломе верхней челюсти по нижнему типу

177. При подозрении на перелом верхней челюсти необходимо выполнить рентгенограммы

1. в прямой и аксиальной проекциях
2. в аксиальной и полуаксиальной проекциях
3. аксиальной и боковой проекциях

178. Перелом скуловой кости часто сочетается с

1. «взрывным» переломом дна орбиты
2. парезом лицевого нерва
3. переломом костей носа

179. Чувство онемения в подглазничной области при переломах скуловой кости связано

1. с черепно – мозговой травмой
2. с наличием гематомы подглазничной области
3. со сдавлением подглазничного нерва отломками

180. При остеосинтезе скуловой кости мини – пластины накладываются

1. по краю грушевидного отверстия и скулоальвеолярному гребню
2. по краю грушевидного отверстия и нижнеглазничному краю
3. по нижнеглазничному краю и скулоальвеолярному гребню

181. В соответствии с классификацией проф. Т.Г. Робустовой свежими переломами скуловой кости считаются

1. переломы давностью до 5 суток
2. переломы давностью до 10 суток

3. переломы давностью до 30 суток

182. Выводной проток околоушной слюнной железы называется

1. вартонов
2. бартолиниев
3. стенонов

183. Конкременты в выводных протоках слюнных желез как, правило, имеют форму

1. продолговатую
2. шарообразную
3. трапециевидную

184. При нахождении конкремента в вартоновом протоке показано

1. удаление конкремента
2. удаление подчелюстной слюнной железы
3. удаление подчелюстной слюнной железы с вартоновым протоком

185. Ранула это киста

1. подчелюстной слюнной железы
2. вартонова протока
3. малой слюнной железы

186. В толще околоушной слюнной железы проходят ветви

1. лицевого нерва
2. тройничного нерва
3. околоушно – жевательного нерва

187. При операциях на околоушной слюнной железе частым осложнением является

1. нарушение чувствительности нижней губы
2. нарушение моторики ушной раковины
3. парез мимической мускулатуры

188. При удалении подчелюстной слюнной железы

1. лицевая артерия перевязывается в двух точках
2. лицевая артерия перевязывается в одной точке
3. лицевая артерия не перевязывается

189. При удалении подчелюстной слюнной железы существует риск травмирования

1. язычного нерва
2. подъязычного нерва
3. язычного и подъязычного нервов

190. Травмирование подъязычного нерва влечет за собой

1. нарушение фонации
2. нарушение глотания
3. нарушение функции жевательных мышц

191. В патогенезе формирования околокорневых кист играют роль

1. эпителий пародонтального кармана
2. эпителий островков Малассе
3. эпителий дентального фолликула

192. Основным рентгенологическим симптомом кисты является
1. наличие округлого очага деструкции кости с четкими границами
  2. наличие округлого очага деструкции кости с нечеткими границами
  3. наличие ячеистого очага деструкции костной ткани
193. Основным методом верификации диагноза амелобластомы является
1. гистологический
  2. рентгенологический
  3. клинический
194. При цисториногайморостомии накладывается сообщение между
1. кистой и полостью рта
  2. кистой и верхнечелюстной пазухой
  3. кистой и полостью носа
195. При выполнении цистэктомии с резекцией верхушек корней зубов пломбирование корневых каналов целесообразно выполнять
1. не менее чем за 30 дней до операции
  2. до операции, но с минимальным разрывом по времени
  3. после операции
196. Наиболее информативным методом исследования при планировании операций по поводу одонтогенных кист и новообразований является
1. рентгенография
  2. ортопантомография
  3. денальная трехмерная компьютерная томография
197. Если при операции по поводу кисты верхней челюсти возникает точечное сообщение полости кисты и гайморовой пазухи, оптимальным решением станет
1. выполнение цисториногайморостомии
  2. выполнение цистэктомии
  3. выполнение цистостомии
198. В случае риска травмирования нижнелуночкового нерва при операциях по поводу кист нижней челюсти целесообразно
1. коагулировать оболочку кисты
  2. выполнить цистэктомия
  3. выполнить цистостомия
199. В случае невозможности исключения диагноза амелобластомы при операциях по поводу кист челюстей на основании клинических данных целесообразно
1. удалить патологический материал полностью и ушить рану
  2. направить материал на гистологическое исследование и ушить рану
  3. резецировать измененный участок челюсти
200. Резорбция корней зубов в области новообразования наиболее характерна для
1. кист челюстей
  2. амелобластом
  3. остеобластокластом

## Эталон правильных ответов к тестовым заданиям

1 – 3; 2 – 2; 3 – 1; 4 – 3; 5 – 1; 6 – 1; 7 – 3; 8 – 1; 9 – 2; 10 – 2; 11 – 3; 12 – 2; 13 – 2; 14 – 1; 15 – 1; 16 – 2; 17 – 3; 18 – 1; 19 – 3; 20 – 3; 21 – 1; 22 – 3; 23 – 2; 24 – 2; 25 – 2; 26 – 1; 27 – 1; 28 – 1; 29 – 2; 30 – 3; 31 – 3; 32 – 2; 33 – 1; 34 – 1; 35 – 2; 36 – 3; 37 – 2; 38 – 1; 39 – 3; 40 – 1; 41 – 2; 42 – 3; 43 – 1; 44 – 1; 45 – 3; 46 – 2; 47 – 3; 48 – 1; 49 – 2; 50 – 3; 51 – 1; 52 – 3; 53 – 2; 54 – 3; 55 – 1; 56 – 3; 57 – 3; 58 – 1; 59 – 1; 60 – 2; 61 – 2; 62 – 3; 63 – 1; 64 – 3; 65 – 2; 66 – 1; 67 – 3; 68 – 2; 69 – 2; 70 – 3; 71 – 1; 72 – 1; 73 – 2; 74 – 3; 75 – 2; 76 – 3; 77 – 1; 78 – 1; 79 – 2; 80 – 3; 81 – 3; 82 – 1; 83 – 2; 84 – 1; 85 – 3; 86 – 2; 87 – 3; 88 – 3; 89 – 1; 90 – 2; 91 – 3; 92 – 2; 93 – 2; 94 – 1; 95 – 3; 96 – 3; 97 – 3; 98 – 2; 99 – 1; 100 – 1; 101 – 3; 102 – 2; 103 – 3; 104 – 1; 105 – 3; 106 – 2; 107 – 1; 108 – 3; 109 – 2; 110 – 1; 111 – 1; 112 – 1; 113 – 2; 114 – 3; 115 – 3; 116 – 2; 117 – 1; 118 – 2; 119 – 1; 120 – 3; 121 – 1; 122 – 2; 123 – 2; 124 – 3; 125 – 1; 126 – 1; 127 – 2; 128 – 3; 129 – 3; 130 – 2; 131 – 3; 132 – 1; 133 – 1; 134 – 2; 135 – 3; 136 – 3; 137 – 2; 138 – 1; 139 – 2; 140 – 2; 141 – 1; 142 – 3; 143 – 3; 144 – 3; 145 – 2; 146 – 1; 147 – 2; 148 – 1; 149 – 2; 150 – 3; 151 – 2; 152 – 1; 153 – 1; 154 – 2; 155 – 3; 156 – 3; 157 – 1; 158 – 2; 159 – 1; 160 – 1; 161 – 3; 162 – 2; 163 – 1; 164 – 2; 165 – 3; 166 – 1; 167 – 1; 168 – 3; 169 – 2; 170 – 1; 171 – 2; 172 – 2; 173 – 3; 174 – 3; 175 – 1; 176 – 1; 177 – 2; 178 – 1; 179 – 3; 180 – 3; 181 – 2; 182 – 3; 183 – 1; 184 – 1; 185 – 2; 186 – 1; 187 – 3; 188 – 1; 189 – 3; 190 – 2; 191 – 2; 192 – 1; 193 – 1; 194 – 2; 195 – 2; 196 – 3; 197 – 1; 198 – 3; 199 – 2; 200 – 2.

## Ситуационные задачи

**Задача 1.** Пациентка Д., 24 года. Жалобы на боль при накусывании на 36 зуб и самопроизвольные боли в области зуба. Анамнестически сопутствующая соматическая патология отсутствует. При осмотре: лицо симметрично, открывание рта в полном объеме. Околочелюстных инфильтратов в области зуба нет. По переходной складке определяется горизонтальный рубец в области 35-36 зубов. Рентгенологически выявляется очаг деструкции костной ткани в области верхушки медиального корня 36 зуба диаметром 3-4 мм.

### 1. Диагноз:

- 1) острый периодонтит 36 зуба
- 2) обострение хронического гранулирующего периодонтита 36 зуба
- 3) обострение хронического гранулематозного периодонтита 36 зуба
- 4) острый остеомиелит нижней челюсти в области 36 зуба

### 2. Помощь должна быть оказана:

- 1) в условиях стационара
- 2) в условиях поликлиники
- 3) врачом скорой помощи
- 4) на дому

3. Адекватным объемом хирургического вмешательства будет:

- 1) удаление зуба с остеоперфорацией
- 2) удаление зуба
- 3) удаление зуба и дренирование гнойного очага внутриротовым доступом
- 4) операция резекции верхушки корня в день обращения пациентки

4. Антибактериальная терапия:

- 1) не показана
- 2) показана с применением пероральных препаратов
- 3) показана с внутримышечным введением препаратов
- 4) показана с внутривенным введением препаратов

5. Дентальная имплантация в позицию удаляемого зуба возможна:

- 1) одновременно с удалением
- 2) через 1 неделю после удаления
- 3) через 1 месяц после удаления
- 4) через 3 месяца после удаления

**Задача 2.** Пациент С., 31 год. Жалобы на боль в области 38 зуба, усиливающиеся при накусывании, отек левой щеки, онемение нижней губы слева. Анамнестически: боль появилась около 3 дней назад, ранее несколько раз отмечались подобные симптомы. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области угла нижней челюсти, подчелюстного пространства, щеки слева. Открывание рта около 2 см. Зев симметричен. Инфильтрат по вестибулярной поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти в области 38, 37 зубов. Коронка 38 зуба частично разрушена кариесом, коронка 37 зуба интактна. Перкуссия 37, 38 зубов болезненна.

1. Дополнительные методы обследования, которые минимально необходимы в данном случае:

- 1) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции слева
- 2) внутриротовая рентгенография 38 зуба и ортопантомография
- 3) дентальная трёхмерная компьютерная томография нижней челюсти
- 4) внутриротовая рентгенография 38 зуба и УЗИ шеи слева

2. Диагноз:

- 1) острый периодонтит 38 зуба
- 2) острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба
- 3) пародонтит 38 зуба
- 4) пародонтит 37 зуба



3. Онемение нижней губы:

- 1) говорит о ранее имевшем место переломе нижней челюсти
- 2) положительном симптоме Венсана
- 3) компрессии нижнелуночкового нерва воспалительным инфильтратом
- 4) лизисе гассерова узла

4. Подлежит удалению:

- 1) 38 и 37 зуб в момент обращения
- 2) 38 зуб в момент обращения, 37 зуб отсроченно
- 3) удаление зубов не показано
- 4) только 38 зуб

5. Адекватным объемом дренирования гнойного очага будет:

- 1) дренирование доступом по переходной складке в области 38 - 36 зубов
- 2) дренирование не требуется
- 3) дренирование доступом по Риздену
- 4) дренирование подчелюстным доступом

**Задача 3.** Пациент О., 48 лет. Жалобы на попадание при питье жидкости в нос изо рта через лунку удаленного 16 зуба, боль в средней трети лица справа. Анамнестически: около недели назад был удален 16 зуб по поводу «острой боли». Через день после удаления в нос начала попадать вода через лунку удаленного зуба. Клинически: незначительный отек мягких правой щечной и подглазничной областей. Незначительный экзофтальм справа. Открывание рта в полном объеме. Лунка 16 зуба без сгустка с гнойным отделяемым. Гиперемия, отечность слизистой в области лунки 16 зуба.

1. Минимально необходимым объемом дообследования в данном клиническом случае будет:

- 1) МРТ головы и шеи
- 2) трехмерная компьютерная томография придаточных пазух носа
- 3) прицельный снимок лунки 16 зуба и рентгенография в аксиальной проекции
- 4) прицельный снимок лунки 16 зуба и рентгенография в полуаксиальной проекции

2. Диагноз:

- 1) острый остеомиелит верхней челюсти в области 16 зуба
- 2) острый правосторонний гайморит, ороантральное сообщение в области лунки 16 зуба, удаление от ... (дата)

- 3) обострение хронического периодонтита 16 зуба, удаление от ... (дата)
- 4) хронический риногенный гайморит, хронический периодонтит 16 зуба, удаление от ... (дата)

3. О наличии острого гнойного гайморита будет говорить рентгенологический симптом:

- 1) затемнения гайморовой пазухи
- 2) затемнения гайморовой пазухи и наличие уровня жидкости в пазухе
- 3) наличия инородного тела в гайморовой пазухе
- 4) наличия очага деструкции кости в области лунки удаленного зуба

4. В данной клинической ситуации:

- 1) показан пластика ороантрального сообщения лоскутом с неба в момент обращения
- 2) пластика ороантрального сообщения лоскутом с преддверия полости рта в момент обращения
- 3) тампонада лунки удаленного зуба
- 4) отсроченная пластика ороантрального сообщения

5. Если при рентгенологическом обследовании будет обнаружено инородное тело гайморовой пазухи (корень удаленного зуба), то будет показано:

- 1) немедленное удаление корня зуба
- 2) немедленное удаление корня зуба с одномоментной пластикой ороантрального сообщения
- 3) тампонада лунки удаленного зуба с назначением антибактериальной терапии
- 4) отсроченное удаление корня зуба из пазухи с одномоментной пластикой ороантрального сообщения после купирования явлений воспаления

**Задача 4.** Пациентке Ф. 36 лет. Жалобы: сильная боль при глотании, ограничение открывания рта, лихорадка до 38°C. Анамнез: считает себя больной около 5 дней; неделю назад появилась боль при накусывании на 46 зуб, которая постепенно купировалась, но возник отек тканей дна полости рта. Клинически: выраженная отечность, гиперемия, инфильтрация тканей дна полости рта, болезненность при пальпации по передним краям жевательных мышц с двух сторон. Открывание рта не более 1-2 см. Коронка 46 зуба разрушена, перкуссия слабоболезненна. Лихорадка до 38° С.

1. Диагноз:

- 1) острый остеомиелит нижней челюсти в области 46 зуба
- 2) одонтогенный медиастинит
- 3) острый остеомиелит нижней челюсти в области 46 зуба, флегмона дна полости рта
- 4) флегмона шеи

2. Адекватным объемом хирургической помощи в данном случае будет:

- 1) удаление 46 зуба
- 2) удаление 46 зуба и дренирование гнойного очага внутриротовым доступом
- 3) удаление 46 зуба и дренирование гнойного очага подчелюстным доступом справа
- 4) удаление 46 зуба и дренирование гнойного очага двумя подчелюстными доступами и доступом по средней линии

3. В данном клиническом случае показано выполнение хирургического вмешательства:

- 1) под местным обезболиванием
- 2) под эндотрахеальным наркозом с интубацией через нос
- 3) под внутривенным наркозом
- 4) под местным обезболиванием с потенцированием

4. В данном клиническом случае больная должна быть госпитализирована:

- 1) реанимационное отделение
- 2) отделение челюстно – лицевой хирургии
- 3) в отделение общей хирургии
- 4) госпитализация не показана

5. В данном случае больная не может быть экстубирована непосредственно после операции в связи:

- 1) с риском асфиксии из-за увеличения отека тканей дна полости рта
- 2) с необходимостью дополнительных хирургических манипуляций
- 3) с необходимостью проведения наркоза при перевязках
- 4) с необходимостью ингаляционного введения препаратов

**Задача 5.** Больной Д., 28 лет. Жалобы: отечность мягких тканей височной, щечной областей, ограничение открывания рта, лихорадка до 38,5°C. Анамнез: около 1 недели назад в плановом порядке был удален частично ретинированный 28 зуб. На 5 сутки после удаления появились симптомы, аналогичные имеющим место на момент обращения, которые постепенно становились более выраженными. Клинически: асимметрия лица за счет отека, инфильтрации мягких тканей височной, скуловой, щечной областей, открывание рта ограничено до 1-2 см; зев симметричен.

1. Диагноз:

- 1) нагноившаяся гематома подвисочной ямки
- 2) нагноившаяся гематома подвисочной ямки, флегмона височной области
- 3) острый остеомиелит верхней челюсти в области 28 зуба
- 4) абсцесс скуловой области

2. Наиболее эффективным доступом для дренирования гнойного очага будет:

- 1) по преддверию полости рта в области 25-28 зубов
- 2) по линии прикрепления височной мышцы к своду черепа
- 3) сочетание доступов, указанных в пунктах 1 и 2
- 4) доступ по ходу волокон височной мышцы

3. Наиболее эффективным способом дренирования в данном случае будет:

- 1) приточно – отточный дренаж через контрапертуру между внутриротовой и наружной раной
- 2) полутрубчатый дренаж во внутриротовой ране
- 3) марлевые турунды в наружной ране
- 4) трубчатый дренаж в наружной ране

4. Комок Биша может в данном случае:

- 1) стать преградой на пути распространения гнойного процесса
- 2) не играть роли в данном случае
- 3) лизироваться
- 4) стать проводником инфекции в другие клетчаточные пространства

5. Ограничение открывания рта связано с:

- 1) болевым синдромом
- 2) лихорадкой
- 3) травмированием височной мышцы при удалении 28 зуба
- 4) воздействием гноя на височную мышцу

**Задача 6.** Пациент У. 20 лет. Жалобы: ограничение открывания рта, боль в околоушно – жевательной области слева. Анамнез: около 3 дней назад появился отек мягких тканей левой щеки, околоушно – жевательной области слева, лихорадка до 38°C. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушно – жевательной области и щеки слева, кожа над отеком не гиперемирована, в складку собирается, жевательная мышца напряжена, ее пальпация болезненна, открывание рта ограничено до 0,5-1 см, 38 зуб частично разрушен кариесом, перкуссия болезненна; гиперемия, отечность, инфильтрация мягких тканей по вестибулярной поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти и переднему краю жевательной мышцы в области 37 и 38 зубов.

1. Для уточнения источника воспалительного процесса следует провести:

- 1) фотометрический анализ
- 2) клинический анализ крови
- 3) рентгенографию нижней челюсти в боковой проекции слева
- 4) УЗИ лимфатических узлов шеи

2. Адекватным хирургическим вмешательством может стать:

- 1) удаление 38 зуба
- 2) удаление 38 зуба и дренирование гнойного очага внутриротовым доступом
- 3) удаление 38 зуба и дренирование гнойного очага внутриротовым или наружным доступом
- 4) дренирование гнойного очага наружным доступом

3. Наличие миелоцитов в клиническом анализе крови будет говорить

- 1) о несостоятельности иммунной системы
- 2) об адекватном иммунном ответе
- 3) об отсутствии необходимости дренирования гнойного очага
- 4) о локализации воспалительного процесса

4. Ограничение открывания рта в данном случае связано с:

- 1) парезом жевательной мускулатуры
- 2) воздействием гноя на жевательную мышцу
- 3) тризмом
- 4) септическим воздействием на головной мозг

5. Диагноз:

- 1) обострение хронического периодонтита 38 зуба
- 2) острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба, флегмона поджевательного пространства слева
- 3) флегмона поджевательного пространства слева
- 4) острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба, абсцесс челюстно – язычного желобка

**Задача 7.** Пациент А., 18 лет. Жалобы: боль в ретромоллярной области слева, ограничение открывания рта. Анамнез: около 4 дней назад появилась боль в ретромоллярной

области слева, через 1 день – ограничение открывания рта; симптомы постепенно усиливались. Клинически: лицо симметрично, открывание рта ограничено до 2 см, зев симметричен; 38 зуб частично прорезался, частично – под слизистой, слизистая в области 38 зуба гиперемирована, отечна, видимая часть коронки 38 зуба интактна, перкуссия безболезненна. Рентгенологически: наклонное положение коронки 38 зуба, периапикальные ткани в пределах нормы.

1. Оптимальным методом рентгенологического исследования в данном случае будет:

- 1) ортопантомография
- 2) прицельный снимок 38 зуба
- 3) телерентгенография головы в боковой проекции
- 4) рентгенография нижней челюсти в прямой проекции

2. Диагноз:

- 1) ретенция 38 зуба
- 2) ретенция 38 зуба, перикоронарит
- 3) дистопия 38 зуба
- 4) острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба

3. В качестве экстренной помощи может быть выполнено:

- 1) иссечение слизистого капюшона
- 2) дренирование внутриротовым доступом
- 3) остеоперфорация
- 4) дренирование наружным доступом

4. В качестве радикального метода лечения может быть применено:

- 1) иссечение слизистого капюшона
- 2) удаление 38 зуба
- 3) остеоперфорация
- 4) дренирование наружным доступом

5. Удаление 38 зуба целесообразно производить

- 1) в момент обращения
- 2) после начала антибактериальной терапии
- 3) после купирования явлений воспаления и нормализации открывания рта
- 4) через 1 месяц

**Задача 8.** Пациентка Р., 69 лет. Жалобы: припухлость правой щеки, боль в области припухлости, усиливающаяся при приеме пищи. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушно – жевательной и щечной областей, кожа над отеком в цвете не изменена, в складку собирается, в околоушно – жевательной области справа определяется плотный, болезненный инфильтрат 3х4 см; открывание рта в полном объеме, зев симметричен, из устья стенонова протока справа выделяется слюна с примесью гноя.

1. Клиническая картина соответствует:

- 1) гнойному паротиту
- 2) ложному паротиту Герценберга
- 3) флегмоне околоушно – жевательной области справа
- 4) острому гаймориту

2. Для полной диагностики необходимо произвести:

- 1) УЗИ околоушных слюнных желез
- 2) рентгенографию нижней челюсти в прямой проекции мягкими лучами
- 3) пункцию околоушной слюнной железы
- 4) исследования, указанные в пунктах 1 и 2

3. Дренирование гнойного очага наружным доступом необходимо:

- 1) в любом случае
- 2) при формировании локальных абсцессов в толще железы
- 3) при наличии конкрементов в толще железы
- 4) при появлении лихорадки

4. В качестве лечебных мероприятий должны быть применены:

- 1) антибактериальная терапия
- 2) бужирование стенонова протока и промывание железы
- 3) массаж околоушной слюнной железы
- 4) все вышеперечисленные методы

5. Для точного установления локализации конкрементов в железе оптимальным будет:

- 1) выполнение рентгенографии в аксиальной проекции
- 2) УЗИ околоушных слюнных желез
- 3) трехмерная компьютерная томография
- 4) телерентгенография

**Задача 9.** Пациент С., 32 лет. Жалобы: наличие уплотнения в подчелюстном пространстве слева, боль в области новообразования, усиливающаяся при приеме пищи и глотании. Клинически: в подчелюстном пространстве слева определяется увеличенная плотная, болезненная при пальпации подчелюстная слюнная железа; открывание рта в полном объеме, зев симметричен, из устья вартонова протока слева выделяется гной. Рентгенологически: на рентгенограмме нижней челюсти в боковой проекции слева определяется округлая тень костной плотности диаметром 3 мм в проекции 38 зуба.

1. Диагноз:

- 1) острый подчелюстной сиалоаденит
- 2) острый подчелюстной сиалоаденит, слюннокаменная болезнь с локализацией конкремента в подчелюстной слюнной железе слева
- 3) слюннокаменная болезнь с локализацией конкремента в подчелюстной слюнной железе слева
- 4) острый подчелюстной сиалодохит, слюннокаменная болезнь с локализацией конкремента в вартоновом протоке слева

2. Округлую форму имеют конкременты:

- 1) в выводных протоках слюнных желез
- 2) в паренхиме слюнных желез
- 3) в устье выводных протоков слюнных желез
- 4) оксалатного происхождения

3. В данной ситуации показано:

- 1) неотложной удаление подчелюстной слюнной железы
- 2) неотложное удаление конкремента
- 3) удаление подчелюстной слюнной железы после купирования явлений воспаления
- 4) удаление конкремента после купирования явлений воспаления

4. Лечение должно проводиться:

- 1) амбулаторно
- 2) амбулаторно при отсутствии лихорадки
- 3) амбулаторно при назначении антибактериальной терапии
- 4) стационарно

5. При локализации конкрементов в вартоновом протоке производится:

- 1) удаление конкремента



- 2) перевязка протока
- 3) удаление подчелюстной слюнной железы
- 4) бужирование протока

**Задача 10.** Пациент Ф., 19 лет. Жалобы: наличие свища на коже правой щеки. Анамнез: свищ существует несколько месяцев, периодически открываясь с выделением гноя; ранее на месте свища имелось уплотнение, не спаянное с кожей; около 3 дней назад после перенесенного переохлаждения появились симптомы ОРВИ, отделяемое по свищу. Клинически: лицо симметрично, на коже правой щеки определяется свищ с гнойным отделяемым, который идет к альвеолярному отростку нижней челюсти на уровне 46 зуба; открывание рта в полном объеме, зев симметричен, 46 зуб частично разрушен кариесом, перкуссия слабобезболезненна, слизистая в области 46 зуба слабо гиперемирована, отечна, околочелюстных инфильтратов не определяется.

1. Необходимые методы рентгенологического обследования:

- 1) ортопантомография
- 2) рентгенография нижней челюсти в боковой проекции
- 3) дентальная трехмерная компьютерная томография
- 4) любой из вышеперечисленных

2. Диагноз:

- 1) хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба, одонтогенная подкожная гранулема правой щеки
- 2) хронический периодонтит 46 зуба, абсцесс правой щеки
- 3) боковой свищ шеи
- 4) острый остеомиелит нижней челюсти в области 46 зуба

3. Для лечения данной патологии должно быть выполнено:

- 1) дренирование гнойного очага
- 2) удаление 46 зуба
- 3) удаление 46 зуба с кюретажем лунки
- 4) бужирование свища

4. Иссечение свища производится:

- 1) вне обострения
- 2) при обострениях
- 3) без удаления зуба
- 4) после проведения курса антибактериальной терапии

5. Свищевой ход удаляется:

- 1) с прилегающей к устью кожей и до кости
- 2) без последующего ушивания раны
- 3) с последующим введением в рану ксероформной турунды
- 4) только под общим обезболиванием

**Задача 11.** Пациент К., 22 лет. Жалобы: боль в области угла нижней челюсти слева, нарушение окклюзии. Анамнез: за 2 часа до обращения за помощью был избит неизвестными, в момент травмы сознание не терял, была тошнота и однократная рвота. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой щеки, подчелюстного пространства слева, множественные кровоподтеки, ссадины лица; открывание рта 3-4 см, прикус нарушен, определяется «ступенька» между 37 и 38 зубами, перкуссия 38 зуба болезненна.

1. Необходимый объем рентгенологического обследования:

- 1) рентгенография нижней челюсти в трех проекциях, черепа в двух проекциях
- 2) рентгенография нижней челюсти в левой боковой проекции
- 3) рентгенография нижней челюсти в прямой и левой боковой проекциях
- 4) ортопантомография

2. Рентгенография черепа в двух проекциях необходима для:

- 1) уточнения локализации перелома нижней челюсти
- 2) исключения повреждений свода черепа
- 3) исключения повреждений головного мозга
- 4) диагностики повреждений орбиты

3. При поступлении в стационар такой пациент должен быть осмотрен:

- 1) неврологом
- 2) челюстно – лицевым хирургом
- 3) челюстно – лицевым хирургом и неврологом
- 4) челюстно – лицевым хирургом и терапевтом

4. 38 зуб в щели перелома:

- 1) подлежит удалению в любом случае
- 2) не подлежит удалению
- 3) может не удаляться при отсутствии периапикальных изменений и при нахождении верхушек корней вне щели перелома

4) может не удаляться при отсутствии смещения отломков

5. Удаление зуба из щели перелома:

- 1) увеличивает длительность ношения назубных шин на 1 неделю
- 2) уменьшает длительность ношения назубных шин на 1 неделю
- 3) не влияет на сроки иммобилизации
- 4) требует наложения жесткой тяги

**Задача 12.** Пациент Ц., 29 лет. Жалобы: боль в средней трети лица слева, онемение левой половины нижней губы, боковой поверхности носа, подглазничной области слева, 22-25 зубов, выраженную диплопию. Анамнез: был избит неизвестными около суток назад. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой щеки, верхней губы слева, век левого глаза, множественные кровоподтеки лица, гипоптальзм; по нижнеглазничному краю слева пальпируется «ступенька»; открывание рта составляет около 3 см, прикус не нарушен, слизистая полости рта не изменена.

1. Оптимальным методом обследования пациента будет:

- 1) рентгенография в аксиальной и полуаксиальной проекциях
- 2) рентгенография в прямой и левой боковой проекциях
- 3) магнитно – резонансная томография
- 4) трехмерная компьютерная томография

2. Клиническая картина соответствует:

- 1) перелому верхней челюсти
- 2) перелому скуловой кости
- 3) перелому скуловой кости с переломом дна орбиты
- 4) перелому дна орбиты

3. Наличие онемения в средней трети лица обусловлено:

- 1) наличием внутриглазничной гематомы
- 2) отеком мягких тканей
- 3) ушибом гассерова узла
- 4) компрессией отломками скуловой кости подглазничного нерва

4. Гипоптальзм и диплопия обусловлены:

- 1) отеком ретробульбарной клетчатки
- 2) повреждением нижней стенки орбиты

- 3) компрессией отломками скуловой кости подглазничного нерва
- 4) ушибом глазного яблока

5. В данном клиническом случае показано:

- 1) остеосинтез скуловой кости с пластикой дна орбиты
- 2) остеосинтез скуловой кости
- 3) пластика дна орбиты
- 4) репозиция скуловой кости

**Задача 13.** Пациент С., 43 лет. Жалобы: боль в средней трети лица с двух сторон, нарушение прикуса. Анамнез: за 12 часов до обращения был избит неизвестными. Клинически: выраженная отечность средней и нижней трети лица, множественные кровоподтеки и ссадины лица, западение тканей в области спинки носа; открывание рта ограничено до 3-4 см, прикус открытый: смыкание в области только последних моляров, остальные зубы не смыкаются; слизистая полости рта не повреждена; при давлении на передний отдел твердого неба определяется подвижность верхней челюсти с двух сторон, включая медиальные части нижнеглазничных краев с двух сторон и кости носа.

1. Оптимальным методом исследования будет:

- 1) рентгенография в аксиальной и полуаксиальной проекциях
- 2) рентгенография в прямой и левой боковой проекциях
- 3) магнитно – резонансная томография
- 4) трехмерная компьютерная томография

2. Данная клиническая картина соответствует:

- 1) перелому верхней челюсти по среднему типу
- 2) перелому верхней челюсти по нижнему типу
- 3) перелому верхней челюсти по верхнему типу
- 4) двустороннему перелому скуловых костей

3. Оптимальным хирургическим методом лечения будет:

- 1) подвешивание по Кюфнеру
- 2) подвешивание по Мелкому
- 3) двучелюстное шинирование с подбородочно – теменной повязкой
- 4) остеосинтез мини – пластинами с подбородочно – теменной повязкой

4. Удаление мини – пластин в данной ситуации показано:

- 1) всегда
- 2) при развитии явлений воспаления в области крепителей

- 3) не требуется
- 4) по желанию пациента

5. При обращении за помощью такого пациента помимо челюстно – лицевого хирурга должен осмотреть:

- 1) терапевт
- 2) невролог
- 3) ЛОР – врач
- 4) нейрохирург

**Задача 14.** Пациент Ю., 34 года. Доставлен скорой помощью с места дорожно – транспортного происшествия. Сознание отсутствует. Витальные функции нестабильны. Имеются множественные повреждения конечностей. От пациента исходит сильный запах алкоголя. Местно: имеются множественные рваные раны лица, признаки перелома верхней и нижней челюстей.

1. Оптимальным методом обследования может быть:

- 1) компьютерная томография челюстно лицевой области и головного мозга
- 2) рентгенография областей повреждений
- 3) МРТ
- 4) компьютерная томография головного мозга и рентгенологическое обследование областей повреждений

2. При поступлении больной должен быть осмотрен:

- 1) терапевтом, хирургом, челюстно – лицевым хирургом, неврологом
- 2) реаниматологом, травматологом, нейрохирургом, челюстно – лицевым хирургом
- 3) травматологом, челюстно – лицевым хирургом, неврологом
- 4) только челюстно – лицевым хирургом и неврологом

3. При поступлении должно быть выполнено:

- 1) введение ПСА, ПСС, забор крови для исследования на содержание алкоголя, опись имущества и документов пострадавшего, передача телефонограммы в отделение милиции по месту происшествия
- 2) введение ПСА, ПСС, опись имущества пострадавшего
- 3) введение ПСА, ПСС, забор крови для исследования на содержание алкоголя
- 4) установление личности больного

4. Хирургическая помощь оказывается:

- 1) в полном объеме в первый час после поступления
- 2) в полном объеме в первые 12 часов после поступления
- 3) в полном объеме по решению консилиума врачей
- 4) в полном объеме после стабилизации витальных функций

5. Данный пациент должен быть госпитализирован:

- 1) в отделение челюстно – лицевой хирургии
- 2) в травматологическое отделение
- 3) в нейрохирургическое отделение
- 4) в реанимационное отделение

**Задача 15.** Больной О. 42 лет. Жалобы: боль в области дна полости рта, тяжесть при дыхании. Анамнез: доставлен скорой помощью от подъезда собственного дома, где около 1 часа назад получил ранение из травматического пистолета; после ранения имело место сильное кровотечение, для купирования которого врачом скорой помощи была наложена давящая повязка. Клинически: сознание сохранено, больной беспокоен, тремор конечностей, кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 120 уд. В мин.; отечность тканей дна полости рта, рваная рана кожи дна полости рта с выраженным кровотечением, открывание рта в полном объеме, выраженная отечность языка, поврежденный слизистой полости рта и крови в полости рта не определяется.

1. Общее состояние больного позволяет предположить наличие:

- 1) черепно – мозговой травмы
- 2) соматической патологии
- 3) геморрагического шока и стресс - реакции
- 4) психической патологии

2. Компьютерная томография для уточнения локализации пули в тканях дна полости рта должна быть осуществлена:

- 1) отсроченно
- 2) до оперативного лечения в любом случае
- 3) если пулю в тканях не удалось обнаружить во время операции
- 4) до снятия повязки при отсутствии признаков кровотечения и нарастающей асфиксии

3. Хирургическая помощь должна быть оказана:

- 1) под эндотрахеальным наркозом в связи с риском асфиксии из-за нарастания отека тканей дна полости рта и языка

- 2) под внутривенным наркозом, так как отсутствие повреждения слизистой полости рта исключает аспирацию крови
- 3) под местным обезболиванием
- 4) под местным обезболиванием с потенцированием в связи с большим объемом операции

4. Вероятным источником кровотечения в данном случае является:

- 1) лицевая артерия
- 2) верхнечелюстная артерия
- 3) язычная артерия
- 4) наружная сонная артерия

5. Если кровотечение не удастся остановить перевязкой сосудов в ране, то следует перевязать на протяжении:

- 1) наружную сонную артерию на стороне повреждения
- 2) язычную артерию
- 3) лицевую артерию
- 4) общую сонную артерию на стороне повреждения

**Задача 16.** Пациент А. 29 лет. Жалобы: отечность мягких тканей дна полости рта слева, боль в области припухлости, ограничение открывания рта, нарушение прикуса, боль при глотании. Анамнез: около 1 недели назад, находясь в состоянии алкогольного опьянения, был избит; в связи с состоянием опьянения обстоятельств травмы не помнит, к врачу не обращался; на следующий день после травмы обратил внимание на нарушение прикуса, но значения этому не придал; сутки назад появилась выраженная плотная отечность в подчелюстном пространстве слева, боль при глотании, ограничение открывания рта, лихорадка, в связи с чем обратился за помощью. Клинически: асимметрия лица за счет отека, инфильтрации мягких тканей подчелюстного пространства слева; открывание рта около 2 см, подвижность отломков в области 38 зуба, 38 зуб подвижен, коронка отломана от медиального корня, из – под десны в области 38 зуба определяется гноетечение. Рентгенологически: щель перелома в области лунки 38 зуба, смещение отломков, отлом коронки 38 зуба от медиального корня, периапикальные ткани в пределах нормы.

1. Внезапно возникшие явления воспаления обусловлены:

- 1) развитием одонтогенного остеомиелита
- 2) развитием посттравматического остеомиелита
- 3) нагноением гематомы
- 4) иными причинами

2. Клиническая и рентгенологическая картина позволяет предположить диагноз:

- 1) перелом нижней челюсти от (дата), нагноившаяся гематома подчелюстного пространства
- 2) перелом нижней челюсти от (дата)
- 3) перелом нижней челюсти от (дата), острый посттравматический остеомиелит
- 4) перелом нижней челюсти от (дата), пародонтальный абсцесс в области 38 зуба

3. Необходимый объем хирургической помощи при поступлении больного:

- 1) иммобилизация отломков, удаление 38 зуба из щели перелома
- 2) дренирование гнойного очага, удаление 38 зуба из щели перелома
- 3) дренирование гнойного очага, иммобилизация отломков
- 4) дренирование гнойного очага, иммобилизация отломков, удаление 38 зуба из щели перелома

4. Выполнение остеосинтеза мини – пластиной в данной ситуации:

- 1) возможно одномоментно с дренированием очага
- 2) нецелесообразно в связи с высоким риском кости в области фиксирующей конструкции
- 3) возможно после очищения раны
- 4) нецелесообразно в связи с ограничением открывания рта

5. Оптимальным способом фиксации отломков при выполнении дренирования под общим обезболиванием будет:

- 1) наложение назубных шин с наложением межчелюстной тяги во время наркоза
- 2) наложение обвивных трансмаксиллярных швов во время наркоза
- 3) остеосинтез нижней челюсти скрепителями с памятью формы
- 4) двучелюстное шинирование с наложением межчелюстной тяги через несколько часов после вмешательства

**Задача 17.** Ребенок У., 8 лет. Жалобы: боль в области ветви нижней челюсти слева. Анамнез: несколько часов назад при падении с велосипеда ударился о землю подбородком; в момент травмы сознание не терял, тошноты рвоты не было. Клинически: незначительная асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой щеки, ссадина кожи подбородка, открывание рта в полном объеме, прикус привычный, слизистая полости рта не изменена. Рентгенологически: линия перелома проходит в области мышцелкового отростка нижней челюсти слева, смещения отломков не определяется.

1. Клиническая и рентгенологическая картина соответствует диагнозу

- 1) трещины нижней челюсти в области мышцелкового отростка



- 2) трещины нижней челюсти в области ветви слева
- 3) перелома нижней челюсти в области мышцелкового отростка слева
- 4) перелома нижней челюсти в области ветви слева

2. Перелом по типу «зеленой веточки» представляет собой:

- 1) перелом без смещения отломков
- 2) перелом без смещения отломков при отсутствии нарушения целостности надкостницы
- 3) перелом со смещением отломков при сохранной надкостнице
- 4) трещину кости

3. Оптимальным способом иммобилизации нижней челюсти в данном случае будет:

- 1) двучелюстное шинирование
- 2) остеосинтез титановой спицей
- 3) подбородочно - теменная повязка
- 4) подбородочно – теменная повязка с наложением мазевой повязки на подбородок

4. Иммобилизация проволочными и ленточными назубными шинами у детей не применяется в связи:

- 1) с психологическим дискомфортом и травмой десны проволочными конструкциями
- 2) со слабостью временных зубов с резорбцией корней разной степени выраженности
- 3) с особенностями анатомической формой коронки (широчайшей частью коронки является пришеечная область)
- 4) со всеми вышеперечисленными факторами

5. Накостные скрепители у детей:

- 1) удаляются в кратчайшие сроки в связи с ростом кости
- 2) не удаляются
- 3) удаляются при развитии воспалительных процессов в области перелома
- 4) не удаляются, если не причиняют ребенку дискомфорт

**Задача 18.** Пациент К., 31 год. Жалобы: припухлость левой щеки, боль в области припухлости, ограничение открывания рта. Анамнез: около 3 месяцев назад был выполнен остеосинтез нижней челюсти по поводу перелома нижней челюсти в области угла слева, после чего отечность левой щеки и онемение нижней губы, возникшие после травмы полностью не купировались, хотя и уменьшились; около 3 дней назад отек резко увеличился, появилось ограничение открывания рта, лихорадка. Клинически: асимметрия лица за счет

отека мягких тканей левой щеки. Открывание рта ограничено до 2 см. Прикус привычный. По вестибулярной поверхности альвеолярного отростка нижней челюсти в области 38 – 36 зубов определяется инфильтрат, переходная складка сглажена. 38 зуб частично разрушен кариесом, перкуссия слабоболезненна, подвижен 1-2 ст. Рентгенологически: щель перелома в области корня 38 зуба, периапикальных изменений в области 38 зуба нет; мини – пластина с шурупами в проекции отломков, более плотный фрагмент костной ткани в области щели перелома.

1. Клиническая и рентгенологическая картина соответствует диагнозу:

- 1) перелом нижней челюсти в области 38 зуба от (дата), остеосинтез от (дата), обострение хронического посттравматического остеомиелита
- 2) перелом нижней челюсти в области 38 зуба от (дата), остеосинтез от (дата)
- 3) острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба
- 4) перелом нижней челюсти в области 38 зуба от (дата), острый остеомиелит нижней челюсти в области 38 зуба

2. Адекватным объемом экстренной хирургической помощи будет:

- 1) дренирование гнойного очага внутриротовым доступом
- 2) дренирование гнойного очага внутриротовым доступом с удалением 38 зуба
- 3) дренирование гнойного очага внутриротовым доступом с удалением 38 зуба и одномоментной секвестрэктомией
- 4) дренирование гнойного очага внутриротовым доступом с одномоментным удалением 38 зуба, мини – пластины с шурупами и секвестрэктомией

3. Ошибкой в данной клинической ситуации было:

- 1) выполнение остеосинтеза
- 2) не удаление мини – пластины с шурупами через 1,5 месяца после остеосинтеза
- 3) сохранение зуба с разрушенной коронкой в щели перелома
- 4) неверный выбор скрепителя

4. Скрепитель после остеосинтеза может не удаляться, если:

- 1) отсутствуют явления воспаления в области скрепителя
- 2) отсутствует прорезывание конструкции через слизистую полости рта
- 3) у пациента отсутствуют жалобы
- 4) присутствуют все перечисленные условия

5. Зуб из щели перелома может не удаляться, если:

- 1) коронка зуба сохранна и отсутствуют периапикальные изменения в области корня зуба
- 2) отсутствует перелом корня зуба
- 3) может быть обеспечено последующее эндодонтическое лечение
- 4) при соблюдении всех перечисленных условий

**Задача 19.** Больной З., 25 лет. Жалобы: наличие раны в области левой щеки, губы, подбородка, боль в области раны, отечность левой половины лица. Анамнез: сутки назад был укушен собственной собакой (животное антирабическую вакцинацию не проходило), рану не промывал, самостоятельно наложил повязку; на следующий день появилась отечность левой половины лица, зловонный запах из раны, лихорадка; обратился за помощью. Клинически: асимметрия лица за счет отека мягких тканей левой щеки, подглазничной области и века, а также подбородка и тканей подчелюстного пространства слева. В нижней части левой щеки, подбородка, нижней губы слева определяется укушенная рана с дефектом тканей 3х4 см; кровотечение не определяется, дно раны покрыто белесым некротическим налетом, края раны гиперемированы, отечны, пальпация тканей в области раны резко болезненна; из раны исходит зловонный запах.

1. Диагноз:

- 1) нагноившаяся укушенная рана левой щеки
- 2) инфицированная укушенная рана левой щеки
- 3) укушенная рана левой щеки
- 4) дефект мягких тканей левой щеки

2. При поступлении должны быть введены:

- 1) ПСА, ПСС
- 2) антирабическая вакцина
- 3) антибиотики в область раны
- 4) препараты, указанные в пунктах 1 и 2

3. Первичная пластика в данном случае:

- 1) должна быть выполнена при обращении пациента
- 2) после очищения раны
- 3) не должна выполняться
- 4) должна быть выполнена при назначении антибактериальной терапии

4. В момент обращения за помощью должна быть выполнена:

- 1) первичная хирургическая обработка с наложением спирт – фурациллиновой повязки

- 2) ревизия раны, некрэктомия, дренирование гнойных затеков, наложение мазевой повязки
- 3) ревизия раны, некрэктомия, дренирование гнойных затеков, наложение спирт – фурациллиновой повязки
- 4) промывание раны с последующим ушиванием и наложением мазевой повязки

5. После оказания хирургической помощи целесообразно:

- 1) назначение антибактериальной терапии
- 2) назначение антибактериальной и дезинтоксикационной терапии
- 3) назначение дезинтоксикационной терапии
- 4) заместительной терапии

**Задача 20.** Пациент Б., 27 лет. Жалобы: нарушение прикуса, боль в области тела нижней челюсти справа и угла слева, онемение нижней губы. Анамнез: несколько часов назад был избит неизвестными, в момент травмы сознание не терял, тошноты, рвоты не было; сразу после травмы появилось нарушение прикуса, через час – онемение губы, вызвал скорую помощь. Клинически: выраженная отечность мягких тканей нижней трети лица, множественные кровоподтеки лица, открывание рта ограничено до 2-3 см, прикус нарушен, определяется подвижность отломков в области 44-45 и 38 зубов, все зубы присутствуют.

1. Какие действия должен предпринять врач скорой помощи:

- 1) ввести ПСА, ПСС, наложить гипсовую повязку
- 2) ввести анальгетики, наложить подбородочно – теменную повязку
- 3) наложить назубные шины без фиксации прикуса
- 4) выполнить действия, указанные в пунктах 1 и 3

2. Какие действия должен выполнить врач приемного отделения:

- 1) выполнить диагностику, наложить двучелюстные проволочные назубные шины с фиксацией прикуса, назначить антибактериальную терапию, госпитализировать больного
- 2) диагностировать перелом нижней челюсти, госпитализировать больного
- 3) диагностировать перелом нижней челюсти, назначить антибактериальную терапию, госпитализировать больного
- 4) госпитализировать больного для дообследования

3. 44 и 45 зубы могут не удаляться, если:

- 1) коронка зуба сохранна и отсутствуют периапикальные изменения в области корня зуба, отсутствует подвижность
- 2) отсутствует перелом корня зуба

- 3) может быть обеспечено последующее эндодонтическое лечение
- 4) при соблюдении всех перечисленных условий

4. Что будет являться показанием для выполнения остеосинтеза у данного пациента

- 1) сохраняющийся на 3 сутки после шинирования отек мягких тканей
- 2) плохая гигиена полости рта
- 3) сохраняющееся на 3 сутки после шинирования онемение нижней губы
- 4) сохраняющееся на 3 сутки после шинирования смещение отломков

5. Каким способом можно проконтролировать стояние отломков после шинирования:

- 1) рентгенография нижней челюсти в трех проекциях
- 2) рентгенография нижней челюсти в прямой проекции и ортопантомография
- 3) компьютерная томография
- 4) все вышеназванные

#### **Эталоны правильных ответов к ситуационным задачам**

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

- 11: 1-1, 2-2, 3-3, 4-3, 5-1
- 12: 1-4, 2-3, 3-4, 4-2, 5-1
- 13: 1-4, 2-1, 3-4, 4-2, 5-4
- 14: 1-1, 2-2, 3-1, 4-4, 5-4
- 15: 1-3, 2-4, 3-1, 4-3, 5-1
- 16: 1-3, 2-1, 3-4, 4-2, 5-4
- 17: 1-3, 2-2, 3-4, 4-4, 5-1
- 18: 1-1, 2-4, 3-3, 4-4, 5-4
- 19: 1-1, 2-4, 3-3, 4-2, 5-2
- 20: 1-3, 2-1, 3-4, 4-4, 5-4

## ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ К СОСТАВЛЕНИЮ ЭКЗАМЕНАЦИОННЫХ БИЛЕТОВ, ВЫНОСИМЫХ НА ИТОГОВУЮ АТТЕСТАЦИЮ

- Экзамен проводится в форме собеседования комиссии с экзаменуемым и оценивает знания, полученные обучаемым
- 1. Квалификационные требования, предъявляемые к хирургу – стоматологу, сертификация и аттестация.
- 2. Организация работы хирургического стоматологического отделения. Направление больных в стационар, долечивание на постгоспитальном этапе.
- 3. Современные препараты для инъекционной и аппликационной анестезии. Формы выпуска. Высшие разовые дозы
- 4. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание: препараты, техника выполнения.
- 5. Проводниковая анестезия на верхней челюсти: препараты, техника выполнения.
- 6. Проводниковая анестезия на нижней челюсти: препараты, техника выполнения.
- 7. Особенности обезболивания в детском возрасте. Подготовка ребенка к хирургическому вмешательству в полости рта.
- 8. Периодонтит постоянных зубов. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение. Возможность зубосохраняющих операций.
- 9. Периостит челюстей. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение. Возможность зубосохраняющих операций.
- 10. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение. Возможность зубосохраняющих операций.
- 11. Абсцессы и флегмоны дна полости рта. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение. Тактика врача на догоспитальном и постгоспитальном этапах.
- 12. Абсцессы и флегмоны височной, подвисочной и крылонебной ям. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение. Тактика врача на догоспитальном и постгоспитальном этапах.
- 13. Осложнения одонтогенных воспалительных заболеваний. Сепсис, медиастинит, менингит, синус – тромбоз, тромбоз глубоких вен.
- 14. Пародонтит. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение.
- 15. Пародонтоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика лечение.
- 16. Хирургические методы лечения в пародонтологии.
- 17. Травматические повреждения мягких тканей полости рта. Тактика врача на догоспитальном этапе.
- 18. Вывихи зубов. Диагностика, лечение. Шинирование зубов. Показания для эндодонтических вмешательств.
- 19. Переломы зубов. Тактика врача в зависимости от локализации перелома. Возможность зубосохраняющих вмешательств.
- 20. Переломы альвеолярного отростка челюсти. Клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации и тактика врача на догоспитальном этапе.
- 21. Переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации и тактика врача на догоспитальном этапе. Реабилитация после выписки из стационара.
- 22. Переломы верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации и тактика врача на догоспитальном этапе. Реабилитация после выписки из стационара.
- 23. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение. Показания для госпитализации и тактика врача на догоспитальном этапе. Реабилитация после выписки из стационара.
- 24. Клиника туберкулеза, актиномикоза, сифилиса в полости рта. Тактика врача.

25. Гемангиомы и лимфангиомы лица. Классификация, клиника, диагностика, показания для хирургических вмешательств.
26. Факультативный и облигатный предрак челюстно-лицевой области (клиника, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика).
27. Кисты челюстей. Классификация, этиопатогенез, диагностика, виды операций. Зубосохраняющие операции и подготовка к ним.
28. Амелобластомы и остеобластокластомы челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Лейкоплакия слизистой полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
30. Признаки злокачественного роста. Лимфогенное метастазирование. Пути лимфооттока от органов полости рта.
31. Рак в полости рта. Клиника, диагностика, тактика врача на догоспитальном этапе. Гистологическое исследование.
32. Классификация TNM.
33. Общие принципы лечения рака: радикальное, паллиативное, симптоматическое лечение.
34. Комбинированное и комплексное лечение рака. Виды лучевой терапии и химиотерапия.
35. Виды хирургических операций на регионарном лимфатическом аппарате шеи.
36. Саркомы. Клиника, диагностика, лечение.

## СПИСОК РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

### ОСНОВНАЯ:

1. Бутова В.Г., Ананьева Н.Г., Ковальская Н.А. Система организации стоматологической помощи населению России. М.: «Медицинская книга», 2005. – 220 с.
2. Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно – лицевой области. Руководство для врачей. / Под ред. Неробеева А.И. – М.: Медицина, 1997. – 208 с.
3. Грудянов А.И. Заболевания пародонта. – М.: Медицинское Информационное Агентство, 2009. – 336 с.
4. Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. Клиническая стоматология. – М.: Медицинская книга, 2010. – 460 с.
5. Под ред. проф. В.А. Козлова. Стоматология: учебник для медицинских вузов и последипломной подготовки специалистов. – 2-е изд., испр. и доп.. – СПб.: СпецЛит, 2011. – 487 с.
6. Клиническая оперативная челюстно – лицевая хирургия: руководство для врачей / Под ред. проф. Балина В.Н., Александрова Н.М. – СПб: «Специальная литература», 1998. – 592 с.
7. Соловьев М.М., Большаков О.П. Абсцессы, флегмоны головы и шеи. СПб.: «Издательство KN», 1997. – 256 с.
8. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно – лицевой хирургии. Под ред. Безрукова В.М. и Робустовой Т.Г. – М., 2000, Т. 1-2. – 776 и 488 с.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ:

1. Хирургическая стоматология: учебник / Под ред. проф. Афанасьева В.В. М.: «ГЭОТАР-МЕДИА», 2010.– 880 с.
2. Войно-Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.: Медгиз, 1956. – 630 с.
3. Под ред. проф. А.К. Иорданишвили. Заболевания эндодонта, пародонта и слизистой оболочки полости рта. – М.: Мед пресс-информ, 2008
4. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи/АМН СССР. – М.: Медицина, 1983. – 416 с.
5. Стародубов В.И. Управление ЛПУ в современных условиях: 2009 – 2010 гг. Руководство. М.: «Менеджер здравоохранения», 2009. – 416 с.
6. Супиев Т.К. Гнойно– воспалительные заболевания челюстно–лицевой области. М.: «Медпресс», 2001.–160 с.
7. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно – лицевой области и шеи. М.: Медицина, 1985. – 352 с.
8. Швырков М.Б., Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. Неогнестрельные переломы челюстей: Руководство. – М.: Медицина. – 1999. – 336 с.

### БИБЛИОТЕКА КАФЕДРЫ

Имеются собственная библиотека кафедры, включающая методические рекомендации, разработанные сотрудниками кафедры стоматологии детского возраста с курсом челюстно – лицевой хирургии. На руки выдаются методические рекомендации и вспомогательные материалы, имеющиеся в распоряжении кафедры.