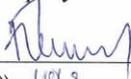


ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Согласовано:
Декан факультета ФПК и ППС


Голубцов В.В.
«23» мая 2019 года

Утверждаю:
Проректор по ЛР и ПО


Крутова В.А.
«23» мая 2019 года



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для специальности	«Челюстно-лицевая хирургия» 31.08.69
Факультет	Факультет повышения квалификации и профессиональной переподготовки врачей
Кафедра	Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Форма обучения - ординатура

Рабочая программа Государственной итоговой аттестации ординаторов для специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» составлена на основании ФГОС ВО по специальности «Челюстно-лицевая хирургия» (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утверждённому приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1097 и учебного плана по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия».

Разработчики рабочей программы:

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии
профессор,
д.м.н.Гайворонская Т.В.



/Гайворонская Т.В./

Доцент кафедры
хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой
хирургии, доцент,
к.м.н.Уварова А.Г.



/Уварова А.Г./

**Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры
хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии**

« 20 » мая 20 19 г., протокол заседания № 9

Заведующая кафедрой
Хирургической
стоматологии и челюстно-
лицевой хирургии,
профессор, д.м.н.



/Гайворонская Т.В./

Рецензент

Зав.кафедрой хирургических болезней
профессор, д.м.н



/Гуменюк С.Е./

Согласовано на заседании методической комиссии ФПК и ППС

Протокол № 13 от «23» 05 2019 года

Председатель методической комиссии ФПК и ППС
Профессор, д.м.н.



/Заболотских И.Б./

Государственная (итоговая) аттестация по программе ординатуры по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» осуществляется посредством проведения экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по челюстно-лицевой хирургии в соответствии с содержанием образовательной программы.

Слушатель допускается к итоговой аттестации после успешного освоения рабочих программ дисциплин (модулей), предусмотренных учебным планом.

Лица, освоившие дополнительную профессиональную образовательную программу ординатуры по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ государственного образца об окончании ординатуры, соответственно освоенной программе и сертификат специалиста.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ЦЕЛЬ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ: выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-специалиста по челюстно-лицевой хирургии, а также приобретение профессиональных знаний и компетенций врача-общей практики, необходимых для профессиональной деятельности в рамках квалификационных требований.

ЗАДАЧИ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

Оценить уровень подготовки по следующим видам профессиональной деятельности:

1. профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

2. диагностическая деятельность:

- диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;
- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение медицинской экспертизы;

3. лечебная деятельность:

- оказание специализированной медицинской помощи;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

4. реабилитационная деятельность:

- проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

5. психолого-педагогическая деятельность:

- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

6. организационно-управленческая деятельность:

- применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
- создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
- соблюдение основных требований информационной безопасности.

2. РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Таблица 1 – приобретенные компетенции

Код и содержание компетенции	Результаты обучения
Универсальные компетенции (УК) УК1-УК3	-готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1); -готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК -2); -готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК -3).
Профессиональные компетенции в области деятельности (ПК) ПК1-ПК12	-готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК -1); -готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2); -готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

	<p>(ПК-3); -готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4); -готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5); -готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины) (ПК- 6); -готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7); готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8); -готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9); -готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10); -готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11); -готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК- 12).</p>
--	---

3. ВИДЫ И ОБЪЕМ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Трудоемкость итоговой государственной аттестации – 108 академических часов (33Е).

4. СОДЕРЖАНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация осуществляется в три этапа:

1. этап – проверка освоения практических умений;
2. этап – проверка уровня теоретической подготовленности путем тестового экзамена на компьютерной основе;
3. этап – оценка теоретических и практических знаний и умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе устного собеседования по билетам.

Перед государственным экзаменом

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Фонд оценочных средств включает:

1. тесты для компьютерного тестирования;
2. вопросы к экзамену;

3. билеты к экзамену;
4. ситуационные задачи.

Примеры тестовых заданий:

Таблица .Перечень заданий по дисциплине

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ вопроса задания/ вариантов ответа
Ф	A/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	A/02.7	Назначение, контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения
Ф	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
Ф	A/05.7	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
Ф	A/06.7	Организационно-управленческая деятельность
В	001	НАРКОЗ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЙ ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ И ТРАВМАТИЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ
О	А	эндотрахеальный
О	Б	масочный
О	В	внутривенный
О	Г	электронаркоз
В	002	ПРИЗНАКОМ НАСТУПЛЕНИЯ НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	психоэмоциональная индифферентность
О	Б	нейровегетативное торможение
О	В	двигательное возбуждение
О	Г	релаксация

В	003	АТАРАЛГЕЗИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	разновидность нейролептаналгезии
О	Б	самостоятельный способ обезболивания
О	В	способ проведения ингаляционного наркоза
О	Г	способ проведения неингаляционного наркоза
В	004	НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ НЕРВ ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ ОТВЕРСТИЕ
О	А	овальное
О	Б	остистое
О	В	круглое
О	Г	сонное
В	005	ДВИГАТЕЛЬНОЙ ВЕТВЬЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	n. masseter
О	Б	n. auriculotemporalis
О	В	n. temporalis anterior profundus
О	Г	n. temporalis medialis profundus
В	006	ПРИ АНЕСТЕЗИИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО НЕРВА У ОВАЛЬНОГО ОТВЕРСТИЯ ПО ВАЙСБЛАТУ ПОСЛЕ ДОСТИЖЕНИЯ НАРУЖНОЙ ПЛАСТИНКИ КРЫЛОВИДНОГО ОТРОСТКА НЕОБХОДИМО РАЗВЕРНУТЬ ИГЛУ НА 1 СМ
О	А	кзади
О	Б	книзу
О	В	кверху
О	Г	кпереди

В	007	ВО ВРЕМЯ КОЛЛАПСА КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ
О	А	влажные, бледные
О	Б	сухие, бледные
О	В	сухие, гиперемированные
О	Г	влажные, гиперемированные
В	008	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	перелом коронки или корня удаляемого зуба
О	Б	гайморит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит
В	009	ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА
О	А	кровотечение
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	артрит височно-нижнечелюстного сустава
В	010	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ 3 –ГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отлом бугра верхней челюсти
О	Б	паротит
О	В	невралгия тройничного нерва
О	Г	анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
В	011	ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ

		3-ГО МОЛЯРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	синусит
О	В	периостит
О	Г	альвеолит
В	012	К ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЯМ МЕСТНОГО ХАРАКТЕРА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ОТНОСЯТ
О	А	остеомиелит
О	Б	невралгию
О	В	анурез
О	Г	миозит
В	013	МЕДИАЛЬНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	край грушевидного отверстия
О	Б	скулочелюстной шов
О	В	нижний край глазницы
О	Г	альвеолярный отросток верхней челюсти
В	014	ВЕРХНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подвисочный гребень основной кости
О	Б	шиловидный отросток
О	В	бугор верхней челюсти
О	Г	щечно-глоточная фасция
В	015	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	бугор верхней челюсти
О	Б	шиловидный отросток
О	В	щечно-глочочная фасция
О	Г	подвисочный гребень основной кости
В	016	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	скуловая дуга
О	Б	височная линия
О	В	чешуя височной кости
О	Г	лобный отросток скуловой кости
В	017	ЗАДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	передний край m. masseter
О	В	нижний край скуловой дуги
О	Г	нижний край тела нижней челюсти
В	018	ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	задний край ветви нижней челюсти
О	Б	шиловидный отросток
О	В	сосцевидный отросток
О	Г	околоушно-жевательная фасция
В	019	ВНУТРЕННЕЙ ЗАДНЕЙ И НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

О	Б	щечно-глоточный шов
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
В	020	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	боковая стенка глотки
О	Б	межкрыловидная фасция
О	В	подчелюстная слюнная железа
О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	021	НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подчелюстная слюнная железа
О	Б	боковая стенка глотки
О	В	межкрыловидная фасция
О	Г	медиальная крыловидная мышца
В	022	НАРУЖНОЙ ГРАНИЦЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	внутренняя поверхность тела нижней челюсти
О	Б	челюстно-подъязычная мышца
О	В	заднее брюшко m. digastricus
О	Г	переднее брюшко m. digastricus
В	023	ВНУТРЕННЕЙ ГРАНИЦЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	основание языка
О	Б	заднее брюшко m. digastricus

О	В	кожа поднижнечелюстных областей
О	Г	слизистая оболочка дна полости рта
В	024	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	дна полости рта
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	025	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	окологлоточного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	026	ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
О	А	крыловидно-челюстного пространства
О	Б	височной
О	В	скуловой
О	Г	щечной области
В	027	РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
О	А	потеря зрения
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	выворот век
О	Г	ксеростомия

В	028	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	флебит угловой вены
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	медиастенит
В	029	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тромбоз синусов головного мозга
О	Б	паротит
О	В	медиастенит
О	Г	парез лицевого нерва
В	030	СЕРЬЕЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН НИЖНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	медиастенит
О	Б	паротит
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	гематома мягких тканей
В	031	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки

О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	032	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в крыловидно-челюстном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце
В	033	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
О	Б	в щечной области
О	В	в подвисочной ямке
О	Г	в жевательной мышце
В	034	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	035	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевую артерию
О	Б	язык
О	В	скуловую кость

О	Г	щитовидную железу
В	036	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	поднижнечелюстную слюнную железу
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	nervus facialis
В	037	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	038	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной областях
О	Б	тризм
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечных областей
В	039	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство

О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	040	ФЛЕГМОНУ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	041	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти отступя на 1,5 см книзу
О	Б	в подбородочной области
О	В	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
В	042	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отек и гиперемия тканей дна полости рта
О	Б	тризм
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
В	043	АБСЦЕСС ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с абсцессом крыловидно-челюстного пространства

О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	044	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
О	Б	окаймляющем угол нижней челюсти
О	В	в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
О	Г	слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке
В	045	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычный нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	046	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОГО ЖЕЛОБКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычную артерию
О	Б	язык
О	В	лицевую артерию
О	Г	околоушную слюнную железу
В	047	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	боль и ограничение открывания рта
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	048	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	049	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки
О	Б	диплопия
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	инфильтрат челюстно-язычного желобка
В	050	ФЛЕГМОНУ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с паратонзиллярным абсцессом
О	Б	с карбункулом нижней губы
О	В	с флегмоной щечной области
О	Г	с флегмоной височной области
В	051	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ

		В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющем угол нижней челюсти
О	Б	в подбородочной области
О	В	слизистой оболочке по крыло-челюстной складке
О	Г	параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
В	052	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	в поднижнечелюстной области
О	Б	предушным доступом
О	В	в подбородочной области
О	Г	по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
В	053	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВНУТРИРОТОВЫМ ДОСТУПОМ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	нижнелуночковый нерв
О	Б	язычный нерв
О	В	скуловую кость
О	Г	диафрагмальный нерв
В	054	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-ЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в средостение
О	Б	в субдуральное пространство
О	В	в околоушную слюнную железу
О	Г	в венозные синусы головного мозга

В	055	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение открывания рта
О	Б	отек верхнего века
О	В	отек крыло-челюстной складки
О	Г	отек и гиперемия щечной области
В	056	ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с флегмоной щечной области
О	Б	с ангиной Людвига
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной височной области
В	057	ПЕРВИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГНОЙНОГО ОЧАГА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО БЫВАЕТ АБСЦЕСС
О	А	в височной области
О	Б	в клыковой ямке
О	В	в верхнечелюстной пазухе
О	Г	в подподбородочной области
В	058	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	краевую ветвь n. facialis
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу

О	Г	подъязычную слюнную железу
В	059	ОПЕРАТИВНЫЙ ДОСТУП ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В РАЗРЕЗЕ
О	А	окаймляющий угол нижней челюсти
О	Б	по губощечной складке
О	В	в подбородочной области
О	Г	слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
В	060	ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в подвисочную ямку
О	Б	в лобный синус
О	В	в клыковую ямку
О	Г	в позадичелюстную область
В	061	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	крыло-небное венозное сплетение
О	Б	лицевую артерию
О	В	щитовидную железу
О	Г	крыло-челюстной нерв
В	062	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	затрудненное открывание рта
О	Б	отек губо-щечной складки

О	В	отек и гиперемия щечной области
О	Г	гиперемия кожи в области нижней губы
В	063	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в болевом синдроме
О	Б	в судорожной готовности
О	В	в респираторном синдроме
О	Г	в почечной недостаточности
В	064	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	065	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в венозные синусы головного мозга
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	066	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА КРЫЛО-НЕБНОЙ ЯМКИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в ретробульбарную клетчатку
О	Б	в лобные синусы

О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	067	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение
О	Б	в лобные синусы
О	В	в переднее средостение
О	Г	в полость внутреннего уха
В	068	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
О	Б	отек крыло-челюстной складки
О	В	отек и гиперемия щечных областей
О	Г	гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
В	069	ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	лицевой нерв
О	Б	язык
О	В	скуловую кость
О	Г	лицевую артерию
В	070	ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	затрудненное дыхание
О	Б	затрудненное открывание рта

О	В	асимметрия лица
О	Г	отек крыло-челюстной складки
В	071	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	язычную артерию
О	Б	скуловую кость
О	В	лицевую артерию
О	Г	щитовидную железу
В	072	ФЛЕГМОНУ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с подмассетериальным абсцессом
О	Б	с тризмом
О	В	с карбункулом нижней губы
О	Г	с флегмоной дна полости рта
В	073	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ ФЛЕГМОНЫ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	на передне-боковую поверхность шеи
О	Б	в ткани дна полости рта
О	В	в субдуральное пространство
О	Г	в крыло-небное венозное сплетение
В	074	ПРИ НЕБЛАГОПРИЯТНОМ ТЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ИНФЕКЦИЯ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ
О	А	в заднее средостение

О	Б	в щечную область
О	В	в ткани дна полости рта
О	Г	в крыло-небную ямку
В	075	ВЫПОЛНЯЯ ВНУТРИРОТОВОЙ РАЗРЕЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
О	А	околоушную слюнную железу
О	Б	скуловую кость
О	В	язычную артерию
О	Г	щитовидную железу
В	076	ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ АНГИНЕ ЛЮДВИГА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
О	Б	лучистые грибы, стафилококки
О	В	стафилококки, стрептококки
О	Г	туберкулезные микобактерии
В	077	ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым остеомиелитом
О	Б	с острым сиалодохитом
О	В	с переломом зуба
О	Г	с тризмом
В	078	МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
О	Б	подвижность всех зубов на челюсти

О	В	воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
О	Г	воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
В	079	ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
О	Б	в удалении причинного зуба
О	В	в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
О	Г	в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
В	080	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	контрактура
О	Б	диплопия
О	В	ксеростомия
О	Г	паралич лицевого нерва
В	081	ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	неудовлетворительная иммобилизация отломков
О	Б	возраст больного
О	В	острый лимфаденит
О	Г	травма плохо изготовленным протезом
В	082	МЕТОДОМ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	физиотерапия
О	Б	временная иммобилизация отломков
О	В	отсроченная иммобилизация отломков
О	Г	ранняя и надежная иммобилизация отломков
В	083	ДЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРЕЛОМА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ АППАРАТ ВНЕОЧАГОВОГО ОСТЕОСИНТЕЗА
О	А	компрессионно-дистракционный
О	Б	бимаксиллярные
О	В	Елизарова
О	Г	мостовидный протез
В	084	СЕКВЕСТРЭКТОМИЯ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОКАЗАНА В ПЕРИОД
О	А	после антибактериальной терапии
О	Б	сформировавшегося секвестра
О	В	формирования секвестра
О	Г	после физиолечения
В	085	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
О	А	дефект челюсти
О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	086	МЕСТНЫМ ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ

О	А	деформация челюсти
О	Б	сепсис
О	В	перикоронит
О	Г	ксеростомия
В	087	ПРИЗНАКОМ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	выделение из лунки пенистой крови
О	Б	носовое кровотечение
О	В	кровотечение из лунки
О	Г	перелом альвеолярного отростка
В	088	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И НАЛИЧИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	укрыть лунку йодоформным тампоном
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	089	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком

В	090	ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА И ОТСУТСТВИИ В НЕЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ НЕОБХОДИМО
О	А	закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
О	Б	провести гайморотомию
О	В	динамическое наблюдение
О	Г	промыть пазуху антисептиком
В	091	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	носовое кровотечение
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis
В	092	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ И ПЛАСТИКИ СВИЩЕВОГО ХОДА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	расхождение швов
О	Б	тризм
О	В	деформация скуловой области
О	Г	парез краевой ветви n. facialis
В	093	ЗАТРУДНЕННОМУ ПРОРЕЗЫВАНИЮ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА (ЗУБА МУДРОСТИ) СПОСОБСТВУЕТ
О	А	аномальное положение
О	Б	микростома
О	В	недоразвитие челюстей
О	Г	сужение нижней челюсти

В	094	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сужение нижней челюсти
О	Б	невралгия
О	В	микростома
О	Г	ксеростомия
В	095	МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	тризм
О	Б	невралгия
О	В	микростома
О	Г	ксеростомия
В	096	ПРИ ПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	удаление зуба
О	Б	секвестрэктомия
О	В	иссечение капюшона
О	Г	аппликации лидокаина
В	097	ПРИ НЕПРАВИЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА И ПЕРИКРОНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	иссечение капюшона
О	Б	удаление зуба
О	В	секвестрэктомия
О	Г	аппликации лидокаина

В	098	НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	перелом нижней челюсти
О	Б	остеомиелит нижней челюсти
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	тризм
В	099	ОТДАЛЕННЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	остеомиелит лунки
О	Б	диплопия
О	В	парез лицевого нерва
О	Г	перелом нижней челюсти
В	100	АКТИНОМИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	специфическим воспалительным заболеванием
О	Б	пороком развития
О	В	дистрофическим процессом
О	Г	опухолеподобным процессом
В	101	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АКТИНОМИКОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
О	Б	в гиперемии кожи
О	В	во множестве свищей на не измененной коже
О	Г	в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими

		границами
В	102	ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	актинолизат
О	Б	интерферон
О	В	стафилококковый анатоксин
О	Г	противокоревой гаммаглобулин
В	103	КОЛИЧЕСТВО ИНЪЕКЦИЙ АКТИНОЛИЗАТА НА ОДИН КУРС ЛЕЧЕНИЯ
О	А	25
О	Б	15
О	В	12
О	Г	5
В	104	ФУРУНКУЛ - ЭТО
О	А	острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	специфическое поражение придатков кожи
О	Г	острое гнойное воспаление потовой железы
В	105	КАРБУНКУЛ - ЭТО
О	А	разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
О	Б	острое гнойное воспаление клетчатки
О	В	острое гнойное воспаление потовых желез
О	Г	специфическое поражение придатков кожи

В	106	СПОСОБСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛЕЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
О	А	сахарный диабет
О	Б	эндартериит
О	В	гипертоническая болезнь
О	Г	психические заболевания
В	107	ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	сепсис
О	Б	гайморит
О	В	диплопия
О	Г	рожистое воспаление
В	108	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ МЕСТНЫХ И ОБЩИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в крестообразном рассечении, дренировании очага воспаления
О	Б	в иссечении фурункула
О	В	в дренировании очага воспаления
О	Г	в криохирургическом воздействии
В	109	ОСНОВНЫМ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хроническая травма слизистой оболочки
О	Б	гиперсаливация
О	В	частичная адентия

О	Г	массивные зубные отложения
В	110	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ
О	А	ранних симптомов
О	Б	препаратов для лечения
О	В	профессиональных вредностей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии
В	111	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
О	А	поздних симптомов злокачественных новообразований
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	допустимых доз лучевой терапии
О	Г	препаратов для лечения злокачественных новообразований
В	112	ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЕННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
О	А	специальных методов обследования, ранней диагностики
О	Б	профессиональных вредностей
О	В	препаратов для лечения опухолей
О	Г	допустимых доз лучевой терапии
В	113	СТАДИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОГО НОВООБРАЗОВАНИЯ УСТАНОВЛИВАЮТ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ
О	А	размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
О	Б	жалоб больного

О	В	размеров опухоли
О	Г	размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
В	114	К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
О	А	криодеструкция
О	Б	химиотерапию
О	В	лучевую терапию
О	Г	комбинированное лечение
В	115	РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОПУХОЛИ, ЕЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НАИБОЛЕЕ ТОЧНО ОЦЕНИВАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ
О	А	Т N M
О	Б	клиническая
О	В	пятибальная
О	Г	онкологического центра
В	116	СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ СВИЩИ ШЕИ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	врожденными
О	Б	одонтогенными
О	В	травматическими
О	Г	онкологическими
В	117	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
О	А	в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus
О	Б	по средней линии шеи

О	В	в подподбородочной области
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	118	СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
О	А	над щитовидным хрящем
О	Б	по средней линии шеи
О	В	в области яремной вырезки
О	Г	в поднижнечелюстной области
В	119	ВНУТРЕННЕЕ ОТВЕРСТИЕ БОКОВОГО СВИЩА ШЕИ ОТКРЫВАЕТСЯ
О	А	в области верхнего полюса миндалины
О	Б	в носоглотке
О	В	в щечной области
О	Г	в подъязычной области
В	120	ПУНКТАТ ВРОЖДЕННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
О	А	прозрачной опалесцирующей жидкости
О	Б	гноя
О	В	лимфы
О	Г	крови
В	121	ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ
О	А	участок подъязычной кости
О	Б	щитовидный хрящ
О	В	небную миндалину

О	Г	подчелюстную слюнную железу
В	122	БОКОВАЯ КИСТА ШЕИ РАСПОЛАГАЕТСЯ НАД
О	А	бифуркацией общей сонной артерии
О	Б	щитовидной артерией
О	В	лицевой артерией и веной
О	Г	подключичной артерией и веной
В	123	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ УДАЛЕНИЯ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	повреждение крупных сосудов шеи
О	Б	парез лицевого нерва
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	травма околоушной слюнной железы
В	124	НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ СРЕДИННЫХ СВИЩЕЙ ШЕИ (РЕЖЕ КИСТ) ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	стеноз верхних дыхательных путей
О	Б	травма околоушной слюнной железы
О	В	перелом подъязычной кости
О	Г	парез лицевого нерва
В	125	В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ РАЗВИТИЯ ЭМАЛЕВОГО ОРГАНА В ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЯХ ОБРАЗУЕТСЯ КИСТА
О	А	фолликулярная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	назоальвеолярная

В	126	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ КИСТЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	безболезненная деформация в виде вздутия
О	Б	боль
О	В	симптом Венсана
О	Г	нарушение глотания
В	127	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
О	А	с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
О	Б	в виде нескольких полостей с четкими контурами
О	В	с нечеткими границами в области образования
О	Г	в виде «тающего сахара»
В	128	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с амелобластомой
О	Б	с одонтомой
О	В	с цементомой
О	Г	с твердой одонтомой
В	129	ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с цементомой
О	В	с одонтомой
О	Г	с твердой одонтомой

В	130	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистэктомия
О	Б	криодеструкция
О	В	склерозирование
О	Г	частичная резекция челюсти
В	131	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	цистотомия
О	Б	цистэктомия
О	В	криодеструкция
О	Г	частичная резекция челюсти
В	132	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	одиночная киста с одним корнем в полости
О	Б	прорастание кисты в полость носа
О	В	прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
О	Г	большие размеры (более 3 зубов в полости)
В	133	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху
О	Б	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших полость носа

В	134	ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
О	А	прорастающих в верхнечелюстную пазуху, в полости которой находится несколько интактных зубов
О	Б	оттеснивших полость носа
О	В	нижней челюсти больших размеров
О	Г	оттеснивших верхнечелюстную пазуху
В	135	ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
О	А	всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
О	Б	«причинного» зуба
О	В	всех зубов челюсти
О	Г	зубов-антагонистов
В	136	ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ КАНАЛА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ
О	А	фосфат-цемент
О	Б	эвгенол-тимоловую пасту
О	В	амальгаму
О	Г	симедент
В	137	ПРИЧИНОЙ РЕЦИДИВА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	раннее закрытие трепанационного отверстия
О	Б	гематома
О	В	длительность существования кисты

О	Г	послеоперационное воспаление раны
В	138	ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
О	А	разрушает костное дно полости носа
О	Б	прорастает поднадкостнично
О	В	оттесняет верхнечелюстную пазуху
О	Г	располагается в области премоляров
В	139	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	шаровидно-верхнечелюстная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная
В	140	НЕОДОНТОГЕННОЕ ПРОИСХОЖДЕНИЕ ИМЕЕТ КИСТА
О	А	носо-губная
О	Б	кератокиста
О	В	радикулярная
О	Г	фолликулярная
В	141	ФИБРОМАТОЗ ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
О	А	переходной складки с вестибулярной стороны
О	Б	щек
О	В	верхней губы
О	Г	дна полости рта

В	142	ПРЕДРАКИ - ЭТО
О	А	дистрофические, нестойкие пролифераты, не ставшие опухолью
О	Б	изъязвляющиеся воспалительные инфильтраты
О	В	доброкачественные новообразования с явлениями воспаления
О	Г	острые язвенно-некротические процессы мягких тканей лица
В	143	ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	хроническая травма слизистой оболочки полости рта
О	Б	вторичная адентия
О	В	острые воспалительные процессы мягких тканей лица
О	Г	острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
В	144	ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРЕДРАКА ХАРАКТЕРНО ОТСУТСТВИЕ
О	А	инвазии в подэпителиальные ткани
О	Б	гиперкератоза
О	В	гиперхроматоза ядер
О	Г	атипического ороговения
В	145	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ОТНОСЯТСЯ
О	А	эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз,

		хейлит Манганотти
В	146	К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ОТНОСЯТСЯ
О	А	бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
О	Б	рожистое воспаление
О	В	термический и химические ожоги
О	Г	болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
В	147	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ БОУЭНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
О	А	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
О	Б	2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
О	В	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
О	Г	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
В	148	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА БОРОДАВЧАТОГО ПРЕДРАКА КРАСНОЙ КАЙМЫ ГУБ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ
О	А	болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
О	Б	ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
О	В	атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географический» рисунок
О	Г	эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей

В	149	ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ГРАНУЛЕМА - ЭТО
О	А	опухолеподобное образование
О	Б	костная опухоль
О	В	мягкотканная опухоль
О	Г	истинная одонтогенная опухоль
В	150	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	151	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АНГИОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны, красного цвета
О	Б	ограниченным участком ороговения десны
О	В	плотным безболезненным образованием на широком основании
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	152	АМЕЛОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	доброкачественных одонтогенных опухолей
О	Б	злокачественных одонтогенных опухолей
О	В	опухолеподобных образований
О	Г	воспалительных заболеваний

В	153	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	болезненным дефектом костной ткани челюсти
О	В	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	154	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией кости в виде множественных очагов
О	Б	костными изменениями типа «тающего сахара»
О	В	костными изменениями типа «матового стекла»
О	Г	резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
В	155	АМЕЛОБЛАСТОМУ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с радикулярной кистой
О	Б	с хондромой
О	В	с одонтомой
О	Г	с цементомой
В	156	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЯГКАЯ ОДОНТОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ
О	А	нижних премоляров
О	Б	нижних моляров
О	В	верхних моляров
О	Г	резцов нижней челюсти

В	157	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА МЯГКОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
О	Б	рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
О	В	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
О	Г	плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	158	ОСОБЕННОСТЬЮ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ СПОСОБНОСТЬ
О	А	к псевдоинвазивному росту
О	Б	к инвазивному росту
О	В	к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
О	Г	к метастазированию в регионарные лимфоузлы
В	159	ОДОНТОМА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	пороков развития зубных тканей
О	Б	воспалительных заболеваний
О	В	опухолеподобных образований
О	Г	злокачественных одонтогенных опухолей
В	160	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ СЛОЖНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат
О	Б	отдельными зубоподобными структурами
О	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
О	Г	разной степени, минерализованной цементоподобной тканью

В	161	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	бессимптомным течением
О	Б	свищами на коже
О	В	контрактурой челюстей
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	162	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЛОЖНОЙ И СОСТАВНОЙ ОДОНТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	ограниченной гомогенной тенью плотности коронки зуба
О	Б	отсутствием костных изменений в области одонтомы
О	В	резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти
О	Г	очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
В	163	ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ
О	А	истинных опухолей
О	Б	опухолеподобных образований
О	В	пороков развития зубных тканей
О	Г	злокачественных одонтогенных опухолей
В	164	ГИСТОЛОГИЧЕСКОЕ СТРОЕНИЕ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и гигантских клеток
О	Б	отдельными зубоподобными структурами
О	В	пролиферирующим одонтогенным эпителием
О	Г	тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием

В	165	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	ячеистой, кистозной, литической
О	Б	полиморфной, мономорфной
О	В	субпериостальной, периапикальной
О	Г	пролиферативной, костеобразующей
В	166	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зубов в этой области
О	Б	рубцовой контрактурой
О	В	бессимптомным течением
О	Г	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
В	167	СИНОНИМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ
О	А	остеокластома
О	Б	цилиндрома
О	В	остеолизома
О	Г	остеосаркома
В	168	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	Б	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов

О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	169	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЯЧЕИСТОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	В	разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	170	ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ЛИТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
О	А	разрушение кортикального слоя, бесструктурный очаг разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
О	Б	очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
О	В	наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	171	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	зудом и кровоточивостью десен, подвижностью интактных зубов, атрофией десен, обнажением корней зубов
О	Б	язвенным гингивитом, стоматитом
О	В	периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
О	Г	плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
В	172	СРЕДИ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

		РАЗЛИЧАЮТ
О	А	очаговую, диффузную, генерализованную
О	Б	ячеистую, кистозную, литическую
О	В	язвенную, язвенно-некротическую
О	Г	продуктивную, деструктивную
В	173	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	блок-резекция челюсти
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	декомпрессионная цистотомия
В	174	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДИФFUЗНОЙ ФОРМЫ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	хирургическое и лучевая терапия
О	Б	химиотерапия
О	В	выскабливание опухоли
О	Г	блок-резекция челюсти
В	175	БОЛИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ГЕАНГИОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ТИПА
О	А	гломус-ангиомы
О	Б	кавернозной
О	В	капиллярной
О	Г	артериальной
В	176	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АРТЕРИАЛЬНОЙ

		ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пульсация
О	Б	наличие флеболитов
О	В	боль при пальпации
О	Г	болезненный инфильтрат
В	177	ОСНОВНЫМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	криодеструкция, лазерокоагуляция
О	Б	прошивание
О	В	электрорезекция
О	Г	лучевое воздействие
В	178	КЛИНИЧЕСКИ ЛИМФАНГИОМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЯМИ
О	А	капиллярной, кавернозной, кистозной
О	Б	ячеистой, кистозной, литической
О	В	полиморфной, мономорфной, пролиферативной
О	Г	субпериостальной, периапикальной, костеобразующей
В	179	ОСНОВНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ее воспаление
О	Б	пульсация
О	В	наличие флеболитов
О	Г	боль при пальпации
В	180	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЛИМФАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	иссечение
О	Б	прошивание
О	В	лучевое воздействие
О	Г	склерозирующая терапия
В	181	НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	при паратиреоидной остеодистрофии
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при фиброзной дисплазии
В	182	ПИГМЕНТАЦИЯ КОЖИ, ДЕФОРМАЦИЯ КОСТЕЙ ЛИЦА, РАННЕЕ ПОЛОВОЕ СОЗРЕВАНИЕ ХАРАКТЕРНО
О	А	при синдроме Олбрайта
О	Б	при переломе челюсти
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	183	СИММЕТРИЧНОЕ УТОЛЩЕНИЕ УГЛОВ И ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО
О	А	при херувизме
О	Б	при синдроме Олбрайта
О	В	при фиброзной дисплазии
О	Г	при паратиреоидной дистрофии
В	184	ДЕФОРМАЦИЯ ОДНОЙ КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ХАРАКТЕРНА
О	А	при фиброзной дисплазии

О	Б	при паратиреоидной дистрофии
О	В	при синдроме Олбрайта
О	Г	при херувизме
В	185	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	полиоссальным поражением костей лица
В	186	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ СИНДРОМЕ ОЛБРАЙТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	полиоссальным поражением костей лица
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	187	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Б	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей

		нижней челюсти
О	Г	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
В	188	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПАРАТИРЕОИДНОЙ ОСТЕОДИСТРОФИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Б	полиоссальным поражением костей лица
О	В	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	189	СИМПТОМАМИ САРКОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм
О	Б	парез ветвей лицевого нерва
О	В	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	Г	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
В	190	РАННИМИ СИМПТОМАМИ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ САРКОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	деформация челюсти, подвижность зубов
О	Б	сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
О	В	гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
О	Г	парез ветвей лицевого нерва
В	191	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Б	множественными остеолитическими очагами в области углов и ветвей нижней челюсти
О	В	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
В	192	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ САРКОМЕ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
О	Г	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной «матового стекла»
В	193	РАЗЛИЧАЮТ ФОРМЫ РОСТА РАКА ЯЗЫКА
О	А	подслизисто-инфильтративную
О	Б	дискоидную
О	В	актиническую
О	Г	мультицентрическую
В	194	НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ МОРФОЛОГИЧЕСКИМИ ФОРМАМИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	плоскоклеточная

О	Б	сосудистая
О	В	межмышечная
О	Г	цилиндрическая
В	195	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭКЗОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	разрастание слизистой оболочки
О	Б	некроз слизистой оболочки
О	В	подслизистый инфильтрат
О	Г	гиперкератоз
В	196	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ЭНДОФИТНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	трещина, язва
О	Б	гиперкератоз
О	В	гумма
О	Г	подслизистый инфильтрат
В	197	ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕМЕНТОМ ПОДСЛИЗИСТО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	подслизистый инфильтрат
О	Б	гумма
О	В	гиперкератоз
О	Г	трещина, язва
В	198	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	199	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
В	200	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	201	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА ЯЗЫКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя, односторонние метастазы
О	Г	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
В	202	ПРИ МЕТАСТАЗАХ РАКА ЯЗЫКА В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ
О	А	фузлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи
О	Б	Редона
О	В	Венсана
О	Г	Колдуэлл-Люка
В	203	ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
О	Б	воспалительный инфильтрат
О	В	язва без инфильтрации краев
О	Г	эрозия без инфильтрации краев
В	204	ДЛЯ ОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	медленное развитие, позднее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	В	быстрое развитие, позднее метастазирование

О	Г	медленное развитие, раннее метастазирование
В	205	ДЛЯ НЕОРОГОВЕВАЮЩЕЙ ФОРМЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРНО
О	А	быстрое развитие, раннее метастазирование
О	Б	быстрое развитие, позднее метастазирование
О	В	медленное развитие, раннее метастазирование
О	Г	медленное развитие, позднее метастазирование
В	206	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА I СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Б	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
В	207	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА II СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
О	Б	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	В	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Г	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы

В	208	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА III СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	209	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА IV СТАДИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	язвой, распространяющейся на соседние органы, множественные регионарные и отдаленные метастазы
О	Б	язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования, множественные метастазы
О	В	первичным очагом до 1 см, распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
О	Г	язвой до 2 см, распространяющейся до мышечного слоя, одиночные метастазы
В	210	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации

		нижнеглазничного нерва
В	211	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА НИЖНЕПЕРЕДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	212	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО ВНУТРЕННЕГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока
О	Б	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	В	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	Г	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
В	213	КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ВЕРХНЕЗАДНЕГО НАРУЖНОГО СЕГМЕНТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ПО ОНГРЕНУ) ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	экзофтальм, диплопия, сужение глазной щели, боль в зоне иннервации нижнеглазничного нерва
О	Б	онемение и подвижность области премоляров и клыка
О	В	подвижность моляров, ограничение открывания рта
О	Г	парестезия зоны 2-й ветви тройничного нерва, экзофтальм, смещение глазного яблока

В	214	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА РАННИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	периостальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости
О	Г	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
В	215	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАКА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	нарушением прозрачности пазухи, разрушение костных границ
О	Б	мягкотканной тенью в виде купола
О	В	нарушением прозрачности пазухи без изменения костных границ
О	Г	периостальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости
В	216	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВТОРИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара»
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения, картиной «матового стекла»
О	Г	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
В	217	ОПУХОЛЬ, ПРИ ОЗЛОКАЧЕСТВЛЕНИИ КОТОРОЙ РАЗВИВАЕТСЯ РАК НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

О	А	амелобластома
О	Б	миксома
О	В	хондрома
О	Г	одонтома
В	218	ПЕРИОСТАЛЬНАЯ РЕАКЦИЯ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	отсутствует
О	Б	«козырек»
О	В	«спикулы»
О	Г	«луковичные наслоения»
В	219	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	фронтальный и боковой отделы
О	Б	тело
О	В	угол
О	Г	ветвь
В	220	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРВИЧНОГО РАКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	деструкцией костной ткани с нечеткими контурами и сохранением кортикальной пластинки
О	Б	истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
О	В	разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым «ватным» рисунком, преобладанием костеобразования
О	Г	деструкцией костной ткани без четких границ по типу «тающего сахара», разволокнением кортикального слоя

В	221	РАК ЗАДНЕГО ОТДЕЛА ДНА ПОЛОСТИ РТА НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Б	в шейные лимфоузлы
О	В	в подбородочные лимфоузлы
О	Г	в заглочные и шейные лимфоузлы
В	222	РАК ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в шейные лимфоузлы
О	Б	в глубокие шейные лимфоузлы
О	В	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	Г	в легкие и кости гематогенным путем
В	223	АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РАННИХ СТАДИЯХ МЕТАСТАЗИРУЕТ
О	А	в легкие и кости гематогенным путем
О	Б	в заглочные и шейные лимфоузлы
О	В	в глубокие шейные лимфоузлы
О	Г	в шейные лимфоузлы
В	224	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ
О	А	околоушные
О	Б	малые
О	В	подъязычные
О	Г	поднижнечелюстные

В	225	ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ
О	А	строма
О	Б	паренхима
О	В	Вартонов проток
О	Г	Стенонов проток
В	226	ОБЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ
О	А	орхит, панкреатит, менингит
О	Б	гастрит, цистит
О	В	остеомиелит, невралгия
О	Г	дуоденит, илеит, проктит
В	227	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИАЛОДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, увеличением железы, гипосаливацией
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	228	СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ
О	А	пилокарпин
О	Б	атропин
О	В	хлоргексидин
О	Г	йодистый калий
В	229	К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ

О	А	паренхиматозный сиалоаденит
О	Б	болезнь Шегрена
О	В	болезнь Микулича
О	Г	эпидемический паротит
В	230	ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	образованием мелких гнойных полостей
О	Б	расплавлением стромы
О	В	тотальным отеком паренхимы
О	Г	разрастанием межзачаточной соединительной ткани
В	231	ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	разрастанием межзачаточной соединительной ткани
О	Б	тотальным отеком паренхимы
О	В	расплавлением стромы
О	Г	образованием мелких гнойных полостей
В	232	ПРИ СИАЛОДОХИТАХ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
О	А	стромы железы
О	Б	паренхимы железы
О	В	системы выводных протоков
О	Г	внутрижелезистых лимфоузлов
В	233	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, слюной с гноем

О	Б	незначительным уплотнением железы
О	В	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	234	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	абсцедировании железы
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе
О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	235	ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛОАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ ПРИ
О	А	неэффективной консервативной терапии
О	Б	сильных болях
О	В	множественных полостях в железе
О	Г	наличии гнойного отделяемого из протоков
В	236	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛОАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	болью, припухлостью железы, гипосаливацией
О	Б	болью, припухлостью железы, слюной с гноем
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
В	237	НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ СИАЛОЛИТИАЗ
О	А	поднижнечелюстной слюнной железы
О	Б	околоушной

О	В	подъязычной
О	Г	малых слюнных желез
В	238	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	экстирпация железы
О	Б	удаление конкремента
О	В	пластика выводного протока
О	Г	рассечение Стенонова протока
В	239	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	удаление конкремента
О	Б	экстирпация железы
О	В	рассечение Вартонова протока
О	Г	пластика выводного протока
В	240	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОТАЛКИВАНИЯ КОНКРЕМЕНТА В ЖЕЛЕЗУ ПРИ УДАЛЕНИИ ЕГО ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ
О	А	прошивание протока дистально
О	Б	прошивание протока медиально
О	В	наливку протока
О	Г	бужирование
В	241	ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КОНКРЕМЕНТА ИЗ ВАРТОНОВА ПРОТОКА НЕОБХОДИМО

О	А	закрыть рану йодоформным тампоном
О	Б	послойно ушить рану
О	В	дренировать проток
О	Г	ушить проток
В	242	ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ
О	А	физиолечение
О	Б	лучевую
О	В	иммунотерапию
О	Г	химиотерапию
В	243	ОДНИМ ИЗ ЭТАПОВ УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ПЕРЕВЯЗКА
О	А	Вартонова протока
О	Б	Стенонова протока
О	В	верхней щитовидной артерии
О	Г	a. carotis communis
В	244	ПРИ РАЗВИТИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ В СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗАХ НАБЛЮДАЕТСЯ
О	А	расширение протоков и атрофия паренхимы
О	Б	расширение протоков и гипертрофия паренхимы
О	В	сужение протоков и гипертрофия паренхимы
О	Г	сужение протоков и атрофия паренхимы
В	245	РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	киста подъязычной слюнной железы

О	Б	киста поднижнечелюстной слюнной железы
О	В	опухоль подъязычной слюнной железы
О	Г	киста околоушной слюнной железы
В	246	ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ИССЕКАЮТСЯ
О	А	часть слизистой оболочки и киста с железой
О	Б	часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями
О	В	часть оболочки кисты
О	Г	киста
В	247	ПРИ УШИВАНИИ РАНЫ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ИСПОЛЬЗУЮТ ШОВ
О	А	узловой
О	Б	непрерывный
О	В	П-образный
О	Г	кисетный
В	248	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАЛУЛЫ ЯВЛЯЕТСЯ УДАЛЕНИЕ КИСТЫ
О	А	с подъязычной слюнной железой
О	Б	и части слизистой оболочки
О	В	с окружающими тканями
О	Г	с подъязычной и поднижнечелюстной слюнными железами
В	249	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с железой

О	Б	с железой и окружающими тканями
О	В	с дольками железы
О	Г	и части железы
В	250	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ КИСТЫ
О	А	с дольками железы
О	Б	с железой
О	В	с ветвями лицевого нерва
О	Г	с железой и окружающими тканями
В	251	УСЛОВНО ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	мукоэпидермоидная
О	Б	ацинозноклеточная
О	В	цилиндрома
О	Г	карцинома
В	252	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	безболезненным узлом в железе, не спаянным с окружающими тканями
О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	незначительным уплотнением железы
О	Г	болью, увеличением железы, гипосаливацией
В	253	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	ограничено подвижным слабо болезненным узлом в железе

О	Б	синдромом Олбрайта
О	В	болью, уменьшением железы
О	Г	незначительным уплотнением железы
В	254	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения с четкими контурами
О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения без четких контуров
В	255	РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	дефектом наполнения без четких контуров
О	Б	сужением протоков всех порядков
О	В	мелкими полостями в ткани железы
О	Г	дефектом наполнения с четкими контурами
В	256	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ
О	А	железы
О	Б	только опухоли
О	В	опухоли и железы с окружающими тканями
О	Г	одной из долей железы
В	257	ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В УДАЛЕНИИ

О	А	опухоли с окружающими тканями
О	Б	железы с окружающими тканями
О	В	одной из долей железы
О	Г	железы
В	258	ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	слюнной свищ
О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	259	РАННИМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	парез мимической мускулатуры
О	Б	неврит ментального нерва
О	В	парез мышц языка
О	Г	ксеростомия
В	260	ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ НИЖНЕГО ПОЛЮСА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ
О	А	резекция нижнего полюса
О	Б	паротидэктомия в плоскости ветвей лицевого нерва
О	В	экстирпация железы
О	Г	паротидэктомия
В	261	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

О	А	кратковременными интенсивными болями, возникающими от случайных раздражений без нарушений чувствительности
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
О	Г	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
В	262	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	продолжительной, варьирующей по интенсивности болью, усиливающейся при давлении по ходу нерва
О	Б	продолжительными приступообразными болями с иррадиацией в ухо, хрустом в височно-нижнечелюстном суставе
О	В	тупыми длительными болями с чувством давления и напряжения в верхней челюсти, выделениями из носа
О	Г	приступообразными ночными болями длительностью 15-30 минут, иррадиирущими в ухо, висок
В	263	ОПЕРАТИВНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА
О	А	остеотомия
О	Б	невротомия
О	В	гайморотомия
О	Г	редрессация
В	264	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность верхнечелюстных костей

О	Б	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
О	В	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Г	носовое кровотечение
В	265	ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ ПЕРЕЛОМА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	патологическая подвижность нижней челюсти
О	Б	патологическая подвижность верхнечелюстных костей
О	В	носовое кровотечение
О	Г	разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
В	266	ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Б	аппарат Збаржа
О	В	остеосинтез
О	Г	дуга Энгля
В	267	ХИРУРГИЧЕСКО-ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	метод Адамса
О	Б	дуга Энгля
О	В	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	Г	остеосинтез
В	268	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез по Макиенко

О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля
В	269	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	лобно-челюстной остеосинтез
О	Б	дуга Энгля
О	В	метод Адамса
О	Г	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
В	270	ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИММОБИЛИЗАЦИИ ПЕРЕЛОМОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	остеосинтез минипластинами
О	Б	наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой
О	В	метод Адамса
О	Г	дуга Энгля
В	271	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СУБОРБИТАЛЬНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу и кзади
О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	медиально и вперед
В	272	ПОД ДЕЙСТВИЕМ ТЯГИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ СМЕЩЕНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ АНГУЛЯРНОМ ПЕРЕЛОМЕ ПРОИСХОДИТ

О	А	медиально и вперед
О	Б	кверху и вперед
О	В	латерально и кверху
О	Г	книзу и кзади
В	273	УДЛИНЕНИЕ И УПЛОЩЕНИЕ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ПЕРЕЛОМЕ
О	А	суббазальном верхней челюсти
О	Б	нижней челюсти
О	В	суборбитальном верхней челюсти
О	Г	альвеолярного отростка верхней челюсти
В	274	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ
О	А	на крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	Б	на подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
О	В	на подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
О	Г	на скуловые кости снизу-вверх
В	275	СИМПТОМ НАГРУЗКИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕМ НА
О	А	подбородок при полуоткрытом рте снизу-вверх
О	Б	крючок крыловидного отростка снизу-вверх
О	В	скуловые кости снизу-вверх
О	Г	подбородок при сомкнутых зубах снизу-вверх
В	276	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ОДНОСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

О	А	изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	277	ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ МЫШЦЕЛКОВОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	открытый прикус
О	Б	изменение прикуса моляров со стороны перелома
О	В	разрыв слизистой альвеолярного отростка
О	Г	кровотечение из носа
В	278	ПРИ ДВУХСТОРОННЕМ ПЕРЕЛОМЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ СМЕЩЕНИЕ ФРАГМЕНТА ПРОИСХОДИТ
О	А	книзу
О	Б	кверху
О	В	латерально
О	Г	медиально
В	279	ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ВНЕРОТОВЫЕ АППАРАТЫ
О	А	аппарат Рудько
О	Б	шина Порта
О	В	аппарат Петросова
О	Г	аппарат Збаржа
В	280	ОСТЕОСИНТЕЗ ПО МАКИЕНКО ПРОВОДИТСЯ
О	А	спицей

О	Б	минипластинами
О	В	стальной проволокой
О	Г	бронзово-алюминиевой лигатурой
В	281	ПОСЛЕ НАЛОЖЕНИЯ БИМАКСИЛЛЯРНЫХ ШИН С ЗАЦЕПНЫМИ ПЕТЛЯМИ РЕЗИНОВЫЕ КОЛЬЦА (ТЯГУ) МЕНЯЮТ
О	А	еженедельно
О	Б	ежедневно
О	В	ежемесячно
О	Г	3 раза в месяц
В	282	ДИЕТА ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ
О	А	трубочная (15)
О	Б	трубочная (1)
О	В	хирургическая (1)
О	Г	общий стол (15)
В	283	МИНИПЛАСТИНЫ ДЛЯ ОСТЕОСИНТЕЗА ПЕРЕЛОМОВ ЧЕЛЮСТЕЙ ИЗГОТАВЛИВАЮТСЯ
О	А	из титана
О	Б	из стали
О	В	из бронзы
О	Г	из алюминия
В	284	ОСНОВНОЙ СИМПТОМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ НОСА
О	А	патологическая подвижность костей носа, деформация
О	Б	деформация носа, гематома

О	В	подкожная эмфизема, кровотечение
О	Г	затруднение носового дыхания, гематома
В	285	РЕПОЗИЦИЯ КОСТЕЙ НОСА ПРИ ЗАПАДЕНИИ ОТЛОМКОВ ПРОИЗВОДИТСЯ
О	А	элеватором Карапетяна
О	Б	элеватором Волкова
О	В	прямым элеватором
О	Г	крючком Лимберга
В	286	МИНИПЛАСТИНЫ К ОТЛОМКАМ ЧЕЛЮСТЕЙ ФИКСИРУЮТ
О	А	шурупами
О	Б	спицей
О	В	проволочной лигатурой
О	Г	кетгутом
В	287	ОСОБЕННОСТИ ОЖОГОВ ЛИЦА ЗАКЛЮЧАЮТСЯ
О	А	в неравномерном поражении кожи лица
О	Б	в течении раневого процесса
О	В	в значительной аутоинтоксикации
О	Г	в быстром развитии гнойно-септических осложнений
В	288	ПЕРЕСАДКУ КОЖИ НА ОЖОГОВУЮ РАНУ ПРОИЗВОДЯТ
О	А	с момента эпителизации
О	Б	на 5-е сутки после ожога
О	В	как можно раньше
О	Г	как можно позже

В	289	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ СТЕНОТИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ
О	А	трахеотомия
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	восстановление анатомического положения органа
В	290	ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ДИСЛОКАЦИОННОЙ АСФИКСИИ
О	А	восстановление анатомического положения органа
О	Б	введение воздуховода
О	В	удаление инородного тела
О	Г	трахеотомия
В	291	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСФИКСИИ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ СМЕЩЕНИЕМ ТКАНЕЙ ДНА ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ
О	А	наложение трахеостомы
О	Б	введение воздуховода
О	В	наложение бимаксиллярных шин
О	Г	прошивание и выведение языка
В	292	ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	невозможность сомкнуть зубы
О	Б	слезотечение
О	В	снижение высоты прикуса
О	Г	ограничение подвижности нижней челюсти

В	293	ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	во введении суставной головки в суставную впадину
О	Б	в иммобилизации
О	В	в резекции суставного бугорка
О	Г	в прошивании суставной капсулы
В	294	ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ НАРКОЗА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	при рефлекторной контрактуре жевательных мышц
О	Б	при подозрении на тромбофлебит угловой вены
О	В	при выраженной гиперсаливации
О	Г	при привычном вывихе
В	295	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с острым отитом
О	Б	с острым гайморитом
О	В	с околоушным гипергидрозом
О	Г	с переломом верхней челюсти
В	296	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти
О	Б	с флегмоной поднижнечелюстной области
О	В	с переломом верхней челюсти
О	Г	с околоушным гипергидрозом
В	297	ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ
О	А	с флегмоной околоушно-жевательной области

О	Б	с переломом верхней челюсти
О	В	с околоушным гипергидрозом
О	Г	с острым гайморитом
В	298	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ДВУХСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	полное отсутствие движений нижней челюсти
О	Б	шум в ушах
О	В	множественный кариес
О	Г	выраженный болевой симптом
В	299	ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
О	А	уплощением и укорочением тела и ветви нижней челюсти на больной стороне
О	Б	верхней микрогнатией
О	В	верхней ретрогнатией
О	Г	несимметрично-гипертрофированными жевательными мышцами
В	300	ЛЕЧЕНИЕ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в редрессации
О	Б	в физиотерапии
О	В	в артропластике
О	Г	в создании ложного сустава
В	301	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в создании ложного сустава

О	Б	в редрессации
О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	302	ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в артропластике
О	Б	в редрессации
О	В	в физиотерапии
О	Г	в остеотомии нижней челюсти
В	303	ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	ограничение подвижности нижней челюсти
О	Б	верхняя макрогнатия
О	В	снижение высоты прикуса
О	Г	укорочение ветвей нижней челюсти
В	304	ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	физиотерапевтический
О	Б	консервативный
О	В	хирургический
О	Г	комплексный
В	305	ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ
О	А	в рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов

О	Б	в вертикальной остеотомии ветвей нижней челюсти
О	В	в рассечении рубцов
О	Г	в иссечении рубцов
В	306	МЕТОДОМ ПЛАСТИКИ ПО ЛИМБЕРГУ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ЛОСКУТОВ
О	А	встречных треугольных
О	Б	на питающей ножке
О	В	круглого стебельчатого
О	Г	на сосудистом анастомозе
В	307	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при рубцовых выворотах век
О	Б	при обширных дефектах мягких тканей
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при линейных келлоидных рубцах
В	308	ПЛАСТИКУ ВСТРЕЧНЫМИ ТРЕУГОЛЬНЫМИ ЛОСКУТАМИ ПО ЛИМБЕРГУ ИСПОЛЬЗУЮТ
О	А	при устранении свищевых ходов
О	Б	при линейных келлоидных рубцах
О	В	при обширных дефектах костей лица
О	Г	при обширных дефектах мягких тканей
В	309	ВИД ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ПРИРОСТ ТКАНЕЙ В НАПРАВЛЕНИИ ОСНОВНОГО РАЗРЕЗА

О	А	треугольными лоскутами
О	Б	лоскутами на ножке
О	В	мобилизация краев раны
О	Г	пересадка свободной кожи
В	310	ВИД ПЛАСТИКИ, ПРИ КОТОРОМ ТКАНИ ПЕРЕНОСЯТ ИЗ ОТДАЛЕННОГО ОТ ДЕФЕКТА МЕСТА
О	А	лоскутами на ножке
О	Б	мобилизация краев раны
О	В	треугольными лоскутами
О	Г	пересадка свободной кожи
В	311	ОСНОВНОЕ ПРАВИЛО ПЛАСТИКИ МЕСТНЫМИ ТКАНЯМИ
О	А	отсутствие натяжения в краях раны
О	Б	не ушивать рану наглухо
О	В	недопустима мобилизация тканей
О	Г	длина разреза должна быть минимальной
В	312	ОПРОКИДЫВАЮЩИЕСЯ ЛОСКУТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ
О	А	создания внутренней выстилки
О	Б	устранения выворота век
О	В	устранения дефектов кожи
О	Г	закрытия линейных разрезов
В	313	ПРИ ВЫКРАИВАНИИ ЛОСКУТА НА НОЖКЕ СООТНОШЕНИЕ ЕГО ШИРИНЫ К ДЛИНЕ ДОЛЖНО БЫТЬ
О	А	1:3

О	Б	1:4
О	В	1:5
О	Г	1:8
В	314	МАКСИМАЛЬНЫЙ ДОПУСТИМЫЙ УГОЛ ПОВОРОТА ЛОСКУТА НА НОЖКЕ
О	А	до 90
О	Б	до 180
О	В	до 210
О	Г	до 360
В	315	ПРИ ИНДИЙСКОЙ РИНОПЛАСТИКЕ ЛОСКУТ НА НОЖКЕ БЕРУТ
О	А	с лобной области
О	Б	с шеи
О	В	с щечной области
О	Г	с губо-щечной складки
В	316	СКВОЗНОЙ ДЕФЕКТ ЩЕКИ УСТРАНЯЕТСЯ ЛОСКУТАМИ
О	А	удвоенным по Рауэру
О	Б	мостовидным
О	В	опрокидывающимся
О	Г	встречными треугольными
В	317	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ОТСУТСТВУЮЩЕЙ БРОВИ ИСПОЛЬЗУЮТ ЛОСКУТ
О	А	на скрытой сосудистой ножке
О	Б	мостовидный

О	В	из височной области
О	Г	забральный по Лексеру
В	318	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У МУЖЧИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
О	А	Лексера
О	Б	с шеи
О	В	со щеки
О	Г	Лапчинского
В	319	ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ДЕФЕКТОВ ГУБЫ У ЖЕНЩИН ИСПОЛЬЗУЮТ МОСТОВИДНЫЙ ЛОСКУТ
О	А	Лапчинского
О	Б	с шеи
О	В	Лексера
О	Г	со щеки
В	320	ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи и подкожно-жировой клетчатки
О	Б	расщепленной кожи
О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	321	АРТЕРИЗИРОВАННЫЙ ЛОСКУТ НА ПИТАЮЩЕЙ НОЖКЕ СОСТОИТ ИЗ ТКАНЕЙ
О	А	кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
О	Б	кожи и подкожно-жировой клетчатки

О	В	кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
О	Г	кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
В	322	ПЕРВЫЙ ЭТАП ПЛАСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ
О	А	обезболивание
О	Б	разрез
О	В	определение показаний
О	Г	планирование вмешательства
В	323	ПЕРВЫЙ ЭТАП ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
О	А	определение показаний
О	Б	разрез
О	В	планирование
О	Г	обезболивание
В	324	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ОДНОМОМЕНТНО ФОРМИРУЮЩИЙСЯ И ПОДШИВАЮЩИЙСЯ НА ПРЕДПЛЕЧЬЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	ускоренным
О	Б	острым
О	В	шагающим
О	Г	классическим
В	325	ФИЛАТОВСКИЙ СТЕБЕЛЬ, ФОРМИРУЕМЫЙ И ПОЭТАПНО ПЕРЕНОСИМЫЙ К МЕСТУ ДЕФЕКТА, НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	классическим
О	Б	острым

О	В	шагающим
О	Г	ускоренным
В	326	ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРРЕГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	6 месяцев
О	Б	3 недели
О	В	3 месяца
О	Г	9 месяцев
В	327	ПЛАСТИКА НОСА ФИЛАТОВСКИМ СТЕБЛЕМ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ ДЕФЕКТАХ
О	А	тотальном дефекте
О	Б	спинки
О	В	части крыла
О	Г	субтотальном дефекте
В	328	ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ЛОСКУТА ФИЛАТОВА НА ДВУХ НОЖКАХ СООТНОШЕНИЕ ШИРИНЫ К ДЛИНЕ КОЖНО-ЖИРОВОЙ ЛЕНТЫ НЕ ДОЛЖНО ПРЕВЫШАТЬ
О	А	1:3
О	Б	1:1
О	В	1:2
О	Г	1:4
В	329	РАНЕВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ НА МАТЕРИНСКОМ ЛОЖЕ ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ ЗАКРЫВАЮТ ПРИ ПОМОЩИ
О	А	дополнительных треугольных лоскутов

О	Б	свободной кожи
О	В	ушивании на себя
О	Г	лоскутов на микроанастомозе
В	330	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПЛАСТИКИ ТОТАЛЬНОГО ДЕФЕКТА НОСА ПО ХИТРОВУ БЕЗ УЧЕТА КОРРИГИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ
О	А	4
О	Б	1
О	В	2
О	Г	3
В	331	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КЛАССИЧЕСКОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
О	А	передне-боковая поверхность живота
О	Б	внутренняя поверхность плеча
О	В	предплечье
О	Г	внутренняя поверхность бедра
В	332	УЧАСТОК ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ДЛЯ ОСТРОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ
О	А	внутренняя поверхность плеча
О	Б	предплечье
О	В	внутренняя поверхность бедра
О	Г	передне-боковая поверхность живота
В	333	ПОКАЗАНИЕМ К ПРИМЕНЕНИЮ СВОБОДНОЙ ПЕРЕСАДКИ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	послеоперационные дефекты кожи

О	Б	сквозные дефекты кожи
О	В	дефекты тканей до кости
О	Г	незаживающие язвы после лучевой терапии
В	334	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ТИРШУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,2-0,4 мм
О	Б	0,5-0,6 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	335	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО БЛЕРУ-БРАУНУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,5-0,6 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,6-0,7 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	336	ТОЛЩИНА СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА ПО ПЕДЖЕТУ СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,6-0,7 мм
О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,8-1 мм
В	337	ТОЛЩИНА ПОЛНОСЛОЙНОГО СВОБОДНОГО КОЖНОГО ЛОСКУТА СОСТАВЛЯЕТ
О	А	0,8-1 мм

О	Б	0,2-0,4 мм
О	В	0,5-0,6 мм
О	Г	0,6-0,7 мм
В	338	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ТИРШУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	тонким дермоэпителиальным
О	Б	расщепленным
О	В	в три четверти толщины
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	339	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО БЛЕРУ-БРАУНУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	расщепленным
О	Б	в три четверти толщины
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	340	СВОБОДНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ ПО ПЕДЖЕТУ НАЗЫВАЕТСЯ
О	А	в три четверти толщины
О	Б	расщепленным
О	В	тонким дермоэпителиальным
О	Г	полнослойной кожей без клетчатки
В	341	МЕСТНЫЕ РАННИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	гематома
О	Б	гиперпигментация

О	В	рубцовая трансформация
О	Г	кровотечение из лоскута
В	342	МЕСТНЫЕ ПОЗДНИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ПЕРЕСАДКИ СВОБОДНОЙ КОЖИ
О	А	рубцовая трансформация
О	Б	гематома
О	В	парестезии
О	Г	некроз лоскута
В	343	РАСЩЕПЛЕННЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
О	А	передней живота
О	Б	тыла стопы
О	В	боковой шеи
О	Г	наружной бедра
В	344	ПОЛНОСЛОЙНЫЙ КОЖНЫЙ ЛОСКУТ БЕРУТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО С ПОВЕРХНОСТИ
О	А	внутренней плеча
О	Б	боковой шеи
О	В	наружной бедра
О	Г	передней живота
В	345	ВТОРИЧНАЯ КОСТНАЯ ПЛАСТИКА ПОСЛЕ ОСНОВНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
О	А	6-8 месяцев
О	Б	10 дней

О	В	1-2 месяца
О	Г	3-4 месяца
В	346	СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ОБУСЛОВЛЕННЫ
О	А	завершением формирования рубцов
О	Б	восстановлением иннервации
О	В	завершением формирования сосудов
О	Г	завершением образования костной мозоли
В	347	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ ДЕФЕКТ ЧЕЛЮСТИ ПОСЛЕ
О	А	удаления доброкачественных опухолей
О	Б	удаления злокачественных опухолей
О	В	постлучевой некрэктомии
О	Г	секвестрэктомии
В	348	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ВТОРИЧНОЙ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	удаление злокачественных опухолей
О	Б	секвестрэктомия
О	В	врожденные деформации челюстей
О	Г	удаление доброкачественных опухолей челюстей
В	349	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	гребешка подвздошной кости
О	Б	ключицы

О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	350	АУТОТРАНСПЛАНТАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ЧЕЛЮСТЕЙ БЕРУТ ИЗ
О	А	ребра
О	Б	ключицы
О	В	костей стопы
О	Г	бедренной кости
В	351	КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	отсутствие рецидива
О	Б	объем опухоли
О	В	вид первичной опухоли
О	Г	характер метастазирования
В	352	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КРЫЛА НОСА
О	А	по Суслову
О	Б	по Рауэру
О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	артеризированным лоскутом височной области
В	353	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНОГО ДЕФЕКТА КОНЦЕВОГО ОТДЕЛА НОСА
О	А	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
О	Б	по Рауэру

О	В	по Суслову
О	Г	лоскутом на микроанастомозе
В	354	СПОСОБ ПЛАСТИКИ ДЕФЕКТА КОЖНОЙ ЧАСТИ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА
О	А	по Рауэру
О	Б	по Суслову
О	В	лоскутом на микроанастомозе
О	Г	лоскутом на ножке с губо-щечной складки
В	355	ПРОФИЛАКТИКА РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НОСА, СФОРМИРОВАННОГО ИЗ ТКАНЕЙ ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ, ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В НАЛОЖЕНИИ
О	А	формирующей повязки и трубок в носовые ходы
О	Б	гипсовой повязки и трубок в носовые ходы
О	В	формирующей повязки
О	Г	коллодийной повязки
В	356	КОЛИЧЕСТВО ЭТАПОВ ПРИ ПЛАСТИКЕ ГУБЫ ПО АББЕ
О	А	2
О	Б	1
О	В	3
О	Г	4
В	357	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ДЕФОРМАЦИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ПРИ ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНЕ
О	А	Лимберга
О	Б	Крайля

О	В	Лексера
О	Г	Седилло
В	358	МЕТОДИКА ПЛАСТИКИ ЧАСТИЧНЫХ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ГУБЫ
О	А	Шимановского
О	Б	Крайля
О	В	Аббе
О	Г	свободная пересадка тканей
В	359	ПРИ УПЛОЩЕНИИ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Аббе
О	Б	Брунса
О	В	Седилло
О	Г	Диффенбаха
В	360	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Диффенбаха
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	361	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра
О	Б	Брунса
О	В	Аббе

О	Г	Евдокимова
В	362	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	363	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	364	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	365	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	чрезмерно развитой
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади

В	366	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	367	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	368	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	369	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	370	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ

О	А	уплощена
О	Б	уменьшена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	371	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	372	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МАКРОГНАТИИ
О	А	чрезмерное развитие
О	Б	недоразвитие
О	В	смещение кзади
О	Г	несимметричная деформация
В	373	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИИ
О	А	недоразвитие
О	Б	смещение кзади
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация
В	374	АНАТОМИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИИ

О	А	смещение кзади
О	Б	недоразвитие
О	В	чрезмерное развитие
О	Г	несимметричная деформация
В	375	СРЕДСТВО ДЛЯ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	костный шов
О	Б	аппарат Рудько
О	В	аппарат Збаржа
О	Г	компрессионно-дистракционные аппараты
В	376	МЕТОДЫ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	Кохера
О	Б	Бильрота
О	В	узловые швы
О	Г	костный шов
В	377	ПРИ СИММЕТРИЧНОЙ НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИИ ОСТЕОТОМИЮ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРОИЗВОДЯТ В ОБЛАСТИ
О	А	4Г4
О	Б	углов
О	В	ветвей
О	Г	мышечковых отростков
В	378	ДОПОЛНЕНИЕМ К ОПЕРАЦИОННОЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОСТЕОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

О	А	бимаксиллярные шины с зацепными петлями
О	Б	шина-скоба с распорочным изгибом
О	В	гладкая шина-скоба
О	Г	шина Ванкевич
В	379	РАСЧЕТ СМЕЩЕНИЯ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИ ИХ ОСТЕОТОМИИ ВЕДУТ ПО
О	А	телерентгенограмме
О	Б	ортопантомограмме
О	В	компьютерной томографии
О	Г	панорамной рентгенограмме
В	380	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	нарушение иннервации костной ткани
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	381	НИЖНЮЮ МИКРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ
О	А	костной пластикой
О	Б	по Кохеру
О	В	по Бильроту
О	Г	пластикой лоскутом Филатова
В	382	НИЖНЮЮ РЕТРОГНАТИЮ УСТРАНЯЮТ ОСТЕОТОМИЕЙ ВЕТВЕЙ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОДНОМОМЕНТНОЙ
О	А	костной пластикой

О	Б	пересадкой фасции
О	В	приживлением мышцы
О	Г	пересадкой кожного лоскута
В	383	ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	чрезмерное развитие подбородочного отдела
О	Б	ретрогнатия
О	В	микрогнатия
О	Г	несимметричная макрогнатия
В	384	ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ РЕЦИДИВА ПРИ ЛЮБОМ ВИДЕ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ
О	А	технические погрешности при перемещении фрагментов
О	Б	послеоперационная гематома
О	В	термическая травма кости
О	Г	травма сосудисто-нервного пучка
В	385	ПОКАЗАНИЕМ К ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПО КИСЕЛЕВУ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 8 мм
О	Б	подвижность зубов
О	В	при деструкции костной ткани более 1/2 длины корня
О	Г	пародонтит средней и тяжелой степени, глубина карманов 4 мм
В	386	ПОКАЗАНИЕМ К ФРЕНУЛОПЛАСТИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ
О	А	короткая уздечка при глубоком преддверии рта
О	Б	щечные тяжи

О	В	отсутствие зубов во фронтальном отделе
О	Г	короткая уздечка при мелком преддверии рта
В	387	ПРИ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕЗИНОВАЯ ТЯГА НАКЛАДЫВАЕТСЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ЧЕРЕЗ
О	А	5 дней
О	Б	2 дня
О	В	4 дня
О	Г	7 дней
В	388	ПРИ ФРАГМЕНТАРНОЙ ОСТЕОТОМИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ
О	А	44
О	Б	33
О	В	45
О	Г	55
В	389	ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПОСЛЕ ОСТЕОТОМИИ ЧЕЛЮСТЕЙ НАЗНАЧАЮТ ТЕРАПИЮ
О	А	антибактериальную
О	Б	криотерапию
О	В	химиотерапию
О	Г	дезинтоксикационную
В	390	КОЛИЧЕСТВО ДНЕЙ ФИКСАЦИИ ФРАГМЕНТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПОСЛЕ ЕЕ ОСТЕОТОМИИ
О	А	60

О	Б	15
О	В	30
О	Г	75
В	391	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Рауэра
О	Б	Брунса
О	В	Аббе
О	Г	Евдокимова
В	392	ПРИ ТОТАЛЬНОМ ДЕФЕКТЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Седилло
О	Б	Аббе
О	В	Рауэра
О	Г	Евдокимова
В	393	ПРИ МИКРОСТОМЕ ИСПОЛЬЗУЮТ МЕТОДИКУ
О	А	Евдокимова
О	Б	Аббе
О	В	Крайля
О	Г	Бильрота
В	394	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ РЕТРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	смещенной кзади
О	Б	недоразвитой

О	В	несимметричной
О	Г	чрезмерно развитой
В	395	ТЕРМИН «НИЖНЯЯ МАКРОГНАТИЯ» ОПРЕДЕЛЯЕТ НИЖНЮЮ ЧЕЛЮСТЬ
О	А	чрезмерно развитой
О	Б	недоразвитой
О	В	несимметричной
О	Г	смещенной кзади
В	396	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МАКРОГНАТИЕЙ
О	А	увеличена
О	Б	уплощена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична
В	397	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	398	НИЖНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С НИЖНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	увеличена
О	В	уменьшена
О	Г	несимметрична

В	399	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ МИКРОГНАТИЕЙ
О	А	уменьшена
О	Б	уплощена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична
В	400	СРЕДНЯЯ ТРЕТЬ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ С ВЕРХНЕЙ РЕТРОГНАТИЕЙ
О	А	уплощена
О	Б	уменьшена
О	В	увеличена
О	Г	несимметрична

Критерии оценки ответа ординатора при компьютерном тестировании

% выполнения задания	Оценка
90,1-100	отлично
75,1-90	хорошо
60-75	удовлетворительно
59,9 и ниже	неудовлетворительно

Список вопросов к экзамену:

1. Основные методы обследования больных в челюстно-лицевой хирургии.
2. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа.
3. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при челюстно-лицевых операциях, его виды. Подготовка больного к наркозу. Возможные осложнения.
4. Виды местного обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Инфильтрационная анестезия. Методика. Показания и противопоказания к применению.
5. Мандибулярная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Внутри- и внеротовой методы.
6. Аподактильный метод мандибулярной анестезии. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
7. Особенности мандибулярной анестезии при удалении зубов у детей. Показания. Возможные осложнения.
8. Торусальная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.

9. Анестезия у резцового и большого небного отверстий. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методики.
10. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
11. Туберальная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика.
12. Анестезия у круглого и овального отверстия. Анатомо-топографические предпосылки. Методика проведения.
13. Ошибки и ранние осложнения при проведении местного обезболивания. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
14. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Инструментарий для удаления зуба.
15. Особенности удаления отдельных групп зубов и корней. Техника применения элеваторов различного типа. Методика удаления глубокорасположенных отломков корней.
16. Хирургические методики сложного удаления корней зубов.
17. Показания и методика операции удаления третьих нижних моляров.
18. Местные осложнения во время удаления зубов и корней (кровотечение, перфорация верхнечелюстной пазухи). Лечебная тактика.
19. Этиология кровотечения во время и после операции удаления зуба. Хирургические, фармакологические, биологические методы остановки кровотечения.
20. Альвеолит. Этиология, клиника, методы лечения, профилактика.
21. Хронический одонтогенный гайморит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
22. Свищи верхнечелюстной пазухи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
23. Показания и методика проведения операции резекция верхушек корней зубов.
24. Перикоронарит. Этиология. Клиника, лечение. Возможные пути распространения воспалительного процесса.
25. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
26. Общие принципы пародонтальной хирургии. Хирургические методы комплексного лечения пародонтитов: кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, показания, методики. Гингивоостеопластика по В.А.Киселеву.
27. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Показания и противопоказания. Техника операций.
28. Острый периостит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
29. Лечение острого и хронического периостита челюстей.
30. Современные представления об этиологии и патогенезе острого остеомиелита челюстей. Патологическая анатомия. Классификация.
31. Клиника и дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита.
32. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей.
33. Комплексное патогенетическое лечение острого одонтогенного остеомиелита челюстей. Исход и возможные осложнения.
34. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Патологическая анатомия, клиническая и рентгенологическая картина различных форм, лечение.
35. Острый и хронический лимфаденит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
36. Острый лимфаденит, аденофлегмона. Этиология, клиника, лечение.
37. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
38. Рожистое воспаление лица. Этиология, клиника, лечение.
39. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника.

40. Дифференциальная диагностика актиномикоза челюстно-лицевой области. Лечение актиномикоза.
41. Флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области. Этиология. Общая клиническая характеристика. Методы местного лечения.
42. Фасции и клетчаточные пространства шеи и их значение в распространении воспалительных процессов при флегмонах челюстно-лицевой области.
43. Глубокая область лица и ее значение в распространении воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
44. Флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
45. Флегмона височной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
46. Флегмона подглазничной области. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
47. Дифференциальная диагностика флегмоны глазницы и подглазничной области.
48. Флегмона подбородочной области. Этиология, клиника, лечение.
49. Флегмона поднижнечелюстного треугольника. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
50. Абсцесс челюстно-язычного желобка и подъязычного валика. Этиология, клиника, лечение.
51. Абсцесс языка и флегмона основания языка. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
52. Подмассетеральные абсцессы и флегмоны. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
53. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
54. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, диагностика, клиника, лечение.
55. Дифференциальная диагностика флегмоны крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств.
56. Флегмона позадичелюстной ямки. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
57. Дифференциальная диагностика флегмоны околоушно-жевательной области и острого паротита.
58. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
59. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, показания к оперативному лечению и его виды.
60. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
61. Пути распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в полость черепа и средостение.
62. Тромбофлебит вен лица. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
63. Тромбоз пещеристого (кавернозного) синуса. Этиология, патогенез, клиника, лечение, прогноз.
64. Динамика распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в средостение, медиастенит. Клиника, диагностика, лечение.
65. Одонтогенный сепсис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
66. Острые воспаления слюнных желез. Этиология, классификация. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение.
67. Острые неспецифические сиалоадениты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
68. Дифференциальная диагностика эпидемического паротита, острого гнойного паротита, псевдопаротита

69. Дифференциальная диагностика острого лимфаденита поднижнечелюстной области и острого неспецифического сиалоаденита.
70. Хронический интерстициальный сиалоаденит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
71. Калькулезный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
72. Дифференциальная диагностика острого неспецифического и калькулезного сиалоаденитов. Лечение калькулезных сиалоаденитов.
73. Интенсивная терапия при лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
74. Острые артриты ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
75. Артрозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника. Показания к хирургическому лечению и его принципы.
76. Анкилозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника.
77. Методы хирургического лечения анкилозов ВНЧС. Сроки и методы лечения .
78. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и их значение при травмах челюстно-лицевой области.
79. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.
80. Особенности огнестрельных ранений челюстно-лицевой области. Первичная хирургическая обработка ран, ее виды.
81. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области, виды швов, техника наложения внутрикожного шва. Основные шовные материалы применяющиеся в челюстно-лицевой хирургии, классификация.
82. Особенности первичной хирургической обработки ран околоушно-жевательной и щечной областей. Диагностика и тактика при повреждении слюнных желез и выводных протоков.
83. Возможные осложнения при лечении ушибов и ран челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Меры профилактики.
84. Кровотечения при ранениях челюстно-лицевой области. Методы остановки кровотечения.
85. Показания к перевязке наружной сонной артерии. Техника проведения операции.
86. Клиника, диагностика и лечение ожогов лица.
87. Вывихи нижней челюсти. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
88. Классификация, клиника, диагностика переломов нижней челюсти.
89. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика. Методы временной иммобилизации.
90. Консервативные методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Методика шинирования различными видами шин.
91. Оперативные методы лечения переломов нижней челюсти, показания и противопоказания. Техника наложения простого костного шва.
92. Классификация, клиника, диагностика переломов верхней челюсти.
93. Консервативные методы лечения переломов верхней челюсти (постоянная иммобилизация).
94. Методы оперативного лечения переломов верхней челюсти, Принцип операций.
95. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.
96. Перелом скуловой дуги, костей носа. Клиника, диагностика, лечение.
97. Методы лечения больных с сочетанными повреждениями верхней и нижней челюстей.
98. Возможные осложнения при лечении переломов нижней челюсти. Причины их возникновения. Профилактические мероприятия.
99. Ранние местные осложнения при лечении переломов челюсти. Этиология, клиника,

- лечение.
100. Острый посттравматический остеомиелит челюстей. Особенности, клинического течения в отличие от одонтогенного остеомиелита. Лечение, исход.
 101. Контрактуры нижней челюсти, причины и виды. Методы лечения. Профилактика возникновения.
 102. Поздние осложнения при лечении переломов челюстей. Этиология, клиника, лечение.
 103. Обморок, коллапс. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 104. Анафилактический шок. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 105. Травматический шок. Патогенез, клиника, лечение.
 106. Виды асфиксий, способы их устранения.
 107. Геморрагический шок. Патогенез, клиника, лечение.
 108. Показания к наложению трахеостомы, техника ее выполнения. Уход за больным с трахеостомой.
 109. Невралгия тройничного нерва. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 110. Диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛЮ (мягких тканей, челюстей, слюнных желез, слизистой полости рта).
 111. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика.
 112. Методы хирургического лечения одонтогенных кист. Показания к их применению. Особенности проведения операций на верхней челюсти.
 113. Амелобластома. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 114. Однотом, цементома. Патологическая анатомия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
 115. Остеома, остеоид-остеома, хондрома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
 116. Остеобластокластома челюстей. Патологическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 117. Папиллома, фиброма, липома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
 118. Пигментный невус. Клиника, патологоанатомическая характеристика, диагностика, лечение.
 119. Гемангиомы. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика.
 120. Методы лечения гемангиомы челюстно-лицевой области, их сущность.
 121. Эпулис. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, лечение.
 122. Фиброзная дисплазия. Патологическая анатомия. Разновидности. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
 123. Кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
 124. Слюнные свищи. Этиология, диагностика, методы лечения.
 125. Аденома, аденолимфома, полиморфная аденома (смешанная опухоль) слюнных желез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
 126. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
 127. Аденокистозная карцинома (цилиндрома) слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
 128. Предраковые заболевания слизистой оболочки и кожи ЧЛЮ. Классификация. Клиника, диагностика и лечение облигатных форм предраковых заболеваний.
 129. Организация онкостоматологической помощи. Клинические стадии злокачественных новообразований. Диспансеризация онкостоматологических больных, клинические группы.

130. Принципы лечения больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ.
131. Злокачественные опухоли кожи. Базалиома, плоскоклеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.
132. Меланома. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
133. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.
134. Клиника, диагностика, методы лечения рака слизистой оболочки полости рта.
135. Рак нижней губы. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
136. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
137. Рак нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
138. Фибросаркома челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
139. Саркома Юинга. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
140. Направленная тканевая регенерация (НТР). Osteoplastические материалы, мембраны. Сущность методики.
141. Сущность методов хирургической подготовки полости рта к ортопедическому лечению.
142. Общие принципы операции зубной имплантации (основные базовые методики).
143. Относительные и абсолютные противопоказания для дентальной имплантации. Планирование имплантации.
144. Типы костной ткани. Классификация плотности костной ткани по денситометрии. (их значения для дентальной имплантации).
145. Синус-лифтинг, показания, противопоказания, виды.
146. Закрытый синус-лифтинг, методы, протокол операции, осложнения
147. Открытый синус-лифтинг, протокол операции в зависимости от типа строения гайморовой пазухи, осложнения.
148. Местные осложнения во время операции зубной имплантации и в послеоперационном периоде, на верхней и нижней челюсти.
149. Особенности проведения пластических операций, виды пластических операций на лице.
150. Методы кожной пластики. Показания. Техника проведения.
151. Короткая уздечка языка, губ. Мелкое преддверие полости рта. Роль в развитии пародонтитов. Техника и возрастные показания для оперативного лечения.
152. Способы пластики местными тканями для устранения дефектов губ и носа.
153. Устранение дефектов тканей ЧЛЮ филатовским стеблем. Показания. Выбор места формирования стебля, техника его образования, миграция и закрытие дефекта.
154. Свободная пересадка кожи при операциях на лице и в полости рта. Показания. Виды кожных трансплантатов, их преимущества и недостатки, Техника операции.
155. Классификация деформаций челюстей. Показания к оперативным методам лечения. Особенности предоперационной подготовки
156. Дефекты нижней челюсти. Этиология, клиника, методы местной пластики, показания к ним, хирургическая техника.
157. Применение сложных составных трансплантатов для устранения дефектов ЧЛЮ (свободная пересадка, пересадка тканей с сохранением сосудистых тканей).
158. Хирургическое лечение нижней микрогнатии (микрогении).
159. Методы хирургического лечения нижней макрогнатии: косая скользящая остеотомия, плоскостная межкортикальная остеотомия по Г.Г.Митрофанову и В.В.Рудько, L-образная остеотомия.
160. Хирургическое лечение верхней микрогнатии или верхней ретрогнатии (операция тотальной остеотомии по В.М.Безрукову; способ остеотомии по В.А.Киселеву, Н.А.Неделько).
161. Хирургическое лечение верхней прогнатии.
162. Хирургическое лечение открытого прикуса при недоразвитии переднего отдела верхней челюсти или чрезмерном развитии боковых отделов верхней челюсти

(методики Ю.И.Бернадского; В.А.Киселева, Н.А.Неделько).

Фонд экзаменационных билетов

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1

**итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методика внутри- и внеротового методов.
2. Острый лимфаденит, аденофлегмона. Этиология, клиника, лечение.
3. Методы хирургического лечения нижней макрогнатии: косая скользящая остеотомия, плоскостная межкортикальная остеотомия по Г.Г.Митрофанову и В.В.Рудько, L-образная остеотомия.
4. Оказание неотложной помощи при ишемической болезни сердца (стенокардия, инфаркт миокарда).

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2

**итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Показания и методика операции удаления третьих нижних моляров.
2. Рожистое воспаление лица. Этиология, клиника, лечение.
3. Хирургическое лечение верхней микрогнатии или верхней ретрогнатии (операция тотальной остеотомии по В.М.Безрукову; способ остеотомии по В.А.Киселеву, Н.А.Неделько).
4. Оказание неотложной помощи при гипо- и гипертоническом кризе.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой

Т.В. Гайворонская

хирургии профессор

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3

**итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника.
2. Хирургическое лечение верхней прогнатии.
3. Динамика распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в средостение, медиастенит. Клиника, диагностика, лечение.
4. Оказание неотложной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения (обмороке, коллапсе).

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4

**итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Папиллома, фиброма, липома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
2. Дифференциальная диагностика актиномикоза челюстно-лицевой области. Лечение актиномикоза.
3. Показания к наложению швов на раны челюстно-лицевой области. Виды швов. Шовный материал. Техника наложения первичных швов.
4. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме и эпилепсии.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Остеобластокластома челюстей. Патологическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Одонтогенный сепсис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Открытый синус-лифтинг, протокол операции в зависимости от типа строения гайморовой пазухи, осложнения.
4. Оказание неотложной помощи при травмах мягких тканей и кровотечениях.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Ошибки и ранние осложнения при проведении местного обезболивания. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика.
2. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Устранение дефектов тканей ЧЛО филатовским стеблем. Показания. Выбор места формирования стебля, техника его образования, миграция и закрытие дефекта.
4. Оперативные методы лечения переломов нижней челюсти, показания и противопоказания. Техника наложения простого костного шва.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7
итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при стоматологических операциях, его виды. Подготовка больного к наркозу. Возможные осложнения.
2. Острые воспаления слюнных желез. Этиология, классификация. Эпидемический паротит. Клиника, диагностика, лечение.
3. Методы кожной пластики. Показания. Техника проведения.
4. Контрактуры нижней челюсти, причины и виды. Методы лечения. Профилактика возникновения.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8
итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Местные осложнения во время удаления зубов и корней (кровотечение, перфорация верхнечелюстной пазухи). Лечебная тактика.
2. Направленная тканевая регенерация (НТР). Остеопластические материалы, мембраны. Сущность методики.
3. Фибросаркома челюстей. Клиника, диагностика, лечение.
4. Ранние местные осложнения при лечении переломов челюсти. Этиология, клиника, лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕ

РАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Этиология кровотечения во время и после операции удаления зуба. Хирургические, фармакологические, биологические методы остановки кровотечения.
2. Хронический интерстициальный сиалоаденит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Амелобластома. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Свищи верхнечелюстной пазухи. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
2. Калькулезный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3. Мукоэпидермоидная опухоль слюнных желез. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
4. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Анафилактический шок. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, показания к оперативному лечению и его виды.
3. Аденокистозная карцинома (цилиндрома) слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
4. Методы оперативного лечения переломов верхней челюсти, Принцип операций.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и их значение при травмах челюстно-лицевой области.
2. Абсцесс языка и флегмона основания языка. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
3. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
4. Ранние и поздние осложнения операции удаления зуба. Причины, профилактика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Классификация травм челюстно-лицевой области. Методика первичной хирургической обработки ран без дефекта и с дефектом мягких тканей лица.
2. Подмассетеральные абсцессы и флегмоны. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Злокачественные опухоли кожи. Базалиома, плоскоклеточный рак. Клиника, диагностика, лечение.
4. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области, виды швов, техника наложения внутрикожного шва. Основные шовные материалы применяющиеся в челюстно-лицевой хирургии, классификация.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 14

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Особенности первичной хирургической обработки ран околоушно-жевательной и щечной областей. Диагностика и тактика при повреждении слюнных желез и выводных протоков.
2. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.

4. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика переломов нижней челюсти, рентгенологическая картина, методы временной иммобилизации.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика. Методы временной иммобилизации.
2. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
3. Организация онкостоматологической помощи. Клинические стадии злокачественных новообразований. Диспансеризация онкостоматологических больных, клинические группы.
4. Острые артриты ВНЧС. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
2. Общие принципы пародонтальной хирургии. Хирургические методы комплексного лечения пародонтитов: кюретаж, гингивотомия, гингивэктомия, показания, методики. Гингивоостеопластика по В.А.Киселеву
3. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.

4. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
Динамика и пути распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Консервативные методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Методика шинирования различными видами шин.
2. Фурункул, карбункул. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
3. Клиника, диагностика, методы лечения рака слизистой оболочки полости рта.
4. Острый периостит челюстей. Этиология, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Травматический шок. Патогенез, клиника, лечение.
2. Пути распространения воспалительных процессов челюстно-лицевой области в полость черепа и средостение.
3. Артрозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника. Показания к хирургическому лечению и его принципы.
4. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Патологическая анатомия, клиническая и рентгенологическая картина различных форм. Дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19
итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Ранние местные осложнения при лечении переломов челюсти. Этиология, клиника, лечение.
2. Интенсивная терапия при лечении больных с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.
3. Кисты слюнных желез. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20
итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Поздние осложнения при лечении переломов челюстей. Этиология, клиника, лечение.
2. Саркома Юинга. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение, прогноз.
3. Остеобластокластома челюстей. Патологическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Острый и хронический одонтогенный гайморит. Этиология, патогенез, клиника, рентгенологические проявления различных форм, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Оперативные методы лечения переломов нижней челюсти, показания и противопоказания. Техника наложения простого костного шва.
2. Тромбофлебит вен лица. Этиология, клиника, лечение. Возможные осложнения.
3. Особенности проведения пластических операций, виды пластических операций на лице.
4. Абсцесс и флегмона крыловидно-челюстного пространства, топографическая анатомия, клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Консервативные методы лечения переломов верхней челюсти (постоянная иммобилизация).
2. Перикоронарит. Этиология, клиника. Пути распространения воспалительного процесса.
3. Методы лечения гемангиом челюстно-лицевой области, их сущность.
4. Принципы комплексной терапии (противовоспалительной, десенсебилизирующей, дезинтоксикационной, иммунокорректирующей, общеукрепляющей) острых и хронических

воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Препараты, основные схемы лечения.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Классификация, клиника, диагностика переломов верхней челюсти.
2. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита, остеомиелита челюстей.
3. Фиброзная дисплазия. Патологическая анатомия. Разновидности. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Классификация опухолей челюстно-лицевой области.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 24

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Методы оперативного лечения переломов верхней челюсти, Принцип операций.
2. Одонтома, цементома. Патологическая анатомия. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
3. Флегмоны височной области, глазницы и подглазничной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
4. Папиллома, фиброма, атерома, липома. Этиология, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения, техника удаления доброкачественных новообразований.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Кровотечения при ранениях челюстно-лицевой области. Методы остановки кровотечения.
2. Закрытый синус-лифтинг, методы, протокол операции, осложнения
3. Остеома, остеоид-остеома, хондрома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
4. Эпулис, этиология, классификация, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Виды асфиксий, способы их устранения.
2. Дифференциальная диагностика флегмоны крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств.
3. Типы костной ткани. Классификация плотности костной ткани по денситометрии.(их значения для дентальной имплантации).
4. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика остеобластокластомы, амелобластомы, кисты челюсти.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Геморрагический шок. Патогенез, клиника, лечение.
2. Флегмона щечной области. Топографическая анатомия. Этиология, клиника, лечение.
3. Методы хирургического лечения одонтогенных кист. Показания к их применению. Особенности проведения операций на верхней челюсти.
4. Диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей ЧЛО (мягких тканей, челюстей, слюнных желез, слизистой полости рта).

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Возможные осложнения при лечении переломов нижней челюсти. Причины их возникновения. Профилактические мероприятия.
2. Тромбоз пещеристого (кавернозного) синуса. Этиология, патогенез, клиника, лечение, прогноз.
3. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Этиология, клиника,

дифференциальная диагностика.

4. Острые воспалительные заболевания больших слюнных желез, классификация, патогенез, клинические проявления, принципы лечения.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29
итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Клиника, диагностика и лечение ожогов лица.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка и подъязычного валика. Этиология, клиника, лечение.
3. Папиллома, фиброма, липома. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.
4. Невралгия тройничного нерва. Неврит тройничного и лицевого нервов. Причины, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30
итогавого экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»

1. Подглазничная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания, методики. Анестезия у резцового и большого небного отверстий. Показания. Методика выполнения.

2. Флегмона подглазничной области. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
3. Пигментный невус. Клиника, патологоанатомическая характеристика, диагностика, лечение.
4. Относительные и абсолютные противопоказания для дентальной имплантации. Планирование имплантации.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕ

РАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 31

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Мандибулярная анестезия. Анатомо-топографические предпосылки. Показания. Методики.
2. Острый посттравматический остеомиелит челюстей. Особенности, клинического течения в отличие от одонтогенного остеомиелита. Лечение, исход.
3. Анкилозы ВНЧС. Этиология, патогенез, клиника.
4. Классификация заболеваний пародонта, показания к хирургическому лечению, сущность методик.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 32

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Методика удаления глубокорасположенных отломков корней.
2. Дифференциальная диагностика флегмоны околоушно-жевательной области и острого

паротита.

3. Свободная пересадка кожи при операциях на лице и в полости рта. Показания. Виды кожных трансплантатов, их преимущества и недостатки, Техника операции.

4. Основные методики хирургического лечения пародонтитов. Гингивоостеопластика по В.А.Киселеву.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 33

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Методы хирургического лечения хронического периодонтита. Показания и противопоказания. Техника операций.
2. Альвеолит. Этиология, клиника, методы лечения, профилактика.
3. Слюнные свищи. Этиология, диагностика, методы лечения.
4. Короткая уздечка языка, губ. Мелкое преддверие полости рта. Роль в развитии пародонтитов. Техника и возрастные показания для оперативного лечения.

Зав. кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии, профессор

Гайворонская Т.В.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 34

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Анестезия у круглого и овального отверстия. Анатомо-топографические предпосылки. Методика проведения.
2. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, диагностика, клиника, лечение.
3. Местные осложнения во время операции зубной имплантации и в послеоперационном периоде, на верхней и нижней челюсти.

4. Эпулис, этиология, классификация, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, хирургическое лечение.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)
ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 35

**итогового экзамена в клинической ординатуре по специальности
«челюстно-лицевая хирургия»**

1. Хирургические методики сложного удаления корней зубов.
2. Дифференциальная диагностика эпидемического паротита, острого гнойного паротита, псевдопаротита
3. Предраковые заболевания слизистой оболочки и кожи ЧЛЮ. Классификация. Клиника, диагностика и лечение облигатных форм предраковых заболеваний.
4. Дифференциальная диагностика и лечебная тактика остеобластокластомы, амелобластомы, кисты челюсти.

Зав.кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии профессор

Т.В. Гайворонская

Фонд ситуационных задач.

Вид	Код	Текст названия трудовой функции/ текст элемента мини-кейса
Н	-	001
Ф	А/01.7	Проведение обследования пациента с целью установления диагноза
Ф	А/02.7	Назначение, контроль эффективности и безопасности

		немедикаментозного и медикаментозного лечения
Ф	A/03.7	Разработка, реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ
Ф	A/04.7	Проведение и контроль эффективности санитарно-противоэпидемических и иных профилактических мероприятий по охране здоровья населения
Ф	A/05.7	Ведение санитарно-гигиенического просвещения среди населения и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни
Ф	A/06.7	Организационно-управленческая деятельность
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 19 лет, поступил в клинику с жалобами на деформацию лица вследствие резкого выпячивания нижней челюсти вперед, отсутствия смыкания передних зубов, невозможность откусывания пищи. Увеличение челюсти отмечается с одиннадцатилетнего возраста и с возрастом прогрессировало. К врачам не обращался. При обследовании выявляется выраженное удлинение нижней трети лица. Нижнечелюстные углы развернутые составляют около 140 °. Сагиттальная щель между зубами 10 мм. Контакт зубов в области моляров. Верхняя губа окажется укороченной и недоразвитой от зияния ротовой щели. Губы вялое, смыкаются с напряжением. Рот постоянно полуоткрыт.
В	1	Для какого диагноза характерна данная клиническая картина?
Э	-	Описанная клиническая картина характерна для нижней прогнатии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Варианты хирургического лечения?
Э	-	Имеются различные варианты оперативных вмешательств, которые можно свести к двум основным видам: а) вмешательстве на теле нижней челюсти: это ступенчатая двусторонняя остеотомия нижней челюсти с удалением 36, 46 или 37, 47 и резекцией участков костной ткани, что даёт укорочение боковых отделов нижней челюсти (А.З. Рауэр); б) вмешательства на ветви нижней челюсти: горизонтальная остеотомия ветви нижней челюсти выше уровня нижнечелюстного отверстия. Тело челюсти перемещают

		кзади до установления фронтального отдела в правильном положении. Накладывают двучелюстные шины с зацепными петлями, закрепляющие перемещённую часть на срок, необходимый для консолидации (А.А. Лимберг).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	002
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больному, 21 года, по поводу левостороннего недоразвития нижней челюсти планируется оперативное вмешательство на ветви нижней челюсти слева.
В	1	Составьте план предоперационных мероприятий.
Э	-	При составлении плана лечения больного с нижней левосторонней микрогнатией помимо опроса, осмотра, рентгенологического исследования и линейного измерения нижней челюсти изготавливаются гипсовые модели прикуса, больной фотографируется в анфас и в профиль. Определяется эффективность жевания по Гельману и физиологическая жевательная проба по Рубинову. Проводятся электромиографические исследования для изучения и оценки состояния мышц. В зависимости от состояния прикуса, перекрестного или адаптированного составляется план лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Укажите возможные методы операции.
Э	-	При планировании операции на ветви нижней челюсти слева при левосторонней микрогнатии может быть применена косая остеотомия ветви нижней челюсти слева, ступенчатая остеотомия, плоскостная остеотомия в области угла и ветви нижней челюсти слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	003
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	Больной, 22 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больного был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксиллярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больной сам снял их через 12 дней. Отмечает затруднения при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани в пределах 0,5 см, ложный сустав.
В	1	Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти?
Э	-	Нарушение режима лечения, больной самостоятельно снял шины
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план обследования и лечения.
Э	-	Клинико-рентгенологическое обследование, определение истинного размера дефекта нижней челюсти справа и выбор размера и вида костного трансплантата, метода фиксации фрагментов нижней челюсти. Операция иссечения ложного сустава с костной пластикой дефекта. Тщательное послеоперационное ведение больного.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие вам известны методики закрепления костного трансплантата в области дефекта нижней челюсти?
Э	-	Костный трансплантат между фрагментами нижней челюсти после их освобождения от рубцов и удаления склерозированных участков костной ткани может быть помещён в виде распорки, в виде столярного замка, в виде накладки на концы фрагментов и фиксации проволокой из нержавеющей стали. А.А. Лимберг разработал метод двухэтапного переноса саженца: 1-й этап состоит в подсадке участка ребра в мягкие ткани по соседству с дефектом нижней челюсти, через 1,5-2 месяца трансплантат (2-й этап) на ножке из мягких тканей переносится в область дефекта нижней челюсти.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
B	4	Какие требования необходимо выполнить для успешного исхода костно-пластической операции?
Э	-	Успех костно-пластических операций зависит от выполнения ряда требований: учитывать общее состояние больного, выяснить состояние мягких тканей в области дефекта нижней челюсти, провести санацию полости рта, избрать способ закрепления фрагментов, установить, где и какой трансплантат будет взят и его размеры.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	004
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больному, 40 лет, пять лет назад произведена операция по поводу удаления злокачественной опухоли альвеолярного отростка нижней челюсти справа в области 43, 44 с окружающими мягкими и костной тканями. Больному проводилась лучевая терапия. В результате образовался сквозной дефект правой щёчной области и нижней челюсти справа на протяжении 5,0 см. Края дефекта ровные. Открывание рта свободное. Так как дефект сквозной, для предстоящей костной пластики нижней челюсти необходимо было создать мягкотканное ложе для костного трансплантата. Для этого использовалась пластика филатовским стеблем.
B	1	Какое дообследование необходимо произвести до костно-пластической операции?
Э	-	Так как у больного была удалена злокачественная опухоль, перед реконструктивной операцией необходимо убедиться в отсутствии рецидива и метастазирования, нормализации общего состояния.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Что необходимо выяснить из анамнеза?
Э	-	Из анамнеза необходимо выяснить о проведённой лучевой терапии, дозе, виде лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	3	Какой вид костного трансплантата предпочтителен для пластики дефекта нижней челюсти?
Э	-	Так как больной был подвергнут лучевой терапии, что понижает регенераторные свойства всех тканей, предпочтительно использовать комбинированный аллотрансплантат.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Особенности ухода и питания больного?
Э	-	Питание больного после операции должно быть трубочным, высококалорийным, витаминизированным. Следует обильно орошать полость рта струей раствора антисептиков (5-6) раз в сутки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	005
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 17 лет, в детском возрасте оперирована по поводу двухсторонней полной расщелины верхней губы. При осмотре на верхней губе отмечаются множественные рубцы, губа значительно уплощена. Выраженной асимметрии нет, однако форма нарушена. Основания крыльев носа смещены в сторону и кзади, широки, перегородка носа укорочена, раздвоенный кончик носа подтянут к верхней губе, спинка носа имеет дугообразную форму.
В	1	Составьте план лечения.
Э	-	Предварительная разметка направления разрезов. После обезболивания производят рассечение верхней губы с иссечением деформирующего рубца. Выкраивают лоскуты по Лимбергу, которые перемещают и вшивают в раневую поверхность. Накладывают «матрачный» шов, соединяющий основание крыльев носа и перегородки, и послойно накладывают швы на слизистую оболочку, круговую мышцу верхней губы и кожу.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие изменения происходят с челюстными костями и почему?
Э	-	У больных, оперированных по поводу двухсторонней расщелины верхней губы, с возрастом появляется заметное отставание в росте

		обеих челюстей, а межчелюстная кость вследствие нарушения непрерывности мышечного слоя губы, выдвигается вперёд.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Назовите причины возникновения деформаций, возникающих после операций на верхней губе.
Э	-	А) нарушение, связанное с пороком развития; б) несовершенство методики и техники операции при расщелине губы, в) осложнения в послеоперационном периоде.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	006
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 25 лет, доставлен в челюстно-лицевое отделение на шестые сутки после травмы. Имеется обширная рана нижнего отдела щечной области справа, дефект нижней губы, ткани подбородочной области фронтального отдела нижней челюсти. Вокруг раны и линии швов правой щёчной области отмечается значительный отёк и обильное гнойное отделяемое между швами. Определяется дефект в области нижней челюсти от 43 до 34 и разрыв слизистой оболочки этой области. Оставшиеся открытыми поверхности ран подбородочной области и дна полости рта покрыта серогрязным налетом, отмечается зловонный запах, температура тела 38,5С.
B	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Посттравматический дефект мягких тканей нижнебокового отдела лица и нижней губы справа. Дефект фронтального отдела нижней челюсти. Нагноение раны.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Составьте план лечения.
Э	-	Снятие швов, обработка раны растворами антисептиков, промывание полости рта теплыми антисептическими растворами. Мероприятия общего характера и активная местная терапия. По мере улучшения общего состояния и очищения раны показано оперативное вмешательство. Под местным обезболиванием

		обнажённые участки костных фрагментов обрабатываются костными кусачками или с помощью бормашины и фрезы до кровоточащей кости. Выкраиваются лоскуты из слизистой оболочки преддверия полости рта и обеих щечных областей, закрываются обнаженные участки кости, восстанавливают слизистую оболочку для полости рта и внутреннюю поверхность нижней губы. Фрагменты нижней челюсти фиксируют одной шиной из толстой проволоки, а область дефекта нижней челюсти выполняют пластмассовым вкладышем. После полного иссечения грануляций дефект нижней губы, подбородка и правой щечной области возмещается дугообразными лоскутами с дополнительными разрезами в виде кочерги, содержащими все слои ткани. Ротовое отверстие создается в уменьшенном размере за счёт сохранившиеся верхней губы и боковых лоскутов. В дальнейшем показана костная пластика нижней челюсти.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	007
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 27 лет, обратился с жалобами на невозможность открыть рот. Питается только жидкой пищей. В десятилетнем возрасте перенес диффузный остеомиелит нижней челюсти, рот постепенно закрылся, к 14-15 года заметил деформацию нижнего отдела лица скошенность подбородка, вид птичьего лица. При обследовании у стоматолога обнаружен двусторонний фиброзный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава, что подтверждено рентгенологическим исследованием.
В	1	Чем характеризуется рентгенологическая картина фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава?
Э	-	При фиброзном анкилозе при рентгенологическом исследовании височно-нижнечелюстного сустава определяется деформация суставной головки мыщелкового отростка, а суставная щель в той или иной степени прослеживается, полулунная вырезка ветви нижней челюсти сужена.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения больного.
Э	-	При составлении плана лечения двустороннего анкилоза необходимо произвести оценку деформации лицевого скелета для создания нормального вида лица и прикуса. Следует провести рентгенологические исследования височно-нижнечелюстного

		сустава, с применением компьютерной томографии лицевого черепа, линейные измерения нижней челюсти, продумать методы фиксации нижней челюсти в послеоперационном периоде, выбор трансплантатов для костно-пластической операции, а также иметь в виду другие методы – остеотомии: создание нового или ложного сустава по Великановой, или с применением колпачков на фрагменты нижней челюсти. Если после проведенной остеотомии не удалось исправить контур лица, показана контурная пластика.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Особенности и продолжительность послеоперационного наблюдения и лечения больного.
Э	-	После операции по поводу анкилоза височно-нижнечелюстного сустава необходимо длительное динамическое наблюдение больного. В течение года рекомендуется активная механотерапия нижней челюсти для предотвращения рубцевания и рецидива болезни.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	008
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 30 лет, обратился с жалобами на боли в зубах верхней и нижней челюстей, полное сведение челюстей, невозможность открыть рот, что препятствовало лечению зубов. В раннем детстве больной перенес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно развивалась ограничение открывания рта. Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой, было временное улучшение. Однако после перенесенного простудного заболевания рот вновь закрылся. Питался жидкой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается асимметрия нижнего отдела щечной области справа за счёт деформации и уменьшение в размерах правой половины нижней челюсти. На коже щечной и поднижнечелюстных областей справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смещена вправо. Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. При обследовании движения суставных головок нижней челюсти через наружные слуховые проходы, отмечаются слева слабые движения, а справа движения отсутствуют.
B	1	Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо рентгенологическое

		обследование ВНЧС справа и слева, компьютерная томография лицевого черепа. Линейное измерение размеров нижней челюсти справа и слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава.
Э	-	При костном анкилозе отмечается слияние в единый костный массив суставной головки, и мышцелкового отростка нижней челюсти, суставная впадина и суставной бугорок височной кости, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужены, ветви челюсти укорочена, угол челюсти деформирована в виде шпор.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Наметьте план лечения.
Э	-	После обследования больного с костным анкилозом планируется хирургическое лечение: артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти, суставной головки мышцелкового отростка вместе с ветвью нижней челюсти, что позволяет одновременно восстановить сустав и удлинить ветвь нижней челюсти (по Плотникову).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Какая особенность послеоперационного лечения больных с анкилоза височно-нижнечелюстного сустава?
Э	-	В послеоперационном периоде, когда есть уверенность в приживлении костного трансплантата рекомендуется механотерапия нижней челюсти в течение не менее 1 года со дня операции.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	009
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной, 43 лет, обратился с жалобами на боль в околоушных областях ограничение открывания рта на 2 см, попытка шире открыт рот вызывает резкое усиление боли в области височно-нижнечелюстного сустава и незначительное понижение слуха с правой стороны. Открывание рта сопровождается попеременным смещением нижней челюсти в сторону. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область височно-нижнечелюстного сустава справа. Больное сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Через несколько часов после травмы возник отек и ограничение открывания рта. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает воспаление легких, частые острые респираторные заболевания, за 7 месяцев до полученные травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но болезненности отека мягких тканей в околоушной области слева не было. При пальпации нижняя челюсть при небольшом усилии может перемещаться в любом направлении, сопровождаемая хрустом и резко усиливающимися боли в области височно-нижнечелюстного сустава с двух сторон. При рентгенологическом исследовании контурируются линии перелома суставных отростков нижней челюсти со смещением. Лицо асимметрично за счет отека мягких тканей околоушных областей и смещения подбородка кзади. При пальпации зоны отека болезненные, подвижности суставных головок не определяется. В полости рта отмечается несмыкание зубов во фронтальном отделе, нарушения целостности альвеолярных отростков не обнаружено. Симптом нагрузки резко положительны с обеих сторон в области суставных отростков.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Перелом нижней челюсти в области основания суставных отростков с двух сторон со смещением. Острый посттравматический артрит височно-нижнечелюстного сустава.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Наложение бимаксиллярных шин с зацепными петлями с межчелюстной резиновой тягой под местной анестезией с премедикацией. Затем с помощью резиновых пилотов-распорок, помещённых на моляры с обеих сторон и межчелюстной резиновой тяги, подбородочной пращи, необходимо попытаться сопоставить смещённые фрагменты в правильное положение, контролируемое рентгенологическим исследованием. Если это не удастся сделать, то таких пациентов необходимо госпитализировать в стационар для операции остеосинтеза нижней челюсти, сопоставления смещённых фрагментов с фиксацией проволочным костным швом, металлической пластиной или спицей.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	010
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 61 год, обратился в клинику с жалобами на приступообразные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроизвольно. Из анамнеза выяснено что болен в течение 10 лет, лечился у невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация 3 ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, острые респираторные заболевания, гипертоническую болезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в Нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. Полость рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая оболочка без патологических изменений.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больного на приступообразные боли с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва справа, она свидетельствует о невралгии 3 ветви тройничного нерва справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Невралгия 3 ветви тройничного нерва справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Следует провести комплексное обследование больного у невропатолога отоларинголога и терапевта, а также провести рентгенологическое обследование канала нижнечелюстного нерва справа и диаметра ментального отверстия справа. При выявлении

		патологических факторов, например, сужение канала кистой или новообразованием требуется оперативное вмешательство. Если данных причин не выявлено, то назначаются противоэпилептические средства, витамины группы В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и средства, используемые при лечении больного сопутствующей патологии (гипертонической болезни).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	011
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 48 лет, обратился в клинику с жалобами на слабые постоянные, ноющие боли в области левой половины лица, неприятные ощущения в коже, ограничение подвижности мягких тканей в области левой половины лица и на наличие новообразования на языке. Из анамнеза выяснено, что заболел неделю назад после сильного переохлаждения, пытался лечиться домашними средствами, без эффекта. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается отек мягких тканей лица слева, пальпация болезненна, особенно в околоушно-жевательной области слева. Кожа левой половины лица ограничено подвижна. Больной не может полностью сомкнуть веки и «задуть свечу», при попытке оскалить зубы отмечается ограничение подвижности нижней губы слева, угол рта слева опущен. В полости рта на языке имеется новообразование мягкой эластичной консистенции, на тонком основании, подвижное, безболезненное, мягкие ткани не инфильтрированы.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	На основании клинической картины, анамнеза и местного статуса можно предположить неврит лицевого нерва слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Неврит лицевого нерва слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение должно быть комплексным. Следует обследоваться у невропатолога и стоматолога. Назначаются витамины группы В, противовоспалительное, седативная терапия, иглорефлексотерапия, физиолечение, терапия гипербарической оксигенацией.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Не характерным признаком является наличие новообразования в области языка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	012
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 20 лет, поступил в клинику с жалобами на покраснение кожи лица и волосистой части головы, наличие пузырей с прозрачной желтоватой жидкостью в области носа, подбородка, головы, жгучие боли перечисленных областей. Также пациента беспокоит слабость, ухудшение самочувствия. Из анамнеза выяснено, что 2 часа назад оказался в очаге возгорания на производстве, получил ожоги лица и волосистой части головы, обожженные поверхности сразу были обработаны спиртом в медпункте. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. По общему статусу считает себя здоровым. При местном осмотре определяется отечность и гиперемия кожи лица, наличие тонкостенных пузыри с серозным содержимым на носу, губах, подбородке, скуловых областях, два пузыря на губах лопнули. Обнажилась ярко-красная мокнущая поверхность, болезненное при движении губ. Также имеется участок гиперемии кожи на волосистой части головы в лобной области.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больного на наличие резко болезненных, гиперемированных участков кожи и наличие пузырей в сочетании с данными анамнеза, а также данные местного осмотра свидетельствуют о различной глубине повреждений кожи лица: состояние кожи носа, губ, подбородка, скуловых областей соответствует второй степени ожога, поражение участков кожи лица и волосистой части головы соответствуют ожогу первой степени.

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Ожог лица и волосистой части головы I-II степени.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план лечения.
Э	-	Введение обезболивающих средств, противостолбнячной сыворотки, сердечных средств, назначение антибиотиков, питья местное лечение при открытом способе предусматривает применение препаратов, способствующих профилактике вторичной инфекции и стимулирующих эпителизацию.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	013
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 19 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость под подбородочной области, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, болезненность в этой области, невозможность приема твердой пищи, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил огнестрельное сквозное ранение в подбородочный отдел нижней челюсти, доставлен скорой помощью в стационар по месту жительства, где общим хирургом была проведена первичная хирургическая обработка раны и временная иммобилизация фрагментов с помощью мягкой подбородочной пращи. Направлен в стационар областной больницы, где повторно проведена хирургическая обработка, наложен наружный аппарат для остеосинтеза. Проводилось комплексное лечение, но через месяц после ранения появились признаки вторичного инфицирования раны, гнойное отделяемое, кожа гиперемирована. При рентгенологическом исследовании подбородочного отдела нижней челюсти отмечаются тени свободно лежащих мелких секвестров.
B	1	Проведите обоснование диагноза
Э	-	Жалобы больного свидетельствует о воспалительном процессе в подбородочном отделе нижней челюсти. Крупный осколок,

		оставленный во время первичной хирургической обработки и фиксированный аппаратом внеочаговой фиксации рентгенологическими признаками некроза, консолидации между ним и фрагментами нижней челюсти мет, по всей вероятности он соответствует зоне молекулярного сотрясения тканей и в настоящее время его следует удалить вместе с секвестрами.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Травматический огнестрельный Остеомиелит нижней челюсти в подбородочном отделе на стадии формирования секвестров.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Следует удалить секвестры и провести костную пластику образовавшегося дефекта нижней челюсти.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	014
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость в области нижней челюсти слева, подбородочном отделе, подвижность зубов и воспаление десен. Из анамнеза выяснено, что 6 недели назад получила травму челюсти, лечилась в стационаре и амбулаторно по поводу перелома подбородочного отдела нижней челюсти. Через месяц при снятии тяги отмечалась подвижность фрагментов, направлена на консультацию. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет. В настоящее время отмечаются изменения со стороны внутренних органов, связанные с сопутствующей патологией (больна в течение 10 лет). При местном осмотре: отмечается припухлость в подбородочном отделе нижней челюсти, пальпация несколько болезненно, кожа не гиперемирована. В полости рта: подвижность зубов II степени, генерализованный гингивит, шины фиксированы хорошо, прикус адаптирован, при снятии эластической тяги определяется незначительная подвижность фрагментов. При

		рентгенологическом исследовании отмечается консолидация костных фрагментов в подбородочном отделе нижней челюсти на стадии первичной костной мозоли, стояние фрагментов правильное.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Жалобы больной на безболезненную припухлость в области нижней челюсти слева. Данные анамнеза о полученной 6 недельный травме нижней челюсти подбородочном отделе и своевременном адекватном лечении перелома, в сочетании с данными анамнеза жизни о заболевании в течение 10 лет сахарным диабетом, а также отсутствие воспалительных изменений в области перелома и данные рентгенологического исследования о консолидации переломов стадии первичной костной мозоли через 6 недель после травмы свидетельство замедленной консолидации перелома нижней челюсти в области подбородка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Замедленная консолидация перелома нижней челюсти в области подбородочного отдела.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение консервативное. Ношение шин до образования вторичной костной мозоли. Общеукрепляющая терапия. Консультация эндокринолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Какое значение для составления плана лечения имеет состояние зубов и слизистой оболочки полости рта?
Э	-	Генерализованный гингивит часто сопутствуют сахарному диабету, что требует лечение у пародонтолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	015
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней черепной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом нижней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицей и костей таза. Множественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Бригадой Скорой помощи проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.
В	1	Какова преимущество оказания специализированной врачебной помощи?
Э	-	Лечебную иммобилизацию фрагментов челюстей, репозицию и фиксацию скуловой кости и дуги следует отложить на 3-5 дней по мере выхода больного из шока. В эти же сроки одновременно можно производить вмешательства по поводу перелома ключицы и костей таза.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Обоснуйте сроки оказания специализированной помощи челюстно-лицевым хирургом.
Э	-	Для того, чтобы вывести пострадавшую из тяжелого состояния, нужно как можно скорее добиться ликвидации болевой импульсации из очагов повреждений. Более ранняя надежная иммобилизация фрагментов челюстей, скуловой кости и дуги не только по служит средством профилактики в последующем различных осложнений, но и явится мероприятием по борьбе с шоком.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	016
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику поступил больной, 30 лет, с жалобами на сильную головную боль, хруст в ушах во время движения головой. Травму получил 2 часа назад на работе, при смене положения детали на движущемся станке деталь выскочила и задела среднюю часть лица. Сознание терял, имеется тошнота и неоднократная рвота. Около года назад был перелом нижней челюсти в области

		подбородка и угла слева. При осмотре определяется западение средней зоны лица, деформация спинки носа с переломом костей и деформации перегородки, выпячивание правого глазного яблока, симптом «очков», боль при глотании, поверхностная пальпация без особенностей. Внутриротовая пальпация подвижности фрагментов верхней челюсти не выявляет, имеются кровянистые выделения из носа. В полости рта открытый прикус, 38 отсутствует; подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение костной ткани по нижнему краю челюсти слева в области 33 и 34.
В	1	Проведите обоснование диагноза, укажите недостающие для постановки диагноза сведения.
Э	-	В связи с тем, что деталь задела среднюю часть лица, наблюдается вколоченный перелом верхней челюсти. При этом фрагмент верхней челюсти вклинивается в кости основания черепа, из-за чего и происходит вдавление среднего отдела лица и как следствие этого возникает деформация спинки и перегородки носа. Экзофтальм справа имеется вследствие кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку. Боль при глотании связана с переломом крыла основной кости. Недостаёт данных о наличии ликвореи, а также данных рентгенографии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Вколоченный перелом верхней челюсти по Ле Фор I (верхний уровень).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Под наркозом проводится оперативное репозиция фрагментов верхней челюсти с подвешиванием их к соседним расположенным выше переломах костей по методу Адамса; вправление костей носа с фиксацией их путем тампонады. Медикаментозное лечение: антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины. Консультация и лечение невропатолога.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Признаки, не характерные для данного заболевания, это утолщение кости нижней челюсти в области бывшего перелома. Связано это с явлениями консолидации и образования костной мозоли.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	017
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пищи. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы ступеньки в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.
В	1	Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза?
Э	-	Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие ступенек. Недостаёт данных рентгенографии.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.

Э	-	Перелом верхней Челюсти Ле Фор II
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте план лечения.
Э	-	Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксиллярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки, оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Назначаются противовоспалительные, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	018
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболеваний отмечает детские простудные болезни, хронический бронхит, около года назад был перелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяется ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выраженный отек средней зоны лица с кровоизлиянием в области век и конъюнктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парестезии мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом ступеньки в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации определяется подвижность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвижности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется значительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева.
В	1	Приведите обоснование диагноза, каких данных недостает для подтверждения диагноза.

Э	-	Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, имеются кровянистые выделения из носа, разрушение пазухи и как следствие этого подкожная эмфизема, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие ступенек. Недостает данных рентгенографии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Перелом верхней челюсти Ле Фор II
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксиллярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки, оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Назначаются противовоспалительные, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующих перелом нижней челюсти?
Э	-	Для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти значения не имеет.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	019

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику был доставлен больной, 24 лет, с жалобами на сильную головную боль, хруст в ушах при движении головой. Из анамнеза выяснено, что травму получил на производстве во время удара тяжелым предметом среднюю часть лица. Сознание терял на непродолжительное время. При осмотре определяется отек среднего отдела лица, а также удлинение и уплощение лица кровоизлияние в область нижних и верхних век обоих глаз – симптом «очков», имеется деформация спинки и перегородки носа, прикус открытый, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), имеется боль при глотании, поверхностная пальпация без особенностей. При внутриротовом исследовании подвижность фрагментов определить не удается. Имеются кровянистые выделения из носа.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	В связи с тем, что сильный удар пришелся в среднюю часть лица, наблюдается вколоченный перелом верхней челюсти. При этом фрагмент верхней челюсти вклинивается в кости основания черепа, из-за чего и происходит вдавление среднего отдела лица и как следствие этого возникает деформация спинки и перегородки носа. Экзофтальм справа имеется вследствие кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку. Боль при глотании связана с переломом крыла основной кости. Недостаёт данных о наличии ликвореи, а также данных рентгенографии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставь диагноз.
Э	-	Вколоченный перелом верхней челюсти по Ле Фор I (верхний уровень).
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте план лечения
Э	-	Под наркозом проводится оперативное репозиция фрагментов верхней челюсти с подвешиванием их к соседним расположенным выше переломах костей по методу Адамса; вправление костей носа с фиксацией их путем тампонады. Медикаментозное лечение: антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины. Консультация и лечение невропатолога.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	020
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 20 лет, в результате автоаварии получил травму нижней челюсти. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. На 3 сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см, пальпаторно определяется болезненность в области мышцелкового отростка слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышцелкового отростка: болезненная пальпация области ветви, надавливании на подбородок вызывает боль в области мышцелкового отростка. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Перелом нижней челюсти справа в области основания мышцелкового отростка со смещением.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующих перелом нижней челюсти?
Э	-	Для составления плана лечения в предшествующих консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	021
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на 3 сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица, поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей околушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмечается патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фрагменте нижней челюсти справа.
B	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	На основании данных о месте приложения силы, направлении смещения фрагментов нижней челюсти, состоянии прикуса после травмы можно поставить предварительный диагноз: перелом нижней челюсти справа в углу.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составление плана лечения?
Э	-	Чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения, необходимо провести рентгенологическое обследование. Это нужно для уточнения линии перелома, решения вопроса о том, как поступить с зубом, находящимся в области щели перелома, а также о состоянии тканей в области прежнего перелома.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующей перелом нижней челюсти?
Э	-	Предшествующей перелом нижней челюсти слева не имеет значения для составления плана лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	022
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 38 лет, обратился с жалобами на увеличение и болезненность правой околоушной слюнной железы, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Во время приема пищи боли резко усиливаются, принимают распирающие, колючий характер. Железа при этом ещё больше увеличивается в размерах. Приблизительно в течение часа после приёма пищи боли и припухлость уменьшаются. Болен около пяти лет, однако вышеперечисленные симптомы были гораздо менее интенсивными и не беспокоили больного, а временами вообще исчезали, поэтому к врачу не обращался. Правая околоушная железа увеличена в размерах, упруго-эластической консистенции, подвижна, болезненна. В области правого стенона протока пальпируется плотный безболезненный тяж, в диаметре 0,5 см. При массаже правой околоушной железы из устья протока выделяется скудное количество мутной слюны с хлопьевидными гнойными включениями. Слизистая оболочка над протоком слабо гиперемирована, отёчна.
B	1	Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
Э	-	Можно предположить наличие слюннокаменной болезни правой околоушной слюнной железы, либо хронический сиалодохит в стадии обострения, т.к. налицо симптомы ретенции слюны.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Каких сведений не достаёт для постановки диагноза?
Э	-	Не достаёт данных объективного обследования: определяется ли пальпаторно конкремент, новообразование или рубец, т.е. образование, способствующее нарушению оттока слюны. Не

		достаёт рентгенологического исследования и контрастной сиалогграфии в области правой околоушной слюнной железы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Составьте план обследования и лечения.
Э	-	После проведения рентгенологического исследования и контрастной сиалогграфии в случае обнаружения конкремента, необходимо планировать его удаление после снятия воспалительных явлений. В случае установления сиалодохита необходимо выяснить причину, способствующую сужению протока в проксимальном отделе. При наличии образования, сдавливающего проток, - удалить образование. Если причину сдавливания протока выявить не удалось, необходимо провести бужирование протока. В случае неудачи – пластическое расширение устья протока. В любом случае для купирования острых воспалительных явления необходимо проведение местной и общей противовоспалительной терапии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	023
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой поднижнечелюстной области, существующую в течение 2 лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распирающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратиться к врачу. Правая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болезненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижнечелюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протокам не изменена. При массаже железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.
V	1	Какие заболевания можно предположить?
Э	-	Учитывая характерные жалобы, а также присутствие воспалительного компонента, можно предположить наличие слюннокаменной болезни правой поднижнечелюстной слюнной железы. Однако, симптомы ретенция слюнной могут быть вызваны наличием опухоли, сдавливающей крупные выводные протоки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью

		или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
Э	-	Наиболее значимым дополнительным методом исследования является рентгенологическим. Рентгенограммы выполняются в аксиальной и боковой проекциях. В случае обнаружения конкрементов диагноз не представляет сомнений. Если конкременты не контрастируются, можно предположить наличие опухолевого процесса, необходимо провести контрастную сиалографию. Диагноз опухоли также должен быть подтвержден цитологическим методом исследования.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	В чём может заключаться лечение?
Э	-	Как при наличии конкрементов в теле железы, так и при наличии доброкачественной опухоли необходимо хирургическое лечение: удаление железы в условиях стоматологического стационара.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	024
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 45 лет, около 3 месяцев назад получил травму: ранение осколком стекла левой околоушно-жевательной области. Первичная хирургическая обработка резаной раны с ушиванием была произведена в травматологическом пункте по месту жительства. Сразу после ранения обнаружено неполное смыкание век левого глаза, однако в настоящее время степень смыкания век увеличилась. Вскоре после травмы в области рубца обнаружено округлое образование с медленным ростом, безболезненно. Определяется неполное смыкание век левого глаза, выраженные явления конъюнктивита слева. Других симптомов пареза мимической мускулатуры не выявлено. В левой околоушно-жевательной области на коже определяется линейный, вертикально расположенный рубец, длиной около 7 см, мягкий, безболезненный. В верхних отделах околоушно-жевательной области определяется образование округлой формы, в диаметре 1,5 см, безболезненное. Функция слюноотделения не нарушена. Кожа над новообразованием обычной окраски, собирается в складку.

В	1	Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
Э	-	Учитывая травму в анамнезе и относительно медленный рост новообразований, связанный с этой травмой, с наибольшей вероятностью можно предположить наличие кисты околоушной слюнной железы слева. Однако необходимо провести дифференциальную диагностику между кистой и следующими заболеваниями: эпителиальные опухоли околоушной слюнной железы (доброкачественные и злокачественные), эпидермальная киста, осумковавшаяся гематома, врожденная преддужная киста.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Каких сведений недостает для постановки диагноза?
Э	-	Недостает данных объективного обследования: консистенция новообразования, его границы, смещаемость, характер поверхности, состояние лимфоузлов. Недостает дополнительных методов исследования: прежде всего цитологического.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какова тактика лечебных мероприятий в зависимости от возможного диагноза?
Э	-	В любом случае лечение хирургическое: удаление новообразования. От конкретного диагноза зависит только объем удаляемых тканей. При кистах – удаление оболочки кисты, при доброкачественной опухоли - удаление опухоли с прилежащими тканями железы, при злокачественной опухоли удаление всей железы и операции на лимфатическом аппарате шеи. Учитывая у больного наличие неврита лицевого нерва слева, необходимо назначить нейротропную терапию после консультации с неврологом.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	025
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 18 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного новообразования в левой околоушно-жевательной области. Обнаружил около 7-8 месяцев назад. Медленно увеличивалось в

		размере. Из анамнеза около года назад была травма левой околоушно-жевательной области. В верхних отделах околоушно-жевательной области слева определяется образование, мягко эластической консистенции, размером 2,0x2,0 см, ограниченное, подвижное, с четкими контурами, с кожей не спаяно, кожа над ним в цвете не изменена. Страна из левого протока выделяется чистая в достаточном количестве. При контрастной сиалографии обнаружен участок дефекта наполнения протоков железы с четкими контурами соответствующий проекции новообразования. При рентгенологическом исследовании выявлено аномальное положение 48, смещенного в нижние отделы ветви нижней челюсти слева. Вокруг 48 определяется участок разрежения костной ткани с четкими контурами. При пункции новообразования получена прозрачная вязкая жидкость в большом количестве, после чего размеры образования уменьшились.
В	1	Поставьте предварительный диагноз, Составьте план лечения.
Э	-	Киста околоушной слюнной железы слева. Лечение хирургическое в условиях стоматологического стационара. Под наркозом проводится удаление оболочки кисты, при этом необходимо учитывать топографию ветвей лицевого нерва во избежание их ранения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	С чем могло быть связано появление данного заболевания?
Э	-	Появление кисты могло быть связано с травмой, в результате которой произошло разрушение протоков с последующим рубцеванием и нарушением слюноотделения. В результате ретенции слюны образовалась киста.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они могут быть связаны?
Э	-	Несущественными для данного заболевания признаками является обнаружение ретинированного, дистопированного 48 с участком разрежения костной ткани по периферии. Это может свидетельствовать о наличии у данного больного зуба содержащие кисты. Необходимо планировать операцию цистэктомии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
Н	-	026
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику поступил больной, 32 лет, с диагнозом абсцесс корня языка. После обследования поставлен диагноз врожденной кисты корня языка в стадии острого воспаления, который в дальнейшем подтвердился.
В	1	Какие анамнестические данные и клинические симптомы характерны для кисты корня языка в стадии воспаления?
Э	-	Анамнестические данные: ощущение увеличения объема корня язык, а ощущение незначительного затруднения, неловкости при глотании, существующие длительное время. Периодически в период обострения возможно появление боли при глотании, разговоре, затруднение глотания. Симптомы: язык приподнят кверху, слизистая оболочка спинки языка в области задней его трети несколько гиперемирована, а в области челюстно-язычного желобка справа и слева отечна, ограничены движения языка вперед, болезненность при надавливании на область корня языка. В случае больших размеров кисты при пальпации определяется эластическое новообразование в области корня языка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какого характера неотложная помощь может понадобиться больному?
Э	-	Вскрытие полости кисты, возможно наложение трахеостомы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Проведение противовоспалительной терапии, физиолечение не назначают. При ликвидации воспалительных явлений требуется хирургическое удаление кисты с резекцией тела подъязычной кости.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	027

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 48 лет, обратился с жалобами на периодическое, примерно раз в полгода, появление новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Новообразование увеличивается до определенных размеров, затем быстро исчезает. При этом больной ощущает появление густой жидкости в горле. Впервые обнаружил появление образования около 5 лет назад. Никуда не обращался. При осмотре выявлено устье свищевого хода в области верхнего полюса небной миндалины слева. Других патологических изменений не обнаружено.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Врожденный неполный внутренний боковой свищ шеи слева.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Наметьте план обследования и лечения.
Э	-	Необходимо в целях дообследования проведение фистулографии. Лечение заключается в хирургическом иссечении свища в условиях стационара. Перед операцией необходимо свищевой ход покрасить анилиновым красителем. По возможности ввести металлический проводник для лучшей ориентировки в тканях.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	С чем связаны жалобы больного?
Э	-	Жалобы больного связаны с наличием бокового свища, который периодически закрывался. В результате этого свищевой ход заполнялся экссудатом. Свищ превращался в кисту. После достижения определенного давления экссудата свищевой ход прорывался и экссудат попадал в полость глотки.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
И	-	028
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 49 лет, жалуется на боли в правой половине лица, сукровичное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Боли появились три месяца назад. К врачам не обращался.

		Боли купировал путем приема большого количества анальгетиков. Выделения и запах появились около 2 недель назад. После осмотра полости рта отмечается выраженное подвижность интактных жевательных зубов верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Рак верхней челюсти справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Приведите его обоснование.
Э	-	Давность заболевания, локализация, симптоматика, боли, подвижность зубов, выделения из носа и специфический запах позволяет предположить наличие рака верхней челюсти справа. В соответствии с местным статусом новообразование исходит из наружно-заднего сегмента верхнечелюстной пазухи по Онгрону.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
Э	-	Рентгенологическое морфологическое обследование.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Составьте план лечения.
Э	-	Провести предоперационную лучевую терапию, изготовить obturator на верхнюю челюсть, провести операцию половинной резекции верхней челюсти справа с одномоментным удалением лимфатического аппарата шеи справа, послеоперационный курс лучевой терапии, реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	029

И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 42 года, жалуется на образование в области десны с вестибулярной поверхности В проекции 37 и 38. В левой поднижнечелюстной области пальпируется группа лимфатических узлов с ограниченной подвижностью. При осмотре определяется образование, размером до 3,0 см, на широком основании, начинающаяся от шеек 37,38 до переходной складки. На вершине образование имеет язвенную поверхность, легко кровоточащая, безболезненная, 37 и 38 резко подвижны во всех направлениях. За последние шесть месяцев у больной дважды проводилась операция иссечения «эпулиса» в этой области без гистологического исследования. При рентгенологическом исследовании тела нижней челюсти слева определяется участок деструкции костной ткани альвеолярного отростка в области корней 37 и 38, без четких границ с узурированной структурой. У 37 дистальный и у 38 мезиальный корни резорбированны на 1/3 от верхушек.
В	1	Проведите дифференциальный диагноз.
Э	-	На основании анамнеза и наличии рецидива, осмотра, резкой подвижности 37-38, рентгенологического исследования, можно предположить наличие рецидива гигантоклеточного эпулиса, остеокластомы или о возможном их озлокачествлении на фоне двух рецидивов, что подтверждается наличием увеличенных лимфозулов в поднижнечелюстной области слева.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие необходимы исследования надо провести для постановки окончательного диагноза?
Э	-	Для уточнения диагноза необходимо провести морфологическое исследование, в данном случае цитологическое, не только новообразования, но и лимфатических узлов.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
И	-	030
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 36 лет, обратился с жалобами на обширную язва полости рта протяжённостью от 35 до 45 и располагающуюся в основном между подъязычными валиками и телом нижней челюсти. В среднем отделе язва распространилась на нижнюю поверхность языка, что привело к тугоподвижности языка и вследствие этого к затруднению речи и приема пищи. При осмотре отмечается

		плотный конгломерат лимфатических узлов в подподбородочной и поднижнечелюстной областях слева, определяются значительно увеличены и малоподвижные два лимфатических узлов в среднебоковом отделе шеи справа.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Диагноз: рак дна полости рта, нижней поверхности языка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Дайте ему обоснование.
Э	-	Предоперационная лучевая терапия, резекция фронтального участка тела нижней челюсти, иссечение мягких тканей дна полости рта, половинной поперечной резекцией языка с одномоментным иссечением лимфатического аппарата шеи.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Наметьте и составьте план обследования больного для уточнения диагноза.
Э	-	Рентгенологическое обследование нижней челюсти на наличие или отсутствие метастазов в отдаленные органы; следует провести морфологическое исследование новообразования
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	031
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка слева. Когда и в связи с чем появились данные проблемы, пациент точно сказать не может. Однако, около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, была проведена операция остеосинтеза нижней челюсти слева. Имеется некоторое нарушение конфигурации лица за счёт отека мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование синюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции,

		безболезненно при пальпации, размером 1,5x2,5 см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, при пальпации по нижнечелюстному краю в проекции 35, 37 определяется утолщение кости.
В	1	Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Явление кровоточивости в области языка слева, новообразование синюшного цвета с бугристой поверхностью и элементами изъязвления обосновывают диагноз.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Поставьте диагноз.
Э	-	Диагноз: кавернозная гемангиома в области боковой поверхности языка слева.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения.
Э	-	Иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с предварительным прошиванием окружающих тканей. Этот метод может сочетаться с введением склерозирующих веществ и последующим иссечением склерозированной части языка.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	4	Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.
Э	-	Не характерными для данного заболевания являются: отёк мягких тканей в области тела нижней челюсти слева (лимфостаз из-за травмы и операции). Утолщение нижнечелюстного края вызвано явлениями консолидации и образования костной в мозоли в области перелома.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	032
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ		
У	-	Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость беспокоит больного в течение 2 лет, вначале она была незначительных размеров потом стала медленно увеличиваться, периодически боль усиливалась, повышалась температура тела. Проводились разрезы в полости рта соответственно 36, 37, 38. Постепенно в центральном отделе уплотненного очага тела нижней челюсти справа образовался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются детские болезни, частые ангины. За последние полгода выявлен риногенный двусторонний гайморит. Соответственно тела нижней челюсти слева определяется воспалительный инфильтрат округлых очертаний, плотный и безболезненный при пальпации, в центре которого кожа цианотична, истончена, не смещается и наличие свищевого хода с небольшим гнойным отделяемым и грануляционной тканью. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани в области верхушек корней 36, размером 0,3 до 0,4 см, а также дистопия 38.
В	1	Поставьте диагноз и Проведите обоснование диагноза.
Э	-	Аденоактиномикоз (абсцидирующая форма) поднижнечелюстного лимфатического узла. Диагностика основывается на сопоставлении данных клинко-рентгенологического, цитологического и гистологического исследования. На фоне характерной клинической картины. Если в цитологических препаратах обнаруживается мицелий актиномицетов, а в гистологических препаратах ткани лимфоузла, обилие мицелия актиномицетов и в некоторых случаях наличие друз, полученные данные служат для постановки окончательного диагноза – аденоактиномикоза.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение аденоактиномикоза заключается в удалении первичного очага одонтогенной хронической инфекции, послужившего причиной развития актиномикоза, вскрытие абсцесса с проведением тщательного кюретажа и дренирования, а также в комплексе местной и общей консервативной терапии с обязательным проведением курсов иммуностимулирующей терапии лечебным актинолизатом и проведением физиотерапевтических методов лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	3	Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
Э	-	Признаки, не характерные для актиномикоза, это наличие двустороннего гайморита.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
Н	-	033
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 18 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области слева. Из анамнеза выяснено что припухлость в поднижнечелюстной области обнаружили врачи при осмотре. Больной отмечает субфебрильную температуру тела, общую слабость, потерю аппетита. В анамнезе 3 месяца назад перенес пневмонию. Отмечается увеличение поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов, они имеют плотно-эластическую консистенцию, бугристую поверхность, четко контурируются, их пальпация слабо болезненная. Кожные покровы в цвете не изменены, открывание рта свободное. Полость рта санирована.
В	1	Поставьте предварительный диагноз.
Э	-	Предварительный диагноз вторичный туберкулезный лимфаденит подчелюстных и шейных лимфатических узлов.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план дополнительных исследований.
Э	-	Кроме изучения клинических данных используются специальные методы диагностики и вспомогательные. При эндоскопическом исследовании выявлены изменения в лёгких. Реакции Перке и Манту положительные. В отделяемом обнаруживаются микобактерии туберкулеза; в пунктате лимфатического узла у больных с туберкулезным лимфаденитом выявляются гигантские клетки Пирогова-Ланганса. Патологическое исследование ткани лимфоузла позволяет обнаружить туберкулезную гранулёму.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Поставьте диагноз.
Э	-	Учитывая клинические данные и проведённые специальные методы диагностики окончательный диагноз вторичный

		туберкулезный лимфаденит поднижнечелюстной и шейных лимфатических узлов; первичный очаг в лёгких.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	4	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение туберкулеза должно быть комплексным в специализированной клинике. Задача стоматолога в санации полости рта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	034
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа и верхнем отделе шеи справа. Припухлость обнаружена случайно 3 месяца назад. К врачам не обращался, так как припухлость не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские болезни. В последнее время появилась охриплость голоса. Больной курит. В поднижнечелюстной области справа и в верхнем отделе шеи справа определяются увеличенные лимфатические узлы, расположенные в виде цепочки, не спаянные между собой и окружающими тканями, безболезненные, твёрдые по плотности. Открывание рта свободное. В полости рта выявлена веррукозная лейкоплакия. Полость рта не санирована.
V	1	Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	В данном случае можно поставить диагноз сифилитический лимфаденит поднижнечелюстных и верхнебоковых шейных лимфатических узлов. Диагностика основывается на сопоставлении данных клинического течения заболевания, при этом заболевании лимфатические узлы могут достигать больших размеров, иметь хрящеподобную консистенцию за счёт склерозирования, быть безболезненными оставаться неспаянными между собой и окружающими тканями. Специфические реакции дают положительную реакцию. В пунктате выявляются бледные трепонемы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение больных сифилисом проводится в венерологической клинике.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или
P0	-	Ответ частично неверен
		Неверный ответ.
В	3	Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.
Э	-	Признаки, не характерные для данного заболевания, веррукозная лейкоплакия слизистой оболочки полости рта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или
P0	-	Ответ частично неверен
		Неверный ответ.
Н	-	035
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 45 лет, поступила с жалобами на резкие боли в горле, усиливающиеся при глотании, резкое ограничение и болезненность при открывании рта, появившуюся незначительную, но резко болезненную припухлость в области угла нижней челюсти справа. Перечисленные симптомы появились после того, как 2 дня назад в поликлинике по месту жительства была произведена операция удаления ретинированного, дистопированного 48. В течение 10 лет наблюдается у хирурга-стоматолога по поводу капиллярные формы лимфангиомы щечной области и нижней губы слева. Роста новообразования не отмечалось. Через сутки после удаления 48 тканей в области лимфангиомы стали более плотными, болезненными, опухоль увеличилась в объеме, кожа над ней стала незначительно гиперемирована. В челюстно-лицевом отделении дежурной клиники поставлен диагноз флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено большое количество гнойного отделяемого, назначена медикаментозная терапия. Однако в течение последующих суток состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура тела, появились и стали усиливаться боли за грудиной. Обнаружен отёк и пастозность кожи в области яремной вырезки, распространяющиеся на надключичные пространства. Перкуссия грудины болезненна. Боль усиливалась при запрокидывании головы и при вдохе. Больная не могла лежать, сидела в постели с опущенной к груди головой.
В	1	Поставьте диагноз, Укажите основные признаки, характерные для данного диагноза.

Э	-	Одонтогенный медиастинит. Наиболее характерные признаки: вынужденное положение, загрудинные боли, усиливающиеся при перкуссии грудины, при вдохе. Отек в области яремной вырезки, боли при запрокидывании головы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Опишите вашу лечебную тактику.
Э	-	Необходима госпитализация больной в отделение торакальной хирургии, где помимо операции вскрытия и ревизии клетчатки средостения необходимо дополнительное внеротовое вскрытие окологлоточного пространства. В случае локализации гнойного процесса в верхнем средостении, обе эти операции проводятся из единого разреза.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они связаны?
Э	-	Существенными признаками являются появление болей и инфильтрации в области лимфангиомы, которые характеризуют воспаление опухоли.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	036
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 38 лет, находится на лечении в клинике в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалительного процесса на переднебоковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.
В	1	Поставьте диагноз, Проведите его обоснования.

Э	-	Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства. О генерализации процесса свидетельствует наличие гнойничков на коже, болезненность при пальпации печени и правого тазобедренного сустава, которые могут свидетельствовать о развитии там метастатических гнойных очагов.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Каких сведений недостает для уточнения диагноза?
Э	-	Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечебных мероприятий.
Э	-	План лечебных мероприятий: перевод больного в отделение интенсивной терапии, ревизия вскрытых клетчаточных пространств, консультация общего хирурга, проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержания и восстановления жизненно важных функций.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	037
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющиеся на корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удаление 45, 46, 37 по поводу хронического

		периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, также предъявляет жалобы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, симптом поколачивания резко положительный, печень выступает из-под рёберной дуги на 2,0 см, резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ – 55 мм/час, гипопроотеинемия. В моче определяется высокое содержание белка и лейкоцитов.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
Э	-	Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры. Необходимо перевести больного в стационар хирургического профиля, где будут исследованы печень и почки, так как имеются данные за развитие в них метастатических гнойных очагов.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии адекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?
Э	-	Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кров. Способствует развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	038
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 43 лет, 2 недели назад обратился в медсанчасть по месту работы по поводу фурункула верхней губы. Врачом была назначена повязка с ихтиоловой мазью на область фурункула. В течение последующих трех дней больной к врачу не обращался, самостоятельно пытался удалить некротический стержень, после чего его состояние стало резко ухудшаться. Появились головные боли, слабость, озноб, повышение температуры тела. Нарастал отек правой половины лица. Бригады скорой помощи больной доставлен в челюстно-лицевой стационар. При поступлении состояние средней тяжести, отмечается выраженная интоксикация, озноб, температура тела 39,5С. Выраженный отек средней зоны лица справа. В области верхней губы абсцедирующий фурункул со сформировавшимся стержнем, выделяется гной. По ходу угловой вены справа пальпируется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожа над ним гиперемирована, напряжена, имеет синюшный оттенок. Конъюнктивы век отечны, гиперемированы. Движение глазных яблок свободное безболезненно. Больному произведено вскрытие гнойного очага в области фурункула и по ходу угловой вены. Несмотря на проведенное местное и общее противовоспалительное лечение состояние больного продолжало ухудшаться. Присоединились признаки выпадения функции черепно-мозговых нервов: глазодвигательного, блокового и отводящего, что сопровождалось септикопиемическим состоянием. Развился отек век и экзофтальм с 2 сторон, нарушение зрения.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Абсцедирующий фурункул верхней губы справа. Тромбофлебит угловой вены справа. Тромбоз пещеристого синуса. Септикопиемия.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Перечислите основные признаки, характеризующие данный вид осложнений
Э	-	Для гнойного тромбофлебита угловой вены характерно наличие инфильтрата в виде тяжа по ходу данного сосуда на фоне выраженной интоксикации. Для тромбоза пещеристого синуса характерно выпадение функции черепно-мозговых нервов, двусторонний экзофтальм, нарушение зрения, а также септическое состояние. Возможно присоединение менингеальных симптомов.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
В	3	Консультация каких специалистов необходима при лечении данного больного?
Э	-	Необходимы консультация невропатолога, нейрохирурга, терапевта общего профиля, окулиста.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	039
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 55 лет, поступил в клинику с диагнозом флегмона дна полости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространство слева. При поступлении флегмона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы 35 и 36. Назначена массивная антибактериальная и инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермиттирующий характер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. Постепенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.
В	1	Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
Э	-	Сепсис. Развитие септического шока с возникновением метастатических гнойных очагов в легких.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Ваша дальнейшая тактика.
Э	-	Больной должен был срочно переведён в отделение интенсивной терапии. В его лечении должны принимать участие специалисты общего хирургического профиля.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Определите основные направления лечебных мероприятий.
Э	-	Под наркозом необходимо провести ревизию раны, при наличии

		невскрытых гнойных очагов произвести их вскрытие и активное дренирование. Необходимо немедленное восстановление адекватного газообмена и вентиляции легких, центральной и периферической гемодинамики, коррекция метаболических нарушений, устранение гиперкоагуляции и проведение массивной антибиотикотерапии.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	040
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости под подбородочной области, ограниченное, болезненное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела. Из анамнеза выявлено, что в течение полугода больной обращал внимание на наличие безболезненного опухолевидного образования, размером 1,5x1,5 см в диаметре в подподбородочной области. После перенесённого неделю назад простудного заболевания новообразования стало увеличиваться, появилась болезненность. Постепенно сформировалась разлитая, резко болезненная припухлость. Обратился к стоматологу по месту жительства. Направлен в стоматологический стационар, где поставлен диагноз флегмона подподбородочной области.
В	1	На основании каких клинических симптомов поставлен такой диагноз?
Э	-	Диагноз флегмоны подподбородочной области поставлен на основании наличия разлитого, без четких границ, болезненного воспалительного инфильтрата, занимающего подбородочную область. Возможные изменения кожи: гиперемия, спаянность с инфильтратом. Возможен симптом флюктуации.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Каких сведений недостает для постановки достоверного диагноза?
Э	-	Недостаёт сведений аналитического характера: в связи с чем полгода назад появилось новообразование, какова динамика развития. Недостаёт данных объективного обследования: наличие кариозных и разрушенных зубов, наличие деформации костной ткани, свищевых ходов. Недостаёт данных рентгенологического обследования: наличие изменений костной ткани, которые клинически могут сопровождаться наличием воспалительного процесса.

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Что могло послужить причиной развития флегмоны?
Э	-	Причиной развития флегмоны могло послужить: обострение хронического лимфаденита подподбородочной области, нагноение эпидермальной кисты, нагноение дермоидной кисты.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Составьте план лечения в зависимости от возможного полного диагноза.
Э	-	После выявления причины развития флегмоны необходимо сформулировать лечебную тактику по устранению этой причины. В случае наличия причинного зуба, которые не представляется возможным сохранить и использовать в дальнейшем, он подлежит удалению. Во всех остальных случаях: наличие какой-либо кисты в стадии нагноения, амелобластомы в стадии нагноения необходимо снять острые воспалительные явления: вскрытие и лечение флегмоны. В дальнейшем уточнение диагноза и удаление кисты.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	041
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	В стоматологический стационар поступила больная, 42 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание, озноб, повышение температуры тела до 38,5С. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна. Коронковая часть 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевого образования с четкими контурами, мягко-эластической консистенции в толще правой щеки. Больная сообщила, что два года назад ей был поставлен диагноз липома правой щёчной области, но от предложенного оперативного лечения воздерживалась. После проведённого обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс

		окологлоточного пространства. Произведено удаление 48, абсцесс вскрыт внутриворотным доступом, получен гной. Больная госпитализирована. Однако, после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться.
В	1	Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
Э	-	По всей видимости, врачами был недооценен объем поражения тканей острым гнойным воспалительным процессом, так как абсцесс и флегмона имеют свои характерные клинические особенности. По-видимому, не все существенные признаки были учтены, а именно: объем и локализация инфильтрата, характер и степень нарушения функций, выраженность общих объемов интоксикации. При недостаточной диагностике объем первого оперативного вмешательства и дренирования оказался неадекватным объему поражения, что и привело к дальнейшему распространению воспалительного процесса. С другой стороны, при адекватной диагностике само оперативное вмешательство, как травмирующий фактор в сенсibilизированных тканях может являться пусковым моментом дальнейшего развития и распространения инфекционно-аллергического процесса.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
Э	-	Наличие липомы никак не может повлиять на тактику оперативного вмешательства. Однако, в послеоперационном периоде следует воздержаться от назначения физиотерапии, как малигнизующего фактора.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.
Э	-	После выполнения обезболивания производится разрез в поднижнечелюстной области, отступая от нижней челюсти на 1,5-2,0 см по ходу верхней шейной складки (длиной около 7 см). Рассекается кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция с мышцей. Затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный

		<p>листок собственной фасции шеи. Тупым путём ткани распрепаровываются до нижнего края и внутренней поверхности нижней челюсти. Нужно найти место прикрепления медиальной крыловидной мышцы к внутренне-нижней части поверхности нижней челюсти. Затем, скользя по внутренней поверхности мышцы вверх, вскрывается окологлоточное пространство. Затем на небольшом протяжении необходимо отделить нижний край медиальной крыловидной мышцы от внутренней поверхности ветви челюсти и проникнуть вверх между костью и мышцей, тем самым вскрыв крыловидно-челюстное пространство. Во вскрытые клетчаточные пространства вводятся резиновые перфорированные трубки, фиксируются у кожи йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.</p>
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	042
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстной областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затруднённое дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное, сидит, подавшись вперёд и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4С. Несколько заторможен, речь невнятна. Определяется обширный, резко болезненный инфильтрат без чётких границ, занимающий две подчелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отёчен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налёта. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отёчна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 34, 35, 36, 46, 47 разрушены.</p>
В	1	Поставьте диагноз, обоснуйте его.
Э	-	<p>Диагноз: флегмона дна полости рта. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).</p>

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	2	Укажите возможные причины возникновения заболевания.
Э	-	Возможной причиной развития острого гнойного воспалительного процесса могло быть обострение хронического периодонтита 34, 35, 36, 46, 47 после переохлаждения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Составьте план обследования и лечения.
Э	-	Необходимо провести рентгенологическое обследования для выявления всех очагов хронической одонтогенной инфекции. План лечения следующий: учитывая развитие затруднения дыхания по стенотическому типу перед проведением оперативного вмешательства необходимо наложение трахеостомы. Затем проводится санация полости рта – удаление очагов хронической одонтогенной инфекции и вскрытие флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо провести ревизию всех клетчаточных пространств как выше, так и ниже челюстно-подъязычной мышцы и в области корня языка с последующим дренированием. В данном случае целесообразно использование раневого диализа. Назначая противовоспалительное лечение необходимо провести аллергопробы для выяснения того, какие антибиотики можно применять.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.
Э	-	Учитывая непереносимость местных анестетиков, наложение трахеостомы целесообразно проводить под внутривенным наркозом или нейролептаналгезией. В дальнейшем возможно проведение ингаляционного наркоза через трахеостомическую трубку.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	043
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удалён 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащён, температура тела 38,5С. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечёткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отёчна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удалённого 47 заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фибриновым налётом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к её краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с чёткими контурами правильной овальной формы.</p>
В	1	Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
Э	-	Флегмона дна полости рта. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Укажите признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
Э	-	Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли:

		ОДОНТОМЫ ИЛИ ОСТЕОМЫ.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Опишите методику оперативного лечения.
Э	-	Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведётся через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путём необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной области, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	044
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 33 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости правой половины лица, невозможность открывания рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5-39,0С. Из анамнеза выявлено, что четыре дня назад был избит неизвестными у подъезда своего дома. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Удар пришелся в правую половину нижней челюсти. Два дня назад боли усилились, появилось ограничение открывания рта, недомогание, озноб. Симптомы нарастали. Обратился в травматологический пункт, направлен в стоматологический стационар. Объективно: в правой околоушно-жевательной области определяется разлитой, без чётких границ воспалительный инфильтрат, занимающий всю область, резко болезненный, в глубине – флюктуация. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена, в складку не собирается. Открывание рта невозможно, определяются лишь незначительные боковые движения нижней челюсти. В поднижнечелюстной и позадищелюстной областях справа

		пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы. Выражен коллатеральный отёк, распространяющийся на всю правую половину лица. В полости рта: отёк слизистой оболочки задних отделов щёчной и ретромоларной областей справа. Коронковые части 47, 48 значительно разрушены. Перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании данных за перелом нижней челюсти не определяется. В области верхушек корней 47, 48 имеется разрежение костной ткани с нечёткими контурами размером 0,2 – 0,3 см.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Флегмона околоушно-жевательной области справа.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	2	Укажите, что послужило причиной развития воспалительного процесса?
Э	-	Причина – нагноившаяся гематома, возникшая после травмы, на фоне существования очагов хронической одонтогенной инфекции – хронического периодонтита 47, 48.
Р2	-	Полностью верный ответ
Р1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
Р0	-	Неверный ответ.
В	3	Составьте план лечения, опишите методику оперативного вмешательства.
Э	-	План лечения: удаление 47,48, вскрытие флегмоны, дренирование раны и госпитализация в стационар для проведения комплекса местного и общего противовоспалительного лечения. Вскрытие флегмоны осуществляется внеротовым доступом. Под наркозом или местной анестезией с премедикацией производится разрез в поднижнечелюстной области справа, длиной 5,0 – 7,0 см по ходу верхней шейной складки, отступя от края нижней челюсти 1,5-2,0 см. Рассекается кожа, подкожная клетчатка. Затем по наружной поверхности поверхностной мышцы с фасцией тупым путём отпрепаровывая ткани поднимаемся до нижних отделов околоушно-жевательной области. Тупым путем рассекается и распрепаровывается собственно жевательная мышца. Для адекватного вскрытия флегмоны необходимо тупым путем проникнуть во все клетчаточные пространства околоушно-жевательной области: над мышцей, между ее волокнами и под ней. Необходимо следить за тем, чтобы не травмировать околоушную слюнную железу и ветви лицевого нерва. Дренажные перфорированные трубки подводятся во все вскрытые клетчаточные пространства и фиксируются йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	045
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 39 лет, поступил с жалобами на наличие незначительной болезненной припухлости в нижних отделах околоушно-жевательной области слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева, усиливающиеся при жевании, ограничение открывания рта. Также беспокоит хруст и неприятные ощущения в области ВНЧС, больше слева. Из анамнеза выявлено, что четыре года назад лечился по поводу двустороннего травматического вывиха ВНЧС. После этого появился хруст и щёлканье в суставе. Время от времени возникали неприятные ощущения, чувство дискомфорта, а иногда и незначительные боли в области сустава слева. Неделю назад перенес «на ногах» простудное заболевание, после чего два дня назад обратил внимание на возникшее и в последствии прогрессирующее ограничение открывания рта. Сутки назад появились боли и припухлость в области нижней челюсти слева. Обратился к врачу. Объективно: в нижних отделах околоушно-жевательной области определяется отек мягких тканей, в глубине которого пальпируется болезненный инфильтрат (3,0x4,0 см). Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Открывание рта до 1,0 см, болезненное в области ветви нижней челюсти слева. При боковых движениях нижней челюсти в области ВНЧС определяется хруст, больше выраженный слева. При внутриротовом осмотре: 38 отсутствует. Слизистая оболочка задних отделов щёчной области, ретромолярной области, латерального ската крыловидно-челюстной складки в нижних отделах слева отёчна. Болезненна пальпация снаружи от переднего края ветви нижней челюсти в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется: 38 – ретинированный и дистопированный, вокруг которого определяется разрежение костной ткани с чёткими контурами округлой формы, размером 2,0x3,0 см.
В	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Субмассетериальный абсцесс слева, зубосодержащая киста в области нижней челюсти.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения, укажите особенности лечения.
Э	-	План лечения: вскрытие абсцесса, проведение

		противовоспалительного лечения, особенностью является то, что в данном случае нельзя назначать физиотерапию в связи с наличием кисты. После полной ликвидации воспаления необходимо провести цистэктомию.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Опишите методику оперативного вмешательства по поводу вскрытия гнойного очага.
Э	-	Вскрытие абсцесса целесообразно проводить внутриротовым доступом. Вначале необходимо больному широко открыть рот. Для этого применяется блокада жевательных ветвей тройничного нерва по Егорову или по Берше-Дубову подскуловым доступом. Затем под местной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки вертикально в проекции переднего края ветви нижней челюсти вниз до переходной складки с вестибулярной стороны и по переходной складке на протяжении 1,5-2,0 см. Тупым путем, раздвигая ткани браншами кровоостанавливающего зажима типа бильрот или москит, нужно пройти кнаружи и книзу от переднего края ветви нижней челюсти, где вскрывается полость гнойника. После опорожнения вводятся дренажные резиновые полутрубки. Назначается противовоспалительная терапия.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Укажите несущественные для данного заболевания признаки и укажите, с чем они связаны.
Э	-	Несущественными признаками является наличие хруста, щелчков, неприятных ощущений в области ВНЧС. Это может быть связано с геморрагией в полость сустава, которая образовалась после травматического вывиха.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	046
I	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой щёчной области, резко болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два дня назад самостоятельно выдавил

		<p>небольшой фурункул на правой щеке, после чего припухлость быстро увеличивалась, боли усиливались. Обратился к стоматологу. Объективно: отмечается резкая асимметрия лица за счёт воспалительного инфильтрата, размером 5,0x7,0 см в правой щёчной области с нечеткими границами, резко болезненного. Кожа над ним гиперемирована, истончена, в складку не собирается. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Выражен коллатеральный отёк. В полости рта: зубы интактны, слизистая оболочка правой щёчной области обычной окраски, отёчна. Открывание рта ограничено за счёт резкой болезненности, однако, постепенно удалось открыть рот до 3 см.</p>
V	1	Поставьте диагноз.
Э	-	Флегмона щёчной области справа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	2	Наметьте план обследования и лечения.
Э	-	Необходимо дополнительно провести рентгенологическое обследование зубов и челюстей для выявления скрытых очагов одонтогенной инфекции. При выявлении таковых решить вопрос об их устранении. Далее производится вскрытие флегмоны, больной госпитализируется в стоматологический стационар для проведения местного и общего противовоспалительного лечения.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
V	3	Опишите методику оперативного вмешательства.
Э	-	Учитывая то обстоятельство, что воспалительный процесс локализуется снаружи от щёчной мышцы, вскрытие флегмоны целесообразно осуществлять наружным доступом. Под наркозом или под местной анестезией с премедикацией производится разрез длиной около 5,0 см в правой поднижнечелюстной области по ходу верхней шейной складки, отступя от нижнего края нижней челюсти на 2,0 см. Рассекается кожа, подкожная клетчатка. Далее, тупым путем раздвигая клетчатку, надо пройти кверху, в щёчную область и вскрыть очаг. После эвакуации гноя и ревизии полости рана дренируется, накладывается асептическая повязка.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Н	-	047
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больному, 32 лет, в общехирургическом стационаре три недели назад произведено вскрытие флегмоны околоушно-жевательной области слева, получено большое количество гной. Однако, в послеоперационном периоде заживление вялое, рана мало заполняется грануляциями. Не прекращается выделение серозно-гнойного отделяемого. Температура тела держится на уровне субфебрильных цифр. Выраженная воспалительная контрактура нижней челюсти слева. Кроме того, в раннем послеоперационном периоде у больного развились слабо выраженные симптомы пареза мимической мускулатуры слева. Направлен в специализированный стоматологический стационар. При осмотре определяется слабоболлезненная инфильтрация мягких тканей левой околоушно-жевательной области. В области разреза рана частично эпителизовалась, в двух местах выбухают синюшные мелкозернистые грануляции, в области которых при надавливании на инфильтрат выделяется серозно-гнойное отделяемое.
В	1	Перечислите причины, которые могли привести к развитию вялого, затяжного течения раневого процесса.
Э	-	Развитие хронического остеомиелита на фоне того, что не была удалена причина возникновения флегмоны; наличие специфического воспалительного процесса (актиномикоза), непрекращающаяся экссудация может быть связана с формированием наружных слюнных свищей, если во время операции была повреждена околоушная слюнная железа; выраженный гипоэргический тип течения воспаления на фоне существования очагов хронического одонтогенного инфицирования; оставление инородного тела (салфетки, дренажа) в ране.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план обследования больного.
Э	-	Прежде всего необходимо провести рентгенологическое обследование больного для выявления очагов хронической одонтогенной инфекции, а также с целью выявления возможных формирующихся очагов хронического остеомиелита. Необходимо провести цитологическое и бактериологические исследования отделяемого из раны для диагностики специфического воспалительного процесса. Необходимо исключить или подтвердить факт формирования слюнных свищей путем фистулографии и тестов стимуляции слюноотделения. Не исключена возможность ревизии раны для исключения нахождения в ней инородного тела.
P2	-	Полностью верный ответ

P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	3	Перечислите наиболее важные клинические симптомы, на основании которых ставится диагноз «флегмона околоушно-жевательной области слева».
Э	-	Наиболее важными клиническими признаками являются разлитой, резко болезненный воспалительный инфильтрат с нечёткими контурами и флюктуацией в околоушно-жевательной области, а также ограничение открывания рта.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
B	4	Укажите несущественные для данного заболевания признаки и объясните, с чем они могут быть связаны.
Э	-	Несущественными признаками являются симптомы пареза мимической мускулатуры, свидетельствующие о развившемся неврите ветвей лицевого нерва. Это может быть связано либо с наличием воспаления, либо с их травмой во время операции вскрытия флегмоны.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	048
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больной, 27 лет, поступил с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Травму получил в автомобильной катастрофе. В анамнезе: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно беспокоит тошнота, потеря аппетита, жажда, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная, дополнительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больного выржен посттравматический отёк левой половины лица, множественные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На втором этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5С, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъюнктивального мешка. Появился отёк обоих век

		правого глаза, экзофтальм. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижаться. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отмечается резкая боль. Движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.
В	1	Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
Э	-	Флегмона орбиты слева. Развитие острого воспалительного процесса может быть связано с нагноением гематомы ретробульбарного пространства, появившейся в результате травмы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Укажите, какие, наиболее серьезные осложнения могут развиваться в данном случае.
Э	-	Наиболее серьезные осложнения при флегмоне орбиты следующие – неврит зрительного нерва с потерей зрения, вовлечение в процесс глазного яблока и необходимость в последующем его удалении, распространение воспалительного процесса по ходу зрительного нерва через его перекрест на глазницу с противоположной стороны, распространение процесса через верхнюю глазничную щель в полость черепа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Опишите методику оперативного вмешательства.
Э	-	Вскрытие флегмоны орбиты целесообразно проводить через верхнечелюстную пазуху. После обезболивания проводится внутриротовой разрез по вестибулярной переходной складке на уровне 234567, обнажается переднебоковая стенка верхней челюсти и трепанируется, тем самым вскрывается полость пазухи. Кровоостанавливающим зажимом трепанируется костная стенка, отделяющая полость пазухи от полости глазницы в верхнезаднем отделе. Формируется костное окно диаметром около 1,0 см. Через него проникают в ретробульбарное пространство, тем самым вскрывая гнойный очаг. Выполняется соустье с нижним носовым ходом, рана в полости рта ушивается наглухо. При выраженном воспалении, сопровождающемся инфильтрацией век, целесообразно дополнительно производить наружные разрезы по нижне-наружному краю орбиты и затем тупым путем вскрывать пораженные ткани.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен

P0	-	Неверный ответ.
B	4	Какие признаки несущественные для данного заболевания?
Э	-	Несущественными для данного заболевания являются признаки, характеризующие у больного сотрясение головного мозга: потеря сознания, тошнота, головокружение, нистагм и т.д.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
H	-	049
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	<p>Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении нижней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную области слева тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первичная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. Повреждения костей черепа не выявлено. После проведенного лечения был выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначительное ограничение открывания рта. В течение всего последующего времени температура тела держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако, больной к врачу не обращался. Неделью назад боли в височной области стали усиливаться, припухлость увеличивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обратился к невропатологу, был проконсультирован хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой стационар. Объективно: определяется умеренно-болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат с нечеткими границами в левой височной области. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения нижней челюсти ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани 0,5-1,0 см. Четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных секвестров.</p>

В	1	Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
Э	-	Обострение хронического посттравматического остеомиелита височной кости слева. Флегмона височной области слева (остеофлегмона). Решающими в постановке диагноза являются анамнестические данные, травма височной области, длительное существование воспалительного процесса в стадии хронизации, а также данные рентгенологического исследования. Развитие флегмоны характеризует наличие болезненного обширного воспалительного инфильтрата в глубоких отделах височной области, флюктуация, прогрессирование нарушения функций.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Лечение заключается в немедленном вскрытии флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо произвести ревизию всех клетчаточных пространств данной области во избежание карманов и затеков. В послеоперационном ведении больного обязательно должен принимать участие невропатолог или нейрохирург, после снятия острого воспаления больной должен быть переведён на лечение в нейрохирургическое отделение.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Укажите анатомические границы височной области.
Э	-	Анатомические границы височной области соответствуют анатомическим границам височной мышцы, однако, необходимо учитывать, что мышца имеет три слоя, поэтому в данной области существуют следующие клетчаточные пространства: над мышцей, под ней и между ее слоями.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
Н	-	050
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 63 лет, поступила в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на резкие постоянные ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывания рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40С. Из

		анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 17, 18 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространились на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2С. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях справа (симптом «песочных часов»), а также отёк верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако, при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечёткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 17,18 гиперемирована, отёчна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Также наблюдается отёк слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.
В	1	Поставьте диагноз, укажите основные клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
Э	-	Флегмона височной, подвисочной, крылонёбной областей справа. Основные симптомы: боли при глотании, невозможность открывания рта, наличие инфильтрата в височной области и за бугром верхней челюсти, симптом «песочных часов».
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	2	Составьте план лечения.
Э	-	Необходимо провести рентгенологическое обследование для того, чтобы выяснить, не осталось ли в области лунок удалённых зубов остаточных корней, инородных тел. Если таковые имеются, планировать их удаление после снятия острого воспаления. Вскрытие флегмоны осуществляется как внутриротовым, так и внеротовым доступом. В комплексе послеоперационных мероприятий необходимо проведение инфузионной терапии для снятия интоксикации, улучшения реологических свойств крови.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	3	Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести.

Э	-	Внутриротовой разрез проводится по переходной складке с вестибулярной стороны от бугра верхней челюсти до уровня 15, через этот разрез тупым путем необходимо пройти в подвисочное и крылонёбное пространства. Внеротовой разрез выполняется в височной области косо по переднему краю височной мышцы. При значительном поражении височной области гнойным воспалением можно выполнить дугообразный разрез по верхнему краю височной мышцы.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.
В	4	Укажите особенности данного оперативного вмешательства.
Э	-	Особенностью данного оперативного вмешательства является необходимость вскрытия всех клетчаточных пространств этой области, которые располагаются между и под тремя слоями мышц. Операция заканчивается обязательным наложением контрапертуры между внеротовым и внутриротовым разрезами с введением сплошного сквозного дренажа.
P2	-	Полностью верный ответ
P1	-	Ответ дан не полностью или Ответ частично неверен
P0	-	Неверный ответ.

Результаты обучения: знания, умения, навыки на экзамене оцениваются оценками: «отлично» – 5, «хорошо» – 4, «удовлетворительно» – 3, «неудовлетворительно» – 2. Основой для определения оценки служит уровень усвоения слушателями материала, предусмотренного ДПП.

Таблица 3 –Оценивание слушателя на экзамене

Оценка	Требования к знаниям
5	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен литературным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию слушателя.
4	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

3	Дан полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показано умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1-2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.
2	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Ординатор не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины (модуля). Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа слушателя не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины (модуля).

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия разработана на основании документов:

- Конституции Российской Федерации
- Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ (ред. от 02.03.2016) «Об образовании в Российской Федерации» (опубликован в издании «Собрание законодательства Российской Федерации», 2012, № 53, ст. 7598; 2013, № 19, ст. 2326; № 23, ст. 2878; № 27, ст. 3462; № 30, ст. 4036; № 48, ст. 6165; 2014, № 6, ст. 562, ст. 566; № 19, ст. 2289; № 22, ст. 2769; № 23, ст. 2933; № 26, ст. 3388; № 30, ст. 4217, ст. 4257, ст. 4263; 2015, № 1, ст. 42, ст. 53, ст. 72; № 14, ст. 2008; № 27, ст. 3951, ст. 3989; № 29, ст. 4339, ст. 4364; № 51, ст. 7241; 2016, № 1, ст. 8, ст. 9, ст. 24, ст. 78)
- Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 03.10.2016) («Собрание законодательства РФ», 28.11.2011, № 48, ст. 6724)
- Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина) (уровень подготовки кадров высшей квалификации (Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1097, зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 29.10.2014 г., регистрационный № 34506)
- Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136)
- Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научнопедагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754)

– Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541 н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения», зарегистрировано в Минюсте России 25.08.2010 № 18247)

– Приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации № 237 от 26.08.1992 «О поэтапном переходе к организации первичной медицинской помощи по принципу врача общей практики (семейного врача)»

7.1. Основная литература

№ п / п	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Количество экземпляров	
				в библиотеке	на кафедре
1	Хирургия полости рта	Э.А.Базибян	2018, ГЭОТАР-Медиа», 640с.	10	3
2	Челюстно-лицевая хирургия	А.Ю.Дробышев О.О.Янушевич	2018 М: «ГЭОТАР-Медиа»,880с	10	3
4	Хирургическая стоматология	В.В.Афанасьев	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 400 с.	10	6
4	Челюстно-лицевая хирургия	А.П.Аржанцев А.С.Арутюнов	2019.М.:ГЭОТАР-Медиа, 692 с.	2	2
5.	Применение остеопластических материалов в хирургии полости рта	Э.А.Базибян А.А.Чунихин	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 152 с.		5
6.	Стоматология и челюстно-лицевая хирургия .запись и ведение истории болезни	О.О.Янушевич Н.А.Цаликова	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 176 с.		4
7.	Оперативная челюстно-лицевая хирургия и стоматология.	В.А.Козлов И.И.Коган	2019 М: «ГЭОТАР-Медиа» 544 с.	4	4
8	Основы восстановительной медицины и физиотерапии	Александров В. В.,Алгазин А.И.	2010 М.: ГЭОТАР	1	
9	Общая физиотерапия: учебник	Пономаренко Г. Н.	2012 М.: ИГ ГЭОТАР-Медиа	1	
10	Физиотерапия : учеб.пособие	Гафиятуллина Г.Ш., Омельченко В.П., Евтушенко Б.Е., Черникова И.В.	2010 М.: ИГ ГЭОТАР-Медиа	1	

11	Медицинская реабилитация	Боголюбова В.М.	2010 М.: БИНОМ, в 3-х томах		1
----	--------------------------	-----------------	--------------------------------	--	---

7.2. Дополнительная литература

п/ №	Наименование	Автор (ы)	Год, место издания	Количество экземпляров	
				библиотеке	На кафедре
1.	Анатомо-топографические и инструментальные аспекты местного обезболивания в стоматологии	С.А.Рабинович Ю.Л.Васильев	2011, М.: Медицина, 144с.	2	5.
2.	От новокаина к артикаину	С.А.Рабинович Е.В.Зорян С.Т.Сохов и др.	2005, М.: МИА,248с	2	3
3.	Интенсивная терапия	В.Д.Мальшев С.В.Свиридов	2009, М.: МИА, 712с	1	3.
4.	Дифференциальная диагностика заболеваний челюстно-лицевой области.	Муковозов И.Н	1982.Л., "Медицина".	3	4.
5	Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области: руководство для врачей	Н.А.Рабухина, Н.М.Чупрынина.	1991. М.:Медицина, - 368с.	10	5
6	Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	В.М.Безруков Т.Г.Робустова	2000,М.:Медицина, Т.1. – 771с. – Т.2. – 487с.	8	6
7	Опухоли и опухолеподобные поражения органов полости рта, челюстей, лица и шеи.	Карапетян И.С., Губайдуллина Е.Я., Цегельник Л.Н.	2004, М.: МИА, .-232 с.	5	7
8	Доброкачественные и злокачественные опухоли мягких тканей и костей лица.	Шаргородский А.Г	1999 М.:ГОУ ВУНМЦ, 191с.	5	8
9	Хирургическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи.	П.А.Самотеев И.Н.Большаков	2004,М.: Медицина,352с.		9

	Практическое руководство (алгоритмы поиска и действий)	И.В.Волегжанин			
10	Негнестрельные переломы челюстей	М.Б.Швырков В.В.Афанасьев В.С.Стародубцев	2004, М.: Медицина, 336с.		10
11	Эволюция медицинского шприца: от волынки до цифровых технологий	С.А.Рабинович Ю.Л.Васильев С.Т.Сохов	2013 М.:Медицина 104с.		11
12	Дентальная имплантология	В.Л.Параскевич	2011 М.: МИА,- 400 с	1	12
13	Руководство по интраоперационной микрофокусной радиовизиографии	А.Ю.Васильев	2011 М.: ГЭОТАР- Медиа, – 78с.	1	13
14	Косметическая хирургия челюстно-лицевой области	П.И.Ивасенко	2002, Мед.кн.Н.Новго род -106с.	1	14
15	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия	В.А.Зеленский	2009 М.: ГЭОТАР- Медиа, – 206с.	5	15
16..	Пластическая реконструктивная и эстетическая хирургия	А.Е.Белоусов	1998 Санк Петер., «Гипп ократ», 774с.		16..

7.3 Перечень учебно-методических материалов, разработанных на кафедре хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

№ п/п	Наименование издания	Вид издания (учебник, учебное пособие, методические указания, компьютерная программа)	Автор (авторы)	Год издания, издательство, тираж	ГРИФ УМО, министерства, рекомендация ЦМС КГМУ
1	Ситуационные задачи по хирургической стоматологии челюстно-лицевой хирургии Часть 1,2.	Учебное пособие	Гайворонская Т.В. Гербова Т.В.	2009, КГМУ, 10 экз.	Рекомендация ЦМС КГМУ
2	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Свешников Г.Г.,	2014, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ

			Шафранова С.К., Уварова А.Г. и др.		
3	Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Уварова А.Г., Свешников Г.Г., Шафранова С.К., Ловлин В.Н., Гербова Т.В., Быкова Н.И..	2016, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ
4	Экстренная и неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике	Учебное пособие	Гайворонская Т.В., Гуленко О.В., Е.А.Чабанец	2017, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ
5	Невралгия тройничного нерва	Учебно-методическое пособие	Гайворонская Т.В., Свешников Г.Г., Лукашов В.Я., Шафранова С.К.	2017, КубГМУ 100	Рекомендация ЦМС КГМУ

7.3 Программное обеспечение, базы данных, информационно-справочные и поисковые системы.

1. Программа статистической обработки результатов эксперимента «StatSoft Statistica».
2. Комплексная система автоматизации деятельности лечебных учреждений «КМИС».

Информационно-справочные и поисковые системы, Базы данных, Интернет – ресурсы

1. Браузер «Интернет Explorer»
2. Поисковая система «Yandex»
3. Поисковая система «MedLine»
4. Информационно-поисковая система «Справочник лекарственных средств».
5. Система тестирования знаний «ELLEKTA»
6. Ресурс Интернет-тестирования знаний «Disttest»
7. Другие поисковые системы
 1. Российский Стоматологический Портал, www.stom.ru
 2. Стоматологический портал Dentalworld.ru, www.dentalworld.ru
 3. Стоматолог.Ру, www.stomatolog.ru
 4. ЦНИИ Стоматологии, www.cniis.ru
 5. Медицинская литература, www.mmbook.ru
 6. СПБИНСТОМ (Санкт-Петербургский институт стоматологии Последипломного образования), www.instom.ru
 7. Форум врачей, www.medscape.ru

8. Компания "Азбука", www.dental-azbuka.ru
9. Emily Trouche, www.dentsplycis.com
10. Росмедпортал, www.rosmedportal.com
11. Стоматологический сервер "Денталь", www.dental.ru
12. Национальный институт стоматологии и краниофасциальных исследований в США, www.nidr.nih.gov
13. Компания – DOCTOuR, www.doctour.ru
14. Кафедра челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии СПб МАПО, spb-mfs.narod.ru
15. СтАР, www.dentist1.ru
16. <http://med-lib.ru/>
17. www.bibliomed.ru
18. www.consilium-medicum.com
19. <http://med-lib.ru>
20. <http://elibrary.ru>
21. www.ilizarov.ru
22. www.cito.ru
23. BooksMed.com
24. <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-oncological-sciences>
25. <http://lib.ksma.ru:82/MegaPro/Web/Search/Simple>

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ И ПРОГРАММНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ

Для проведения итоговой аттестации имеется следующая компьютерная техника:

Ноутбуки:
Ноутбук Acer Aspire3692
Ноутбук Acer P 1270
Ноутбук Acer ASUS F6E
Ноутбук Lenovo IdeaPad 5030

МЕЖКАФЕДРАЛЬНЫЙ ПРОТОКОЛ СОГЛАСОВАНИЯ
 Рабочей программы Итоговой государственной аттестации
 Специальность 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»
 Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Специальность, изучение которой опирается на учебный материал данной дисциплины	Кафедра	Вопросы согласования	Дата согласования протокол № _____
Хирургические болезни	Кафедра хирургических болезней	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05.2019г. Протокол № 9
Стоматология	Кафедра стоматологии ФПК и ППС	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05.2019г. Протокол № 9
Профилактика и профилактика стоматологических заболеваний	Кафедра профилактики стоматологических заболеваний	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05.2019г. Протокол № 9
Стоматология терапевтическая	Кафедра терапевтической стоматологии.	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05.2019г. Протокол № 9
Стоматология ортопедическая	Кафедра ортопедической стоматологии	-тесты для компьютерного тестирования; - вопросы к экзамену; -билеты к экзамену; ситуационные задачи.	«20» 05.2019г. Протокол № 9

Зав. кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, профессор, д.м.н.

 /Гайворонская Т.В./

Зав. кафедрой хирургических болезней профессор, д.м.н.

 /С.Е. Гуменюк/

Зав. кафедрой стоматологии ФПК и ППС, профессор, к.м.н.

 /В.В. Еричев/

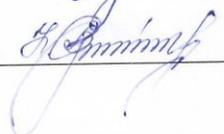
Зав. кафедрой профилактики и профилактики стоматологических заболеваний, профессор, д.м.н.

 /Л.А. Скорикова/

Зав. кафедрой терапевтической стоматологии, доцент, д.м.н.

 /А.А.Адамчик/

Зав. кафедрой ортопедической стоматологии доцент, д.м.н.

 /Н.В.Лапина/