

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

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 5
«12» 01 2022г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«18» 01 2022г.
№ 220

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ**

«ИЗБРАННЫЕ ВОПРОСЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ»

по основной специальности: Челюстно-лицевая хирургия

Трудоемкость: 144 часа

Форма освоения: очная

Документ о квалификации: удостоверение о повышении квалификации

**Ростов-на-Дону
2022**

Дополнительная профессиональная повышения квалификации «Избранные вопросы челюстно-лицевой хирургии» обсуждена и одобрена на заседании кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

Заведующий кафедрой, д.м.н., доцент Коробка В.Л.

Программа рекомендована к утверждению рецензентами:

1. Кононенко Владимир Иванович – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой стоматологии № 3 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.
2. Новосядлая Наталья Васильевна – кандидат медицинских наук, доцент, врач хирург-стоматолог ГАУ РО «СП».

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации «Избранные вопросы челюстно-лицевой хирургии» разработана рабочей группой сотрудников кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, заведующий кафедрой Коробка В.Л..

Состав рабочей группы:

№№	Фамилия, имя, отчество	Учёная степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	2	3	4	5
1.	Коробка Вячеслав Леонидович	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России
2.	Нерсесянц Тигран Сергеевич	к.м.н., ассистент	Ассистент кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России

Глоссарий

ДПО - дополнительное профессиональное образование;

ФГОС - Федеральный государственный образовательный стандарт

ПС - профессиональный стандарт

ОТФ - обобщенная трудовая функция

ТФ - трудовая функция

ПК - профессиональная компетенция

ЛЗ - лекционные занятия

СЗ - семинарские занятия;

ПЗ - практические занятия;

СР - самостоятельная работа;

ДОТ - дистанционные образовательные технологии;

ЭО - электронное обучение;

ПА - промежуточная аттестация;

ТК - текущий контроль;

ИА - итоговая аттестация;

УП - учебный план;

АС ДПО - автоматизированная система дополнительного профессионального образования.

КОМПОНЕНТЫ ПРОГРАММЫ.

1. Общая характеристика Программы.

- 1.1. Нормативно-правовая основа разработки программы.
- 1.2. Категории обучающихся.
- 1.3. Цель реализации программы.
- 1.4. Планируемые результаты обучения.

2. Содержание Программы.

- 2.1. Учебный план.
- 2.2. Календарный учебный график.
- 2.3. Рабочие программы модулей.
- 2.4. Оценка качества освоения программы.
 - 2.4.1. Формы промежуточной (при наличии) и итоговой аттестации.
 - 2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.
- 2.5. Оценочные материалы.

3. Организационно-педагогические условия Программы.

- 3.1. Материально-технические условия.
- 3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.
- 3.3. Кадровые условия.

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОГРАММЫ.

1.1. Нормативно-правовая основа разработки Программы.

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», статья 76.
- Приказ Минобрнауки России от 1 июля 2013 г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
- Профессиональный стандарт «Врач челюстно-лицевой хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 15 июня 2020 г, №337 н., регистрационный номер 1243.
- ФГОС ВО по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия, утверждённый приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014г. № 1112. (новый – от 09 января 2023г. № 18, (Зарегистрировано в Минюсте России 13.02.2023 N 72348)
- Лицензия Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки на осуществление образовательной деятельности ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России от 22 июня 2017 г. № 2604.

1.2. Категории обучающихся.

Основная специальность – Челюстно-лицевая хирургия.

1.3. Цель реализации программы

Совершенствование имеющихся профессиональных компетенций и повышение профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», обновление системы теоретических знаний и практических умений во всех основных разделах челюстно-лицевой хирургии.

Вид профессиональной деятельности: Врачебная практика в области челюстно-лицевой хирургии.

Уровень квалификации: 8.

Связь Программы с профессиональным стандартом

Таблица 1

Профессиональный стандарт «Врач челюстно-лицевой хирург» (утвержден приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 15 июня 2020 г, №337 н., регистрационный номер 1243.		
ОТФ	Трудовые функции	
	Код ТФ	Наименование ТФ
А: Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	А/01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно - лицевой области и установления диагноза.
	А/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контроль его эффективности и безопасности.
	А/07.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

В: Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «челюстно-лицевая хирургия»	В/01.8	Проведение обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно - лицевой области и установления диагноза
	В/02.8	Назначение и проведение лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе травмой, челюстно-лицевой области, контроль его эффективности и безопасности
	В/06.8	Оказание медицинской помощи в экстренной форме

1.4. Планируемые результаты обучения

Таблица 2

ПК	Описание компетенции	Код ТФ ПС
ПК-1:	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	A/01.8 B/01.8
	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен знать: этиологию, патогенез, клинику, методы диагностики и лечения заболеваний и травм челюстно-лицевой области.	
	должен уметь: интерпретировать результаты осмотра и дополнительных методов обследования, применить необходимые методы диагностики и лечения заболеваний и травм челюстно-лицевой области.	
	должен владеть: медицинскими инструментами и аппаратурой для выполнения диспансерного наблюдения	
ПК-2:	готовность к выявлению пациентов с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области, которые нуждаются в оказании хирургической медицинской помощи	A/02.8 B/02.8
	должен знать: патологические состояния, симптомы, синдромы заболеваний и травм челюстно-лицевой области в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен уметь: выявить и интерпретировать вышеуказанные симптомы и синдромы и выставить диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	
	должен владеть: методами, инструментами и аппаратурой для диагностики заболеваний и травм челюстно-лицевой области.	
ПК-3:	должен знать: методы лечения хирургических заболеваний и травм челюстно-лицевой области, показания и противопоказания к их применению, возможные осложнения и методы их профилактики	A/07.8 B/02.8 B/06.8
	должен уметь: применить необходимые методы лечения больных заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области, контролировать их эффективность и безопасность	
	должен владеть: методикой стандартных хирургических приемов и операций, а также медицинской аппаратурой и инструментами	

1.5 Форма обучения

График обучения Форма обучения	Акад. часов в день	Дней в неделю	Общая продолжительность программы, месяцев (дней, недель)
-----------------------------------	-----------------------	------------------	--

Очная	6	6	4 недели, 24 дня
-------	---	---	------------------

2. СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ.

2.1 Учебный план.

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Избранные вопросы челюстно-лицевой хирургии»,
в объёме 144 часов.

№ №	Наименование модулей	Всего часов	Часы без ДОТ и ЭО	В том числе				Часы с ДОТ и ЭО	В том числе				Стажиро вка	Обучающий симуляцион ный курс	Формируем ые ПК	Форма контроля
				ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР		ЛЗ	СЗ	ПЗ	СР				
Фундаментальные дисциплины																
1	Клиническая анатомия и оперативная хирургия	12	12	4		8										ПА
Специальные дисциплины																
2	Гнойно-воспалительные заболевания	32	18	4		14		14		14					ПК-1, ПК- 2, ПК-3	ПА
3	Переломы костей лица и челюстей	24	14	2		12		10		10					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
4	Опухоли и кисты шеи	12	8	2		6		4		4					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
5	Опухоли и кисты челюстей	16	10	2		8		6		6					ПК-1 ПК-2 ПК-3	ПА
6	Верхнечелюстные Синуситы	16	10	2		8		6		6					ПК-3	ПА
7	Остеомиелиты челюстей	14	10	2		8		4		4					ПК-1, ПК- 2, ПК-3	ПА
	Всего часов (специал. дисциплины)	114	70	14		56		44		44						
Смежные дисциплины																
8	Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере здравоохранения	12	12	8	4											ПА
	Итоговая аттестация	6														экзамен
	Всего часов по программе	144	94	26	4	64		44		44						

2.2. Календарный учебный график.

Учебные занятия проводятся в течение 4 недель: шесть дней в неделю по 6 академических часа в день.

2.3. Рабочие программы учебных модулей.

Рабочая программа учебного модуля «Фундаментальные дисциплины»

Модуль 1. Клиническая анатомия и оперативная медицина

Код	Наименования тем, элементов
1.1	Современные аспекты клинической анатомии оперативной челюстно-лицевой хирургии
1.2	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии мозгового отдела головы и поверхностных образований лицевого отдела головы
1.3	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии глубокого отдела лицевого отдела головы и области рта
1.4	Клинические аспекты хирургической анатомии и оперативной хирургии шеи
1.5	Хирургическая анатомия венозной и лимфатической систем лицевого и мозгового отделов головы, шеи
1.6	Оперативные вмешательства на челюстно-лицевой области при воспалительных процессах и их топографоанатомическое обоснование

Рабочие программы учебных модулей «Специальные дисциплины»

Модуль 2. Гнойно-воспалительные заболевания

Код	Наименования тем, элементов
2.1	Топографическая и патологическая анатомия тканей лица и шеи при гнойно-воспалительных процессах.
2.2	Этиология гнойных осложнений тканей лица и шеи
2.3	Обследование пациентов с гнойными осложнениями тканей лица и шеи
2.4	Методы диагностики.
2.5	Национальные клинические рекомендации
2.6	Методы хирургического лечения гнойных осложнений тканей лица и шеи

Модуль 3. Переломы костей лица и челюстей

Код	Наименования тем, элементов
3.1	Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области и особенности повреждения мягких тканей лица
3.2	Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика, способы транспортной
3.3	Переломы верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, способы
3.4	Переломы скуловой кости и дуги. Клиника, диагностика. Способы
3.5	Переломы костей носа. Клиника, диагностика и лечение. Вывихи нижней
3.6	Ранние и поздние осложнения повреждений мягких тканей лица и костей

Модуль 4. Опухоли и кисты шеи

Код	Наименования тем, элементов
4.1	Анатомо-топографическая анатомия шеи
4.2	Опухоли и опухолеподобные образования мягких тканей шеи
4.3	Срединные и боковые кисты шеи. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Модуль 5. Опухоли и кисты челюстей

Код	Наименования тем, элементов
5.1	Опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей
5.2	Одонтогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстей. Клиника, диагностика и лечение.
5.3	Неодонтогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстей. Клиника, диагностика и лечение.
5.4	Кисты челюстей. Клиника, диагностика и лечение.

Модуль 6. Верхнечелюстные синуситы

Код	Наименование тем, элементов
6.1	Этиология, патогенез одонтогенного гайморита. Классификация.
6.2	Острый одонтогенный гайморит. Методы диагностики. Лечение.
6.3	Хронический одонтогенный синусит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика
6.4	Методы оперативного и консервативного лечения. Техника операции по Колдуэлл-Люку. Методики щадящей гайморотомии, эндоскопические методики
6.5	Перфорация верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика и показания к ее оперативному закрытию, методы закрытия. Профилактика образования свищей, (перфорационного) одонтогенного синусита.

Модуль 7. Остеомиелиты челюстей

Код	Наименование тем, элементов
7.1	Терминология. Классификация. Этиология и патогенез
7.2	Одонтогенный остеомиелит. Диагностика и лечение
7.3	Неодонтогенный остеомиелит. Диагностика и лечение

**Рабочая программа учебного модуля
«Смежные дисциплины»**

**Модуль8. Мобилизационная подготовка и гражданская оборона в сфере
здравоохранения**

Код	Наименования тем, элементов
8.1	Оборонеспособность и национальная безопасность Российской Федерации
8.1.1	Основы национальной безопасности Российской Федерации
8.1.2	Законодательное и нормативное правовое регулирование в области и охраны государственной тайны
8.2	Основы мобилизационной подготовки экономики Российской Федерации
8.2.1	Законодательное нормативное правовое обеспечение мобилизационной подготовки и мобилизации в Российской Федерации
8.3	Мобилизационная подготовка здравоохранения Российской Федерации
8.3.1	Специальное формирования здравоохранения (СФЗ), их место и роль в современной системе лечебно–эвакуационного обеспечения войск
8.3.2	Подвижные медицинские формирования. Задачи, организация, порядок работы
8.4	Государственный материальный резерв
8.4.1	Нормативное правовое регулирование вопросов формирования, хранения, накопления и освежения запасов мобилизационного резерва
8.5	Избранные вопросы медицины катастроф
8.5.1	Организация и основы деятельности службы медицины катастроф (СМК)
8.6	Хирургическая патология в военное время
8.6.1	Комбинированные поражения
8.7	Терапевтическая патология в военное время
8.7.1	Заболевания внутренних органов при травматических повреждениях

2.4. Оценка качества освоения программы.

2.4.1. Форма промежуточной и итоговой аттестации.

2.4.1.1. Контроль результатов обучения проводится:

- в виде ПА - по каждому учебному модулю Программы. Форма ПА – зачёт. Зачет проводится посредством тестового контроля - письменно.

- в виде итоговой аттестации (ИА).

Обучающийся допускается к ИА после освоения рабочих программ учебных модулей в объёме, предусмотренном учебным планом (УП), при успешном прохождении всех ПА в соответствии с УП. Форма итоговой аттестации – экзамен, который проводится посредством: тестового контроля - письменно, решения ситуационной задачи - письменном собеседования с обучающимся.

2.4.1.2. Лицам, успешно освоившим Программу и прошедшим ИА, выдаётся удостоверение о повышении квалификации.

2.4.2. Шкала и порядок оценки степени освоения обучающимися учебного материала Программы.

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

Процент правильных ответов	Отметка
91-100	отлично
81-90	хорошо
71-80	удовлетворительно
Менее 71	неудовлетворительно

2.5. Оценочные материалы.

Оценочные материалы представлены в виде вопросов, тестов и ситуационных задач на электронном носителе, являющимся неотъемлемой частью Программы.

3. ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

3.1. Материально-технические условия.

3.1.1. Перечень помещений Университета и/или медицинской организации, предоставленных структурному подразделению для образовательной деятельности:

№№	Наименование ВУЗА, учреждения здравоохранения, клинической базы или др.), адрес	Этаж, кабинет
1	ГБУ РО РОКБ г. Ростова-на-Дону, ул. Благодатная 170, 344015	Поликлинический корпус, 0 этаж, уч. комната № 5.

3.2. Учебно-методическое и информационное обеспечение.

3.2.1. Литература

Основная литература:

1. Афанасьев В. В. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учебное пособие /В. В. Афанасьев, А. А. Останин. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 240 с., – Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный, 11 экз.

2.Черепно-лицевая хирургия в формате 3D: атлас. Бельченко В.А., Притыко А.Г., Климчук А.В., Филиппов В.В. 2010. - 224 с.: ил.. Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный, 15 экз.

Дополнительная литература

1. Сочетанные зубочелюстно-лицевые аномалии и деформации. Андреищев А.Р. –М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный, 11 экз.

2.Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /под ред. В. И. Балина, Н. М. Александрова. – изд. 4-е, доп. и испр. – СПб: СпецЛит, 2005. – 574 с.Доступ из ЭБС «Консультант врача». - Текст: электронный, 12 экз.

3.2.2. Информационно-коммуникационные ресурсы.

	ЭЛЕКТОРОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ РЕСУРСЫ	Доступ к ресурсу
1	Электронная библиотекаРостГМУ. URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	– Доступ неограничен

2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека: Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением_Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Научная электронная библиотека eLIBRARY. - URL: http://elibrary.ru	Открытый доступ
4	Национальная электронная библиотека. - URL: http://нэб.рф/	Доступ с компьютеров библиотеки
5	Scopus / ElsevierInc., ReedElsevier. – Philadelphia: ElsevierB.V., PA. – URL: http://www.scopus.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
6	FreedomCollection [журналы]/ScienceDirect.Elsevier. – URL: www.sciencedirect.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации(<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
7	БД издательства SpringerNature. - URL: https://link.springer.com/ по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации, удалённо через КИАС РФФИ https://kias.rfbr.ru/reg/index.php	Доступ неограничен
8	WileyOnlineLibrary / JohnWiley&Sons. - URL: http://onlinelibrary.wiley.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
9	Questelбаза данных OrbitPremiumedition: база данных патентного поиска http://www.orbit.com/ по IP-адресам РостГМУ (<i>Нацпроект</i>)	Доступ ограничен
10	NanoDatabase : справочные издания по нано-материалам. - URL: https://nano.nature.com по IP-адресам РостГМУ и удалённо после регистрации	Доступ ограничен
11	портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
12	Электронная библиотека Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ). - URL: http://www.rfbr.ru/rffi/ru/library	Открытый доступ
13	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: http://femb.rucml.ru/femb/	Открытый доступ
14	Архив научных журналов / НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
15	КиберЛенинка: науч. электрон. биб-ка. - URL: http://cyberleninka.ru/	Открытый доступ
16	МЕДВЕСТНИК. Портал российского врача: библиотека, база знаний. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
17	Медицинский Вестник Юга России. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour или с сайта РостГМУ(<i>поисковая система Яндекс</i>)	Открытый доступ
18	National Library of Medicine (PubMed). - URL: http://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/	Открытый доступ
19	DirectoryofOpenAccessJournals: полнотекстовые журналы 121 стран мира, в т.ч. по медицине, биологии, химии. - URL: http://www.doaj.org/	Открытый доступ
20	Free Medical Journals. - URL: http://freemedicaljournals.com	Открытый доступ
21	FreeMedical Books. - URL: http://www.freebooks4doctors.com	Открытый доступ

22	International Scientific Publications. – URL: http://www.scientific-publications.net/ru/	Открытый доступ
23	Univadis.ru: международ. мед.портал. - URL: http://www.univadis.ru/	Открытый доступ
24	ECO-Vector Journals Portal / Open Journal Systems. - URL: http://journals.eco-vector.com/	Открытый доступ
25	Evrika.ru информационно-образовательный портал для врачей. – URL: http://www.evrika.ru/	Открытый доступ
26	Med-Edu.ru: медицинский видеопортал. - URL: http://www.med-edu.ru/	Открытый доступ
27	DoctorSPB.ru: информ.-справ. портал о медицине. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
28	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL: http://cr.rosminzdrav.ru/	Открытый доступ
29	Словари и энциклопедии на Академике. - URL: http://dic.academic.ru/	Открытый доступ
30	Официальный интернет-портал правовой информации. - URL: http://pravo.gov.ru/	Открытый доступ
31	Всемирная организация здравоохранения. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
32	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/	Открытый доступ
33	Современные проблемы науки и образования : электрон.журнал. - URL: http://www.science-education.ru/ru/issue/index	Открытый доступ

3.2.3. Автоматизированная система (АС ДПО).

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе дополнительного профессионального образования (АС ДПО) sdo.rostgmu.ru.

Основными дистанционными образовательными технологиями Программы являются интернет-технологии с методикой синхронного и/или асинхронного дистанционного обучения. Методика синхронного дистанционного обучения предусматривает on-line общение, которое реализуется в виде вебинара, онлайн-чата, виртуальный класс. Асинхронное обучение представляет собой offline просмотр записей аудиолекций, мультимедийного и печатного материала. Каждый слушатель получает доступ к учебным материалам портала и к электронной информационно-образовательной среде.

АС ДПО обеспечивает:

- возможность входа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»;
- одновременный доступ не менее 25 процентов обучающихся по Программе;
- доступ к учебному содержанию Программы и электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (вопросы контроля исходного уровня знаний, вопросы для самоконтроля по каждому разделу, тестовые задания, интернет-ссылки, нормативные документы);
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной и итоговой аттестаций.

3.3. Кадровые условия.

Реализация Программы обеспечивается научно-педагогическими работниками кафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов.

Доля научно-педагогических работников, имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, модуля, имеющих сертификат специалиста по специальности «Челюстно-лицевая хирургия», в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 50%.

Доля научно-педагогических работников, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Доля работников из числа руководителей и работников организации, деятельность которых связана с направленностью реализуемой Программы (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих Программу, составляет 100%.

Профессорско-преподавательский состав программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность	Место работы (основное/совмещение)
1	Коробка Вячеслав Леонидович	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (совмещение)
2	Нерсесянц Тигран Сергеевич	к.м.н.	Ассистенткафедры реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии	ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (совмещение)

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. Оформление тестов фонда тестовых заданий.

к дополнительной профессиональной программе
повышения квалификации врачей «Избранные вопросы челюстно-лицевой
хирургии» со сроком освоения 144 академических часа по специальности
«Челюстно-лицевая хирургия».

Список тестовых заданий по модулю 2 " Гнойно-воспалительные заболевания "

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсесянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants_ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия
10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Гнойно-воспалительные заболевания
15	Тема	2.1-2.6
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	20
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

2	1	1	Лимфоотток из области век осуществляется		
			в поверхностные шейные лимфатические узлы		
	*		в околоушные лимфатические узлы и в поднижнечелюстные лимфатические узлы		
			в глубокие шейные лимфатические узлы		
			в подбородочные лимфатические узлы		
2	1	2	В поднимании нижней челюсти не участвует		

			жевательная мышца		
			медиальная крыловидная мышца		
			верхняя часть височной мышцы		
	*		латеральная крыловидная мышца		
2	3	3	При перкуссии зубов определяется		
	*		болевая реакци		
			некроз пульпы		
			перелом коронки зуба		
			перелом корня зуба		
			подвижность зубов		
2	3	4	Ложная флюктуация - это		
	*		флюктуация воспринимается в одном направлении		
			отсутствие колебаний жидкости в полости		
			колебание жидкости во всех направлениях		
			Колебание жидкости в двух направлениях		
		5	Определяются ли в норме лимфатические узлы лица и шеи?		
			да		
	*		нет		
2	2	6	К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят		
			миозит		
			коллапс		
			гипертоническую болезнь		
	*		альвеолоневрит		
2	4	7	К методам лечения альвеолита относятся		
			кюретаж лунки		
	*		кюретаж лунки, промывание антисептиками и рыхлая тампонада		
			тугая тампонада лунки		
			промывание лунки антисептиками и тампонад		
2	3	8	Рентгенологические признаки остеомиелита лунки		
	*		остеопороз костных стенок лунки		
			остеосклероз костных стенок лунки		
			сочетание остеопороза и остеосклероза		
			без изменений		
2	3	9	Оптимальные сроки заживления костной раны после удаления зубов		
			12-14 дней		
			1 месяц		
			1 год		
	*		3-4 месяца		
2	1	10	Нижней границей подвисочной ямки является		
			шиловидный отросток		
			бугор верхней челюсти		
	*		щечно-глоточная фасция		

			наружная пластинка крыловидного отростка		
2	1	11	Нижней границей дна полости рта является		
			основание языка		
			заднее брюшко m.digastricus		
	*		кожа поднижнечелюстных областей		
			слизистая оболочка дна полости рта		
2	1	12	Верхней границей дна полости рта является		
			основание языка		
			заднее брюшко m.digastricus		
			кожа поднижнечелюстных областей		
	*		слизистая оболочка дна полости рта		
2	3	13	Затруднение при глотании появляется при флегмоне		
			околоушно-жевательной		
			щечной области		
	*		дна полости рта		
			скуловой		
2	3	14	Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне		
			щечной области		
	*		околоушно-жевательной		
			подглазничной		
			скуловой		
2	3	15	Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является		
	*		флебит угловой вены		
			паротит		
			медиастенит		
			гематома мягких тканей		
2	2	16	Аденофлегмоны развиваются по причине		
			абсцедирующего фурункула		
			периапикального воспаления		
	*		распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла		
			паренхиматозного сиалоаденита		
2	3	17	Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть		
			ксеротомия		
			выворот век		
	*		потеря зрения		
			парез лицевого нерва		
1	2	18	Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются		
	*		анаэробы		
			стафилококки		
			бледные спирохеты		
			лучистые грибы		
2	2	19	Причиной для развития флегмоны дна полости рта является воспалительный		

			процесс в области		
			верхней губы		
	*		зубов нижней челюсти		
			зубов верхней челюсти		
			лимфоузлов щечной области		
2	4	20	Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе		
			в подбородочной области		
			окаймляющем угол нижней челюсти		
			слизистой оболочке по крыло-челюстной складке		
	*		параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла		
			в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти		

Список тестовых заданий по модулю3 "Переломы костей лица и челюстей"

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсисянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия
10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Переломы костей лица и челюстей
15	Тема	3.1-3.6
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

3	1	1	Основным симптомом перелома верхней челюсти является		
			головная боль		
			носовое кровотечение		
			разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков		

	*		патологическая подвижность верхнечелюстных костей		
3	1	2	Основным симптомом перелома нижней челюсти является носовое кровотечение		
	*		патологическая подвижность нижней челюсти		
			патологическая подвижность верхнечелюстных костей		
			головная боль		
3	3	3	Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой		
	*		метод Адамса		
			дуга Энгля		
			остеосинтез		
3	3	4	Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти		
			биопсия		
	*		рентгенография		
			радиоизотопное		
			цитологическое		
3	3	5	Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на скуловые кости снизу вверх на подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх на подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх		
	*		на крючок крыловидного отростка снизу вверх		
3	2	6	Мышца, опускающая нижнюю челюсть		
	*		двубрюшная		
			круговая рта		
			поднимающая угол рта		
			собственно жевательная		
3	4	7	Мышца, поднимающая нижнюю челюсть		
			круговая рта		
			поднимающая угол рта		
	*		собственно жевательная		
			подбородочно-подъязычная		
3	3	8	Характерный симптом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти		
			открытый прикус		
			кровотечение из носа		
			разрыв слизистой альвеолярного отростка		
	*		изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома		
3	3	9	Диета пациентов с переломами челюстей		
			хирургическая (1)		
			высококалорийная		
			общий стол (15)		
	*		трубчатая (15)		

3	1	10	Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются		
			из алюминия		
			из бронзы		
	*		из титана		
			из стали		
3	1	11	Позднее осложнение воспалительного характера при переломах челюстей		
			фурункулез		
			рожистое воспаление		
	*		травматический остеомиелит		
			Периостит		
3	1	12	Основные симптомы перелома скуловой кости		
			кровотечение из носа, головокружение		
			кровоизлияние в нижнее веко		
			гематома скуловой области		
	*		уплощение скуловой области, диплопия		
3	3	13	Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости		
			гематома		
			воспалительная реакция		
	*		смещение отломков		
			травма жевательных мышц		
3	3	14	Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости		
			травма глазного яблока		
	*		смещение глазного яблока		
			травма зрительного нерва		
			воспалительная реакция		
3	3	15	Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют		
	*		крючок Лимберга		
			крючок Фарабефа		
			зажим Кохера		
			распатор		

Список тестовых заданий по модулю 4 "Опухоли и кисты шеи "

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсеянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия

10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли и кисты шеи
15	Тема	4.1- 4.3
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

4	1	1	Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются травматическими онкологическими одонтогенными * врожденными		
4	1	2	Боковая киста шеи локализуется по средней линии шеи * в средней трети шеи, по переднему краю m.sternocleidomastoideus по переднему краю m.trapezius в подподбородочной области		
4	3	3	Срединная киста шеи локализуется по переднему краю m.trapezius * над щитовидным хрящом в поднижнечелюстной области в области яремной вырезки		
4	3	4	Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается в носоглотке * в области верхнего полюса миндалины в щечной области в подъязычной области		
4		5	Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи" радиоизотопное биохимическое реакция Вассермана * цитологическое		
4	2	6	Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" * контрастная фистулография радиоизотопное цитологическое динамики тимоловой пробы		
4	3	7	Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез по переднему краю жевательной мышцы		

			по переднему краю m.trapezius		
	*		горизонтально по верхней шейной складке		
			в надключичной области		
4	3	8	Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является		
			травма околоушной слюнной железы		
			перелом подъязычной области		
			парез голосовых связок		
	*		стеноз верхних дыхательных путей		
4	3	9	Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи		
			перелом подъязычной области		
			травма околоушной слюнной железы		
			парез лицевого нерва		
	*		повреждение крупных сосудов шеи		
4	1	10	Липомы - это		
			опухоль, состоящая из хрящевой ткани		
			опухоль, состоящая из элементов кожи		
	*		опухоль, состоящая из жировой ткани		
			опухоль, состоящая из кровеносных сосудов		
4	1	11	Основным клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие		
			уплотнения кожи на шее		
			повышение температуры тела		
	*		новообразования округлой формы		
			болеи спастического характера		
4	1	12	Основным методом лечения врожденных свищей шеи является		
			из прошивание		
			их криодеструкция		
			их склерозирование		
	*		их иссечение		
4	1	13	Боковой свищ шеи располагается в области		
			лицевой артерии и вены		
			общей сонной артерии		
	*		внутренней яремной вены и наружной сонной артерии		
			щитовидной артерии		
4	3	14	При иссечении срединного свища шеи необходимо резецировать		
			подчелюстную слюнную железу		
	*		участок подъязычной кости		
			проток подчелюстной слюнной железы		
			щитовидный хрящ		
4	3	15	Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является		
	*		оперативное вмешательство		
			лучевая терапия		
			химиотерапия		

		криотерапия		
--	--	-------------	--	--

Список тестовых заданий по модулю 5 "Опухоли и кисты челюстей "

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсисянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants_ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия
10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Опухоли и кисты челюстей
15	Тема	5.1- 5.4
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

5	1	1	Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации		
	*		безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия		
5	4	2	Основным методом лечения сложной и составной одонтомы является химиотерапия		
	*		удаление новообразования		
			комбинированное лечение		
			блок-резекция челюсти		
5	3	3	Основным методом лечения кист челюстей большого размера является половинная резекция челюсти		
	*		цистотомия		
			частичная резекция челюсти		
			цистэктомия		
5	3	4	Причиной рецидива радикулярной кисты челюсти является		

			гематома		
	*		не полностью удаленная оболочка кисты		
			одонтогенная инфекция		
			длительность существования кисты		
5	1	5	Фиброма - это		
			опухоль слизистой полости рта на широком основании		
			опухоль слизистой полости рта на ножке		
			опухоль, состоящая из жировой ткани		
	*		опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани		
5	2	6	Фиброма, в основном веществе которой произошло слизистое перерождение, называется		
	*		фибромиксомой		
			кистофибромой		
			фиброгранулемой		
			ангиофибромой		
5	4	7	Основным методом лечения ограниченного предракового гиперкератоза красной каймы губ является		
			химиотерапия		
			комбинированное		
	*		криодеструкция		
			лучевая терапия		
5	3	8	Основным методом лечения амелобластомы является		
			выскабливание оболочки новообразования		
			химиотерапия		
			цистэктомия		
	*		резекция челюсти		
5	3	9	В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается		
			нозоальвеолярная киста		
			кератокиста		
			фолликулярная киста		
	*		радикулярная киста		
5	1	10	Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать		
			с твердой одонтомой		
			с цементомой		
	*		с амелобластомой		
			с репаративной гранулемой		
5	1	11	Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид		
			лимфы		
			крови		
	*		холестеотомных масс		
			мутной жидкости		
5	1	12	Основным методом лечения неодонтогенных кист челюстей является		
			криодеструкция		

			цистотомия		
			частичная резекция челюсти		
	*		цистэктомия		
5	3	13	При липоме шеи используется		
			химиотерапия		
			комбинированное лечение		
	*		хирургическое лечение		
			лучевая терапия		
5	3	14	Наиболее часто озлокачивается		
			лейкоплакия		
	*		хейлит Манганотти		
			хронические трещины губ		
			ограниченный предраковый гиперкератоз		
5	3	15	Амелобластому следует		
	*		с радикулярной кистой		
			с одонтомой		
			с хондромой		
			с цементомой		

**Список тестовых заданий по модулю
"Верхнечелюстные синуситы "**

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсесянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants_ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия
10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Верхнечелюстные синуситы
15	Тема	6.1- 6.5
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

6	1	1	Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении верхних резцов и клыков		
	*		верхних моляров нижних моляров верхний резцов		
6	1	2	Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является перелом альвеолярного отростка		
	*		кровотечение из лунки выделение из лунки воздуха и пенистой крови носовое кровотечение		
6	3	3	Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании		
	*		клинико-рентгенологической картины жалоб больного рентгенологической картины клинических данных		
6	3	4	Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении зубов при		
	*		пневматическом типе строения пазухи промежуточном типе строения пазухи склеротическом типе строения пазухи Смешанном типе строения пазухи		
6	5	5	Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является носовое кровотечение		
	*		кровотечение из лунки положительная носо-ротовая проба перелом альвеолярного отростка положительный симптом нагрузки		
6	2	6	При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо		
	*		динамическое наблюдение укрыть лунку йодоформным тампоном закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки промыть пазуху антисептиком, назначить антибиотики		
6	4	7	При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение		
	*		иссечение свища гайморотомия с одномоментной пластикой свища гайморотомия физиотерапия		
6	3	8	При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают		
	*		йодоформным тампоном и защитной пластинкой мостовидным протезом йодоформным тампоном обтуратором		

6	3	9	Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является		
			тризм		
			парез краевой ветви n.facialis		
			деформация скуловой области		
	*		носовое кровотечение		
6	1	10	Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является		
			тризм		
			парез краевой ветви n.facialis		
	*		расхождение швов		
			деформация скуловой области		
6	1	11	Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают		
			иглорефлексотерапию		
			массаж		
	*		лазеротерапию		
			чрескожную электро-нейростимуляцию		
6	1	12	Признаками, характерными для анамнеза острого одонтогенного максиллярного синусита, являются		
	*		все перечисленные ниже		
			острое начало		
			ощущение удлинённых зубов на стороне поражения		
			картина невралгии II ветви тройничного нерва		
6	3	13	По характеру патоморфологических изменений одонтогенные верхнечелюстные синуситы можно подразделить на		
			гнойные		
			катаральные		
	*		полипозные		
			гнойно-полипозные		
6	3	14	Для установления диагноза "острый одонтогенный верхнечелюстной синусит " обязательными являются следующие исследования		
			диафаноскопия		
	*		Спиральная компьютерная томография		
			электроодонтодиагностика зубов		
			эндоназальные исследования		
6	3	15	К объективным признакам, характерным для острого одонтогенного максиллярного синусита, относятся		
	*		затемнение при диафаноскопии, рентгенографии		
			болезненность костных стенок пазухи при перкуссии (симптом Линка)		
			гиперемия щеки, плотность ее и болезненность при пальпации		
			отек и гиперемия слизистой оболочки нижней носовой раковины		

**Список тестовых заданий по модулю 7
"Остеомиелиты челюстей "**

1	Кафедра	Реконструктивной, сердечно-сосудистой, торакальной, челюстно-лицевой хирургии и трансплантологии
2	Факультет	повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
3	Адрес (база)	ГБУ РО РОКБ. 344015. г.Ростов-на-Дону, ул. Благодатная, 170
4	Зав.кафедрой	Доц., д.м.н. Коробка В.Л.
5	Ответственный составитель	Ассистент, к.м.н, Нерсисянц Т.С.
6	E-mail	nersesyants ts@rostgmu.ru
7	Моб. телефон	8 909 409 99 89
8	Кабинет №	5
9	Учебная дисциплина	Челюстно-лицевая хирургия
10	Учебный предмет	Челюстно-лицевая хирургия
11	Учебный год составления	2022
12	Специальность	Челюстно-лицевая хирургия
13	Форма обучения	Очная
14	Модуль	Остеомиелиты челюстей
15	Тема	7.1- 7.3
16	Подтема	-
17	Количество вопросов	15
18	Тип вопроса	single
19	Источник	-

7	2	1	Целью остеоперфорации при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является эвакуация гноя		
			профилактика спонтанного перелома челюсти		
			снижение напряжения мягких тканей в области воспалительного процесса		
	*		создание внутричелюстной декомпрессии		
7	2	2	Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюсти является наличие хронических очагов воспаления в челюсти		
	*		снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти		
			снижение реактивности организма		
			острый лимфаденит		
7	2	3	Диагноз хронического одонтогенного остеомиелита челюсти		
			опроса больного		
	*		клинико-рентгенологической картины		
			жалоб больного		
			данных лабораторных методов исследования		
7	2	4	Признаками, характерными для анамнеза хронического одонтогенного остеомиелита верхней челюсти, являются		
			Перенесенное острое одонтогенное воспалительное заболевание верхней челюсти		

	*		наличие кариозно разрушенных зубов		
			острый воспалительный процесс в области верхней челюсти, купированный без лечения		
			острое начало после переохлаждения		
7	3	5	К признакам, характерным для хронического остеомиелита верхней челюсти, относятся		
			гиперемия кожных покровов		
			повышение температуры тела		
			периостальная реакция на стороне поражения		
	*		наличие свищевых ходов		
7	1	6	Какой из видов остеомиелита встречается наиболее часто?		
	*		одонтогенный		
			травматический		
			гематогенный		
			смешанный		
7	3	7	Из дополнительных методов исследования обязательны для уточнения диагноза "хронический остеомиелит верхней челюсти" следующие		
			фистулография		
			анализ мочи		
	*		Рентгенография и зондирование свищевого хода		
			анализ крови		
7	3	8	Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается		
			в санации полости рта		
			в антибактериальной терапии		
			в периостотомии в области причинного зуба		
	*		в антибактериальной терапии, секвестрэктомии		
7	3	9	Для стимуляции реактивности организма при лечении хронического остеомиелита челюсти используют		
			коргликон		
			фузидин		
			левомиколь		
	*		метилурацил		
7	1	10	Для лечения хронического остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием		
			ампициллин, секурапен		
			пенициллин, метилурацил		
	*		линкомицин, рулид, ципрофлоксацин		
			канамицин, бисептол		
7	3	11	Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период		
			формирования секвестра		
			после антибактериальной терапии		
	*		сформировавшегося секвестра		
			после физиолечения		
7	1	12	Дополнительным методом лечения перед операцией секвестрэктомии при		

			хроническом остеомиелите челюсти является		
			электрокоагуляция		
			химиотерапия		
			криотерапия		
	*		ГБО-терапия		
7	3	13	Отдаленным местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает		
			ксеростомия		
			диплопия		
	*		деформация челюсти		
			паралич лицевого нерва		
7	3	14	Местным осложнением хронического остеомиелита челюсти бывает		
			диплопия		
	*		патологический перелом		
			ксеростомия		
			паралич лицевого нерва		
7	1	15	Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является		
	*		неудовлетворительная иммобилизация отломков		
			острый лимфаденит		
			возраст больного		
			травма плохо изготовленным протезом		

2. Оформление фонда ситуационных задач

Задача №1

Пациент М., 41 год, находится на лечении у стоматолога-хирурга. Четыре дня назад пациенту был удален зуб 4.7 и выполнена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 4.7. Врач назначил пациенту местное лечение: гипотермию и ванночки с гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в день. Через три дня пациент, придя на прием, отметил, что его беспокоят головные боли, бессонница, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Он указал, что боли в области нижней челюсти и отек мягких околочелюстных тканей сохраняются. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (1 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти справа. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 4.6, 4.8, лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной сторон. Лунка удаленного зуба 4.7 выполнена серым фибринозным налетом. В преддверии полости рта по переходной складке визуализируется рана протяженностью 1,5 см с дренажом из перчаточной резины, по которому выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.6 и 4.8 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,4 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (16 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+).

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.

2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога при ведении данного пациента.

Ответ к задаче

1. На основании данных клинического обследования в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа, ограниченный пределами лунки зуба 4.6.

2. Стоматологом-хирургом при ведении пациента были допущены следующие тактические ошибки: – не назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные (в данной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства; – не назначены ежедневные перевязки с обязательной заменой дренажа и инстилляцией раны растворами антисептиков.

Задача №2

Пациент Р., 47 лет, обратился с жалобами на боли в области нижней челюсти слева, озноб, слабость, затрудненное открывание рта, боль в горле слева, чувство онемения подбородка и нижней губы слева. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных мягких тканей в области нижней челюсти слева. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (1,0 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти слева и воспалительной контрактуры жевательных мышц. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 3.8 и 3.7 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной стороны. Зуб 3.8 на жевательной поверхности имеет глубокую кариозную полость, выполненную размягченным дентином, ее зондирование безболезненно. Перкуссия зубов 3.8 и 3.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). В области зуба 3.8 с дистальной поверхности имеется патологический зубодесневой карман, из которого при надавливании на зуб выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,1 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки, С-реактивный белок (+).

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.

2. Как именуется симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева? Клиническим признаком каких изменений он является в данной ситуации?

Ответ к задаче

1. На основании данных клинического обследования пациенту должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный ограниченный остеомиелит нижней челюсти слева от зуба 3.8.

2. Симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева, именуется симптомом Венсана, который является клиническим признаком вовлечения в патологический процесс сосудисто-нервного пучка, расположенного в нижнечелюстном канале.

Задача №3

В приемный покой к дежурному челюстно-лицевому хирургу обратилась пациентка Л., 57 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациентка 3 месяца назад удалила зуб 4.7 и перенесла острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крыловиднонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации окологлазничных мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти справа. В поднижнечелюстной области справа в зоне послеоперационного рубца имеется свищ, из

которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,6 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот на 2,5 см. При осмотре полости рта: в лунке зуба 4.7 видно гнойное отделяемое. Зубы 4.8 и 4.6 патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализирующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви справа. Причем корень зуба 4.8 расположен в остеомиелитическом очаге, а корни 4.6 — в непосредственной близости от очага деструкции кости. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 4.6, 4.8. На основании приведенных данных пациентке был поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви справа. С начала заболевания прошло 3 месяца.

1. Какое хирургическое лечение должно быть проведено в указанной клинической ситуации?
2. Укажите доступ, которым следует осуществлять оперативное вмешательство, показанное пациентке. Назовите этапы проведения операции.
3. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования?
4. Назовите тип заживления раны после проведения оперативного вмешательства, показанного пациентке.
5. Определите основные составляющие комплексного послеоперационного лечения пациентки.

Ответ к задаче

1. В указанной клинической ситуации пациентке должно быть выполнено оперативное вмешательство — секвестрэктомия.
2. В указанной клинической ситуации, когда в патологический процесс вовлечены горизонтальный сегмент тела, угол и ветвь нижней челюсти справа, секвестрэктомия следует осуществлять внеротовым доступом. Разрез проводят параллельно основанию нижнего края нижней челюсти справа длиной 1,5–2 см. При этом можно руководствоваться расположением открывающихся на коже свищей, которые в процессе выполнения оперативного вмешательства подлежат иссечению. Можно выделить следующие основные этапы проведения секвестрэктомии: — общее обезболивание; — проведение разреза; — скелетирование горизонтального сегмента, угла и ветви нижней челюсти; — секвестрэктомия (удаление секвестров, грануляционной ткани — секвестральной капсулы); — обработку стенок костной полости высокоэнергетическим лазером; — введение перфорированных трубчатых дренажей; — наложение провизорных швов.
3. Тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования должна быть следующей: зуб 4.8 необходимо удалить, зуб 4.7 следует подвергнуть эндодонтическому лечению с надежной obturацией апикальных отверстий.
4. Тип заживления костной раны после проведения оперативного вмешательства, показанного пациентке, — вторичным натяжением.
5. Основными составляющими комплексного послеоперационного лечения пациентки являются следующие: — комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальную терапию, сначала империческую, а после получения ответа на чувствительность микрофлоры к антибактериальным лекарственным средствам — направленную (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), использование нестероидных противовоспалительных и антигистаминных лекарственных средств; — применение поливитаминных комплексов, содержащих минеральные соли (витамины групп В,

С, D, минеральные соли кальция, магния, фосфора); – использование препарата «Остеогенон», ФТЛ или рефлексотерапия с целью обеспечения оптимальных условий для остеорегенерации.

Задача №4.

Пациент А., 47 лет. Переведен в областную больницу из центральной районной больницы в тяжелом состоянии. Из анамнеза — 5 суток назад амбулаторно удален 38 зуб. Через 2 дня обратился в ЦРБ в связи с ухудшением состояния. Прооперирован по поводу флегмоны подчелюстной области слева. Состояние продолжало ухудшаться, в связи с чем переведен для дальнейшего лечения в областную больницу. Объективно: состояние тяжелое, уровень сознания — сопор, температура тела 39,9°C, положение вынужденное — на боку (на спине лежать не может), в положении лежа на спине при поколачивании по пяткам — боль за грудиной, в положении сидя — подбородок приведен к груди, разогнуть шею не может, дыхание везикулярное, ослабленное, ЧД — 26/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 120/ мин, АД — 100/60 ммHg. Выражен отек и инфильтрация мягких тканей в под- челюстных областях, шея слева до средней трети грудины, рана в подчелюстной области слева – 1,5 см с мутным отделяемым. Рентгенограмма органов грудной клетки — средостение расширено, срединная тень смещена вправо. ОАК: гемоглобин — 106 г/л, эритроциты — $2,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — 18×10^9 /л, выраженный нейтрофильный сдвиг влево, токсическая зерни-стость лейкоцитов, СОЭ — 52 мм/ч; БАК: мочевины – 14 ммоль/л, креатинин — 170 мкмоль/л, билирубин — 34 ммоль/л, общий белок — 42 г/л. ОАМ: протеинурия, цилиндрурия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз? Дообследование?
3. План лечения?

Ответ

1. Диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева, флегмона подчелюстной области, шеи слева, медиастинит, сепсис, септический шок.
2. Дифференциальная диагностика медиастинита проводится с пневмонией по данным перкуссии, аускультации, рентгенографии и КТ грудной клетки.
3. Лечение комплексное, должно проводиться в условиях отделения интенсивной терапии. Включает активное хирургиче-ское лечение гнойных очагов и общую интенсивную многокомпонентную терапию. Хирургическое лечение должно быть выполнено сразу после достижения гемодинамической стабилизации, невзирая на то, что операция и анестезия ухудшают состояние септических больных посредством нарушения гемодинамики и микроциркуляции. Интенсивная терапия сепсиса включает введение антибиотиков и антисептических средств с учетом чув-ствительности к ним выделенной микрофлоры. Проводят дезинтоксикационную терапию (гемосорбция, форсированный диурез, плазмаферез), лечение глюкокортикоидами (гидрокортизон, преднизолон), коррекцию белко- во-энергетических потерь (высококалорийное питание, зондовое и парэнтеральное питание), инфузионную терапию (переливание электролитов, поли- и реополиглокина, жировых и белковых эмульсий), используют прессорные амины (допамин, добутамин, норадреналин) при сохраняющейся гипотензии, кислородную терапию, осуществляют коррекцию на- рушенных функций различных органов и систем, по показаниям назначают гепарин, переливают тромбоцитарную массу и свежезамороженную плазму. Важное место в лечении сепсиса занимает иммунотерапия (антиэндо-токсинавая, антицитокиновая, терапия иммуноглобулинами).

Задача № 5

К стоматологу-хирургу обратился пациент А., 36 лет, по поводу санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.6 физиологической окраски. Зуб 1.6 на ½ восстановлен пломбой из

фотополимера. Перкуссия зуба 1.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях зуба 1.6 ближе к медиальному щечному корню определяется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами (0,4 × 0,4 см). В просвете канала визуализируется обломок эндодонтического инструмента. Небный и дистальный щечный корни запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В процессе удаления зуба 1.6 обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой в проекции лунки медиального щечного канала. Стоматолог-хирург принял решение применить данному пациенту консервативное лечение.

1. Какая тактическая ошибка в указанной клинической ситуации была допущена стоматологом-хирургом?
2. Когда необходимо устранить сообщение с верхнечелюстной пазухой в данной клинической ситуации?

Ответ к задаче

1. В указанной клинической ситуации тактическая ошибка стоматолога-хирурга заключалась в том, что он применял пациенту консервативное лечение, хотя было показано хирургическое лечение, которое заключается в пластическом устранении перфорации местными тканями из области преддверия верхнего свода полости рта, и назначение в послеоперационном периоде комплексной противовоспалительной терапии.
2. В данной клинической ситуации устранить сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой необходимо сразу после его диагностики.

Задача № 6

Пациент Т., 35 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на головную боль, повышение температуры тела, боль в области зуба 2.7, нарушение носового дыхания через левую половину носа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,5 × 1 см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.7 гиперемирована, отечна. Зуб 2.7 разрушен ниже уровня десны. Его перкуссия резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется расширение периодонтальной щели в области апексов корней 2.7. В процессе удаления зуба 2.7 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху, при этом из лунки зуба выделилось обильное гнойное отделяемое.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Какова тактика лечения по отношению к небному корню зуба 2.7?

Ответ к задаче

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева, инородное тело в верхнечелюстной пазухе слева (небный корень зуба 2.7).
2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.
3. Радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе слева, удаление инородного тела (небного корня зуба 2.7) и устранение перфорации верхнечелюстной пазухи необходимо проводить после купирования острых воспалительных явлений в ней.

Задача № 7

Пациентка Л., 27 лет, обратилась к стоматологу-хирургу по поводу санации полости рта — удаления зуба 2.6. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хроническим синуситом

верхнечелюстных пазух. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.6 физиологической окраски. Указанный зуб на $\frac{1}{2}$ восстановлен пломбой из фотополимера. Перкуссия зуба 2.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в его периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. При удалении зуба 2.6 началось кровотечение из лунки, наблюдалась кровь с пузырьками воздуха. Симптом воздушной струи положительный. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика лечения пациентки?

Ответ к задаче

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке может быть поставлен диагноз хронический одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева, сообщение с левой верхнечелюстной пазухой.

2. Дальнейшая тактика лечения пациентки предусматривает комплексное лечение, включающее оперативное вмешательство — радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе, пластическое устранение сообщения с пазухой местными тканями, и назначение комплексной противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

Задача №8

Пациент П. обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области лунки зуба 1.7, заложенность правой половины носа, чувство тяжести в правой половине лица. Из анамнеза пациента известно, что зуб 1.7 удален десять дней назад по поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области справа, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены ($0,5 \times 0,7$ см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки зуба 1.7 гиперемирована, отечна. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Каков, план обследования пациента в данной клинической ситуации?
3. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?
4. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Ответ к задаче

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз обострение хронического одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи справа, свищ пазухи.

2. В данной клинической ситуации план обследования пациента должен включать следующие позиции: консультацию ЛОР-врача; общий развернутый анализ крови, общий анализ мочи, лучевые методы исследования (компьютерную томографию придаточных пазух).

3. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

4. План лечения пациента предусматривает комплексную терапию, включающую оперативное вмешательство — радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе, пластическое устранение сообщения с пазухой местными тканями, и назначение комплексной противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

Задача № 9

Пациент ВЧ, 28 лет. Доставлен в приемное отделение областной больницы с жалобами на тошноту, однократную рвоту, сильную боль в лице, нарушение прикуса и конфигурации лица. Из анамнеза — пострадал в ДТП. Объективно: состояние тяжелое. В сознании, возбужден. Бледен. Дыхание ритмичное, везикулярное, проводится во все отделы. ЧД — 16/мин. Пульс ритмичный, ЧСС — 82/мин., АД — 135/90 мм Нг. Выражен отек верхней губы, пальпация средней зоны лица резко болезненна, имеются гематомы век с обеих сторон, овал лица удлиннен, прикус патологический, открытый — контакт только на молярах; снижена чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва. Слизистая оболочка рта — единичные подслизистые кровоизлияния по верхней переходной складке преддверия.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. План

обследования?

3. План лечения?

Ответы

1. Сочетанная травма: закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II (по средней линии слабости, среднего типа) со смещением.

2. Дообследование: попытка пальпаторно выявить патологическую подвижность и боль при осевой нагрузке; краниография — обзорная и в дополнительных проекциях, по показаниям — компьютерная томография средней зоны лица, черепа; общеклинические лабораторные исследования, консультация нейрохирурга, офтальмолога, оториноларинголога. Контроль нарастающей внутр-ричерепной гематомы с выполнением КТ по показаниям.

3. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция и фиксация двучелюстной на- зубной шиной, иммобилизация теменно-подбородочной пращой. При значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе — открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Лечение сочетанных повреждений смежных областей специалистами по профилю. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача № 10

Пациент Б., 43 года. Доставлен реанимобилем в приемное отделение областной больницы. Со слов бригады скорой медицинской помощи — пострадал в ДТП 30 минут назад. Объективно: состояние тяжелое, сознание ступорозное, диффузный цианоз, дыхание стридорозное, ЧД 13/мин, при выдохе изо рта отделяется умеренное количество пенистой мокроты с приме-сью крови. Пульс ритмичный, ЧСС — 120/мин, АД — 125/80 мм Нг. Нижний отдел лица деформирован, при пальпации определяется патологическая подвижность фронтального отдела нижней челюсти. В полости рта — кровь, пенистая мокрота, язык ограниченно подвижен, западает кзади.

Вопросы:

1. Предварительный

диагноз?

2. План оказания неотложной помощи?

3. План обследования.

4. План лечения?

Ответы

Диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти со смещением центрального отломка, механическая асфиксия, острая дыхательная недостаточность 2 стадии.

Алгоритм действий по устранению асфиксии у пациента с челюстно-лицевой травмой: санация полости рта и достижимых аэродигестивных путей вручную или электроотсосом, тракция языка кпереди вручную или языкодержателем, коникотомия, трахеотомия. Переход к последующей манипуляции осуществляется при неэффективности предыдущей. После восстановления внешнего дыхания проводится интенсивная терапия для компенсации жизненно важных

функций. У пациента следует предполагать наличие дислокационной асфиксии вследствие двустороннего перелома нижней челюсти из-за смещения центрального отломка и массива тканей дна рта и языка кзади. Репозиция отломков, способ фиксации: двучелюстношинирование, или остеосинтез при невозможности шинирования (отсутствие зубов, значительное смещение, интерпозиция мягких тканей), иммобилизация теменно-подбородочной пращой. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия, бронхолитики, коррекция КЩС.

Задача № 11

Пациент Р., 29 лет. Упал с велосипеда 1 час назад, ударился подбородком. Беспокоит боль в области подбородка. Объективно: состояние удовлетворительное. На коже подбородка —ссадины, пальпация в области подбородка болезненна, прикус не нарушен, определяется патологическая подвижность нижней челюсти на уровне 31–41 зубов, крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб. Симптом Венсана отрицателен с обеих сторон. Прикус не нарушен, слизистая оболочка рта не изменена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Ответ

1. Диагноз: открытый травматический перелом нижней челюсти во фронтальном отделе без смещения. У пациента имеется патогномичный признак перелома (крепитация в области подбородка при выполнении нагрузочных проб). Сохранение адекватного прикуса в данной ситуации объясняется динамически и статически равной тягой мышц левой и правой стороны.
2. Методы уточняющей рентгенодиагностики — ортопантомография, КТ.
3. Репозиция при отсутствии смещения не проводится. Способы фиксации: моношина на нижнюю челюсть, двучелюстная шина (при небольшом смещении), теменно-подбородочная повязка (при отказе от шинирования), остеосинтез (при отсутствии зубов, значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, патологическом заживлении), иммобилизация: межчелюстное эластическое вытяжение, теменно-подбородочная праща. Рентгенологический контроль консолидации через 4 недели. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия.

Задача №12

Пациентка С., 38 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области височно-нижнечелюстного сустава справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывания рта (замедлено случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма — ударились подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеоэпифизарные изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Ответ

1. Диагноз: артроз височно-нижнечелюстного сустава, 1 стадия (минимальные рентгенологические изменения), функциональный класс 1 (минимальное нарушение функции сустава).

2. План обследования: компьютерная томография, денситометрия, пункция сустава, артроскопия, по показаниям — биопсия патологической ткани, ОАК, БАК (маркеры ост-рого воспаления и коллагенозов).

3. Лечение: лечебный режим (механически щадящая диета), противовоспалительная терапия, при отсутствии эффекта и прогрессировании — глюкокортикоиды периапартулярно.

Задача №13

Пациент Г., 20 лет. Из анамнеза: травму получил при участии в со-ревнованиях по боксу. Беспокоит боль в левой половине лица, двоение в глазах, онемение крыла носа и верхней губы слева. Объективно: состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет выраженного отека в скуловой, периорбитальной и щечной областях слева. Определяется гематома век левого глаза. Снижена тактильная чувствительность кожи в зоне иннервации 2-й ветви тройничного нерва слева, пальпация скуловой области слева резко болезненна; определяется ступенькообразная деформация нижнего края орбиты левого глаза, прикус не нарушен. На рентенограмме скуловых костей определяется линия перелома в области нижнего края орбиты, субтотальное затемнение верхнечелюстной пазухи слева. Передняя риноскопия: отек слизистой оболочки боковой стенки носа слева, нативная кровь в среднем носовом ходе слева.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Ответ

1. диагноз: травматический перелом скуловой кости слева с незначительным смещением. Ушиб мягких тканей периорбитальной области слева, гематома век левого глаза, тупая травма левого глаза. Травматический неврит 2-ой ветви тройничного нерва слева.

2. В данной ситуации точно установить диагноз при помощи рентгенологического исследования затруднительно ввиду завуалированности костных структур отечными мягкими тканями. Уточняющим методом диагностики является компьютерная томография. Для установления характера содержимого верхнечелюстной пазухи — пункция через нижний носовой ход с аспирацией. При наличии гемосинуса — решение вопроса о радикальной операции на верхнечелюстной пазухе. Оперативное лечение (репозиция скуловой кости) показано только после уменьшения отека, так как существенно уменьшается риск кровотечения и вторичного инфицирования.

3. Лечение: холод местно (1 сутки), одномоментная репозиция репонатором (крючком) Лимберга с декомпрессией 2-й ветви тройничного нерва, при значительном смещении, интерпозиции мягких тканей, многооскольчатом переломе — открытая репозиция с металлоостеосинтезом. Щадящая диета. Туалет полости рта. Обезболивание. Антибактериальная терапия. Иммунопрофилактика столбняка по показаниям.

Задача №14

Пациент Б. 63 года. 2 месяца назад появилась боль в области 36 зуба, по-стоянная, ноющая с усилением при механической нагрузке. Обращался к стоматологу, осмотрен, выполнена дентальная рентгенограмма. Визуально — кариозное разрушение коронки 36 зуба, локальная припухлость и незначительная гиперемия десны. На снимке — очаговая резорбция альвеолярного отростка в области верхушки 36 зуба. Диагноз: хронический гранулирующий периодонтит. Выполнено удаление 36 зуба, кюретаж лунки, удалены фрагменты грануляционной ткани, проведено противовоспалительное лечение. С 6–7 суток после удаления — постепенное нарастание боли. При осмотре — в лунке фибриновый ступок, незначительная локальная припухлость. Назначено противовоспалительное лечение — без эффекта. Еще через 2 недели появилась ипсилатеральная (на стороне поражения) оталгия, через 4 недели — для купирования боли потребовался ежедневный прием анальгетиков. Повторное

обращение к стоматологу, осмотр — незначительное усиление припухлости в области 34-35-36 зубов, в лунке 36 зуба — разрастание грануляционной ткани, локальная болезненность при пальпации, увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,5 см, узел округлый, смещаемый, плотноэластический, слегка болезненный.

Вопросы:

1. План обследования?
2. Предположительный диагноз?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

Ответ

1. План обследования: тщательный сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография нижней челюсти, биопсия и мазки-отпечатки с последующей морфологической верификацией; пункция измененного лимфоузла.
2. Предположительный диагноз: злокачественная опухоль нижней челюсти.
3. Диагностическая ошибка: не было назначено повторное рентгенологическое исследование при отсутствии эффекта от проводимого лечения, не было выполнено гистологическое исследование удаленных тканей, не была выполнена биопсия из патологического очага на фоне атипичного течения заболевания

Задача № 15

Пациент Т. 63 года. В течение 1 месяца — боль в области 11-12-13 зубов, постоянная, ноющая, постепенно нарастает. Обращался к стоматологу, выполнен осмотр, дентальный снимок, ортопантограмма. Визуально и рентгенологически определяемой патологии не выявлено. Диагноз — невралгия II ветви тройничного нерва. Назначенное медикаментозное лечение дало временный эффект, через 2 недели боль возобновилась. При повторном осмотре обнаружена гипестезия кожи и слизистой оболочки в зоне иннервации II ветви n. trigemini справа, других патологических изменений не выявлено. Лечение дополнено физиопроцедурами, иглорефлексо-терапией. Через 10 дней эффекта не наступило, появилась припухлость в области собачьей ямки справа.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

Ответ

1. Предположительный диагноз: злокачественная опухоль верхней челюсти.
2. Диагностическая ошибка: не было проведено полное обследование с целью выявления причин нарушения функции нерва.
3. План обследования: орофарингоскопия, риносинусоскопия, рентгенологическое исследование костей черепа, ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи и больших слюнных желез, компьютерная томография средней черепной ямки, парафарингеального пространства, параназальных синусов, морфологическая верификация новообразования

Задача № 16

Больная А, 33 года. Считает себя больным около 1 года, когда под челюстью по средней линии стал определять выбухание. Оно быстро увеличивается в размерах. Объективно: по средней линии шеи, над верхним краем щитовидного хряща определяется образование диаметром 4 см, плотно-эластической консистенции, не смещаемое.

Клинические анализы без особенностей. ЛОР: в надгортанной области определяется выбухание по средней линии. КТ исследование: По средней линии шеи, между подъязычной костью и щитовидным хрящем определяется объемное образование, диаметром 4 см. Содержимое плотностью 15 ед. При в/в усилении контрастное вещество не накапливает. Капсула толщиной

2-3 мм. По внутренней передней поверхности капсулы узелок диаметром 4 мм. Капсула и узелок накапливают контрастное вещество. Шейные лимфоузлы не увеличены.

Предварительный диагноз?

План обследования?

План лечения

Ответ:

Срединная киста шеи

УЗИ мягких тканей шеи с пункционной биопсией и МРТ шеи.

Хирургическое лечение - экстирпация кисты шеи

Задача № 17

Пациентка жалуется на наличие новообразования в области правой боковой поверхности шеи. Новообразование впервые выявила почти год тому назад. Примерно неделю тому назад в области новообразования появилась незначительная боль, повысилась температура тела до 37,4оС . Объективно: на правой боковой поверхности шеи в ее верхней трети есть новообразование округлой формы, размером 3х3,5см , кожа над которым гиперемирована . Пальпаторно – кожа над ним в складку не берется, повышение местной температуры . Образование плотной консистенции. Новообразование с окружающими мягкими тканями не спаяно, расположено по ходу переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Пункция: жидкость светло-желтого цвета, тягучая , с прожилками гноя .

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Обоснования диагноза?

3. План лечения?

Ответы: Боковая киста шеи, в стадии нагноения. Обоснование: Прежде всего следует обратить внимание на жалобы пациентки (на наличие новообразования , незначительная боль, повышение температуры тела до 37,4оС), клинические признаки (на правой боковой поверхности шеи в ее верхней трети есть новообразование округлой формы, размером 3х3,5см , кожа над которым гиперемирована . Пальпаторно – кожа над ним в складку не берется, повышение местной температуры . Образование плотной консистенции. Новообразование с окружающими мягкими тканями не спаяно, расположено по ходу переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы – полужирным шрифтом выделены клинические признаки воспаления) и данных дополнительных методов обследования (пункция)

Список теоретических вопросов для собеседования:

"Гнойно-воспалительные заболевания"

1. Анатомо-физиологические-особенности челюстно-лицевой области, обуславливающие характер клинического течения воспалительных заболеваний и травм.
2. Острый гнойный периостит челюсти. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Показания к удалению «причинного» зуба.
3. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Динамика развития острой одонтогенной инфекции.
4. Флегмоны и абсцессы лица и шеи. Этиология, патогенез, особенности клинических проявлений в современных условиях.
5. Абсцессы и флегмоны в области нижней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.
6. Абсцессы и флегмоны в области верхней челюсти. Топическая и дифференциальная диагностика, особенности клиники и лечения.

7. Абсцессы подъязычной области, тела и корня языка. Топографическая анатомия, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Местное лечение флегмон: оперативные доступы, методы обработки гнойной раны, способы дренирования, медикаментозные средства, ФТЛ.
9. Общее лечение флегмон: антибактериальное, противовоспалительное, дезинтоксикационное, иммунотерапия и т.д.
10. Одонтогенный сепсис. Клиника, диагностика, профилактика, лечение.
11. Медиастинит. Пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, оперативное лечение.
12. Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, особенности клиники и лечения, осложнения.
13. Лимфадениты челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
14. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение.
15. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Флебит, тромбоз и синус-тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.

"Переломы лицевого скелета"

1. Переломы нижней челюсти. Классификация, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
2. Переломы нижней челюсти. Ортопедические и хирургические методы иммобилизации отломков, показания и противопоказания. Преимущества и недостатки. Тактика в отношении зубов, расположенных в щели перелома.
3. Переломы верхней челюсти. Классификация по Ле Фор. Этиология, патогенез, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, лечение.
4. Переломы костей носа. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Ранние и поздние осложнения при повреждениях лица и челюстей, их предупреждение и лечение.
6. Осложнения неогнестрельных переломов челюстей. Этиология, клиника, диагностика и лечение. Диагностические и лечебные ошибки при повреждениях челюстно-лицевой области.
7. Воспалительные заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, этиология, клиника, диагностика и лечения.
8. Острый и хронический артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, лечение.
10. Особенности кровоснабжения нижней челюсти.
11. Виды шин.
12. Методы лучевой дагностики переломов костей лицевого скелета.
13. Ранние осложнения переломов костей лицевого скелета и методы борьбы с ними.
14. Нервы принимающие участия в иннервации верхней и нижней челюстей.
15. Поздние осложнения переломов челюстей.

"Верхнечелюстные синуситы"

1. Верхнечелюстной синусит. Классификация, этиология, патогенез.
2. Верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Хирургические методы лечения верхнечелюстного синусита, их обоснование.
4. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.

5. Перфоративный гайморит. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.
6. Методы лучевой диагностики верхнечелюстных синуситов.
7. Комплексное медикаментозное лечение больных хроническим одонтогенным верхнечелюстным синуситом.
8. Патогенез острого одонтогенного верхнечелюстного синусита.
9. Перечень необходимых обследований для диагностики хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита.
10. Патогенез хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита.
11. Методика пункции верхнечелюстной пазухи.
12. Методы лечения перфораций верхнечелюстной пазухи при хроническом верхнечелюстном синусите.
13. Общие и местные признаки обострения хронического одонтогенного верхнечелюстного синусита.
14. При удалении каких зубов наиболее часто происходит перфорация дна верхнечелюстной пазухи.
15. Признаки перфорации верхнечелюстной пазухи.
16. Тактика хирургического лечения перфорации верхнечелюстного синуса после удаления зуба при отсутствии воспалительных проявлений.
17. Ранние местные осложнения после радикальной верхнечелюстной синусотомии с пластикой свища.
18. Методы физиолечения направленные на раннюю эпителизацию раны после операции радикальной синусотомии с пластикой свища.
19. Какими тканями проводится пластика свища верхнечелюстного синуса и основные этапы операции.

"Опухоли и кисты шеи"

1. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области. Профилактика опухолей и предрака.
2. Хирургические методы лечения кист челюстей. Показания и противопоказания. Ранние и поздние осложнения.
3. Опухоль и опухолеподобные поражения – определения понятий по ВОЗ. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители. Патогенез опухолей. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этот процессе.
4. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.
5. Методы диагностики опухолей – клинические, морфологические и генетические уровни диагностики. Биопсия – виды, техника выполнения. Принципы онкологической настороженности. Маршрутизация пациентов с подозрением на развитие онкопатологии челюстно-лицевой области.
6. Эмбриология, этиология, патогенез врожденных кист и свищей шеи. Топографо-анатомические и морфологические особенности. Сочетание кист и свищей шеи с другими пороками развития.
7. Этиология и патогенез срединных кист и свищей шеи. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы лечения.
8. Этиология и патогенез боковых кист и свищей шеи. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы лечения.
9. Этиология и патогенез кист и свищей околоушной области. Классификация. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика и общие принципы лечения.
10. Этиология эктодермальных кист, классификация. Дермоидные и эпидермальные кисты лица, дна полости рта и шеи. Клиническая картина, гистологическое строение. Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.

11. Причины воспаления кист лица и шеи. Клиническая картина воспаленной срединной и боковой кисты шеи, диагностика. Способы хирургического лечения и дренирования воспаленной кисты шеи. Осложнения.
12. Топографо-анатомические особенности расположения боковой кисты и бокового свища шеи, морфологическое строение, связь боковой кисты и бокового свища шеи с боковой стенкой глотки. Клиническая картина. Показания для хирургического лечения, техника проведения операции. Возможные осложнения.
13. Топографо-анатомические особенности срединной кисты шеи, морфологическое строение, связь с подъязычной костью и щитовидной железой. Клиника срединной кисты шеи, диагностика, дифференциальная диагностика.
14. Причины формирования срединного свища, классификация, клиника, диагностика. Техника хирургического лечения срединной кисты и срединного свища, осложнения.
15. Кисты расположенные над и под подъязычной костью. Диагностика и дополнительные методы исследования кист шеи.

"Опухоли и кисты челюстей"

1. Роль врача общей лечебной сети в первичной диагностике предрака и опухолей челюстно-лицевой области. Профилактика опухолей и предрака.
2. Хирургические методы лечения кист челюстей. Показания и противопоказания. Ранние и поздние осложнения.
3. Опухоль и опухолеподобные поражения – определения понятий по ВОЗ. Этиология опухолей. Канцерогенные и неканцерогенные раздражители. Патогенез опухолей. Стадии канцерогенеза, роль модифицирующих раздражителей в этот процесс.
4. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Классификация опухолей. Распространенность опухоли по системе TNM. Гистологическая дифференцировка опухоли. Различия между доброкачественными и злокачественными опухолями, критерии.
6. Методы диагностики опухолей – клинические, морфологические и генетические уровни диагностики. Биопсия – виды, техника выполнения. Принципы онкологической настороженности. Маршрутизация пациентов с подозрением на развитие онкопатологии челюстно-лицевой области.
7. Методы лучевой диагностики новообразований нижней челюсти
8. Новообразования относящиеся к дезонтогенетическим и опухолеподобным процессам челюстей
9. Перечислить основные этиологические факторы в развитии злокачественных опухолей слизистой полости рта.
10. Какие кисты называют резидуальными и факторы их формирования.
11. Отличия и хирургические особенности лечения проникающих, оттесняющих и прилегающих кист.
12. Рентгенологическая диффдиагностика кератокист нижней челюсти.
13. Клинические признаки кист нижней челюсти.
14. Дифференциальная диагностика фолликулярных кист нижней челюсти.
15. Патогномичный метод диагностического исследования кератокист нижней челюсти
16. Причины приводящие к рецидиву кист.
17. Клиника фиброзного эпюлида.
18. Истинно фиброзные опухоли челюстей.
19. Основные методы лечения фиброзного эпюлида.
20. Окончательный диагноз "амелобластома" ставится на основании какого метода исследования.
21. Основные методы исследования амелобластом.
22. Клиника фиброзной остеодисплазии.

23. Методы хирургического лечения фиброзной остеодисплазии.

"Остеомиелиты челюстей"

1. Влияние этиологического фактора на тяжесть течения остеомиелитов челюстей.
2. Методы лучевой диагностики остеомиелитов челюстей.
3. Общие и местные осложнения хронического одонтогенного остеомиелита.
4. Комплексное медикаментозное лечение больных остеомиелитом челюстей.
5. В какие сроки и каким методом оправдано проведение лучевой диагностики одонтогенного остеомиелита.
6. Показания и сроки хирургического лечения одонтогенного остеомиелита.
7. Общие и местные признаки острого одонтогенного остеомиелита.
8. В чём заключается хирургическое лечение при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти.
9. Причинами развития травматического остеомиелита челюстей является.
10. Профилактика развития травматического остеомиелита челюстей.
11. Клинические проявления неблагоприятного развития остеомиелита челюстей.
12. В какие сроки возможна рентген визуализация первых признаков остеомиелита при использовании рентген, КТ, МРТ методов исследования.
13. Какой метод лечения травматического остеомиелита нижней челюсти используется при недостаточном или полном отсутствии зубов.
14. В какой период показана секвестрэктомия при травматическом остеомиелите.
15. Одонтогенный остеомиелит это
16. Стадии остеомиелита.
17. Что такое секвестральная капсула, её роль в развитии остеомиелита челюстей.
18. В какой стадии одонтогенного остеомиелита образуются очаги гнойного расплавления костного мозга.