

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Методические указания для самостоятельной работы студентов
стоматологического факультета очной формы обучения
по специальности 31.05.03 Стоматология
к дисциплине
«Челюстно-лицевая хирургия»**

2018г.

Рецензенты:

Н.Е. Митин, доцент, к.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний;

С.И. Бородовицина, доцент, к.м.н., зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии.

Филимонова Л.Б., Журавлев А.Н.

А Методические указания для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 Стоматология к дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» / Л.Б. Филимонова, А.Н. Журавлев. – Рязань, 2018. – 32 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 Стоматология к занятиям по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016г. № 96, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ПК 8, ПК 9, ОПК 10

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.2018г.

ISBN

© Коллектив авторов, 2018

8 семестр

Тема 1. «Классификация неогнестрельной травмы лица, ее причина, частота. Принципы оказания помощи пострадавшим с травмой лица. Понятие о первой, доврачебной, квалифицированной и специализированной помощи. Механизм неогнестрельных травм лица. Методы обследования пострадавших: клинические, инструментальные»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Классификация неогнестрельной травмы лица, ее причина, частота.
2. Принципы оказания помощи пострадавшим с травмой лица.
3. Понятие о первой, доврачебной, квалифицированной и специализированной помощи.
4. Механизм неогнестрельных травм лица.
5. Методы обследования пострадавших: клинические, инструментальные

Тесты

- 1. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают:**
 - 1) в сортировочном пункте
 - 2) в медицинском пункте полка
 - 3) в медицинском пункте батальона
 - 4) в отдельном медицинском батальоне
 - 5) в полевом подвижном специализированном госпитале
- 2. В порядке само- и взаимопомощи раненому оказывают:**
 - 1) первую медицинскую помощь
 - 2) первую врачебную помощь
 - 3) квалифицированную медицинскую помощь
- 3. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область**
 - 1) напоить раненого
 - 2) наложить повязку
 - 3) перенести в укрытие
 - 4) оформить медицинскую карточку
 - 5) временная остановка кровотечения

4. Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации:

- 1) при оказании первой медицинской помощи
- 2) при оказании первой врачебной помощи
- 3) при оказании квалифицированной медицинской помощи
- 4) при оказании специализированной медицинской помощи
- 5) на любом этапе медицинской эвакуации

5. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

- 1) первого часа
- 2) 8-12 часов
- 3) 48 часов
- 4) 72 часов

6. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение

- 1) первого часа
- 2) 8-12 часов
- 3) 3 суток
- 4) 8 суток

7. Основная задача первой врачебной помощи на МПП раненым в челюстно-лицевую область

- 1) коррекция сердечнососудистой системы
- 2) кормление раненых, подготовка к эвакуации
- 3) устранение недостатков доврачебной медицинской помощи, борьба с шоком, асфиксией, кровотечением

Тема 2. «Повреждения мягких тканей лица. Вывихи и переломы зубов, перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение. Вывихи нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Повреждения мягких тканей лица.

2. Вывихи и переломы зубов, классификация, диагностика, клиника, лечение.
3. Перелом альвеолярного отростка верхней челюсти и альвеолярной части нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
4. Вывих нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Ситуационные задачи

Задача 1

Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую боль, усиливающуюся при накусывании на верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. 1-2 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области 1-2. Рот открывается на 1,5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность 1-2 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы 1-2 снижена.

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

Задача 2

В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночью. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между 3.5 и 3.7. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, впереди и в язычную сторону. Средняя линия (между центральными резцами) смещена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

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

Тесты

1. Вывих зуба – это:

- 1) смещение зуба в лунке в любую из сторон (в различных направлениях) или же в губчатую ткань челюсти, которое сопровождается разрывом тканей окружающих зуб.
- 2) смещение, возникающее при механических воздействиях (падение, удар), при неправильном использовании элеватора или щипцов во время удаления зубов

2. Вколоченный вывих зуба - это разновидность:

- 1) неполного вывиха
- 2) полного вывиха
- 3) самостоятельная разновидность

3. Полный перелом зуба - это:

- 1) перелом зуба без вскрытия пульпы
- 2) перелом зуба со вскрытием пульпы

4. Полный перелом корня зуба - это:

- 1) открытый перелом
- 2) закрытый перелом

5. Перелом зуба не бывает:

- 1) неполным
- 2) полным
- 3) открытым
- 4) закрытым
- 5) вколоченным
- 6) поперечным
- 7) косым
- 8) продольным

6. Зуб подлежит удалению при:

- 1) поперечном его переломе
- 2) продольном его переломе
- 3) косом его переломе

7. Зуб подлежит удалению при переломе корня:

- 1) выше шейки зуба
- 2) на уровне шейки зуба
- 3) ниже шейки зуба

- 8. Основой причиной вывихов нижней челюсти является**
- 1) нижняя макрогнатия
 - 2) артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 - 3) слабость суставной капсулы и связочного аппарата височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 - 4) снижение высоты прикуса
- 9. Противопоказано удаление постоянного зуба у больных с вколоченным вывихом зуба при:**
- 1) хроническом периодонтите
 - 2) острых воспалительных явлениях
 - 3) смещении зуба в мягкие ткани
 - 4) смещении зуба в носовую или верхнечелюстную полости
- 10. Ведущим симптомом при вывихе нижней челюсти является**
- 1) невозможность сомкнуть зубы
 - 2) слезотечение
 - 3) снижение высоты прикуса
 - 4) заложенность в ухе
- 11. Обязательным условием при вправлении вывиха нижней челюсти является оттягивание челюсти**
- 1) книзу
 - 2) в сторону
 - 3) вверх
 - 4) в сторону вывиха
- 12. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на**
- 1) углы нижней челюсти
 - 2) моляры справа и слева или альвеолярные отростки
 - 3) фронтальную группу зубов
 - 4) моляры верхней челюсти
- 13. При вывихе нижней челюсти показано**
- 1) вправление головки в суставную впадину
 - 2) проведение иммобилизации
 - 3) проведение резекции суставного бугорка
 - 4) прошивание суставной капсулы
- 14. При вправлении вывиха нижней челюсти применяется**
- 1) общее обезболивание (наркоз)

- 2) нейрореплетаналгезия
- 3) обезболивание по Дубову
- 4) сочетанное обезболивание

15. Периодически повторяющиеся вывихи нижней челюсти - это:

- 1) травматические;
- 2) привычные;
- 3) патологические.

Тема 3. «Статистика переломов костей лица: нижней и верхней челюстей, скуловых костей, костей носа. Частота и характер перелома, его локализация в зависимости от причины и механизма травмы, анатомические особенности строения костей лица»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Статистика переломов костей лица: нижней и верхней челюстей, скуловых костей, костей носа.
2. Частота и характер перелома, его локализация в зависимости от причины механизма травмы.
3. Анатомические особенности строения костей лица

Тестовые задания

1. Верхняя челюсть состоит из:

- 1) тела и двух отростков
- 2) тела и трех отростков
- 3) тела и четырех отростков
- 4) тела и пяти отростков

2. Hiatus maxillaris открывается в:

- 1) верхнем носовом ходе
- 2) среднем носовом ходе
- 3) нижнем носовом ходе

3. Слезная борозда находится:

- 1) позади лобного отростка
- 2) на лобном отростке
- 3) впереди лобного отростка
- 4) на скуловом отростке

4. Носослёзный канал в носовой полости открывается в:

- 1) нижнем носовом ходе
- 2) среднем носовом ходе
- 3) верхнем носовом ходе

5. Какого отростка нет на верхнечелюстной кости?:

- 1) лобного
- 2) альвеолярного
- 3) верхнечелюстного
- 4) нёбного
- 5) скулового

6. Скуловая кость имеет:

- 1) две поверхности и три отростка
- 2) три поверхности и два отростка
- 3) три поверхности и три отростка
- 4) две поверхности и два отростка

7. Косая линия на нижней челюсти начинается:

- 1) ниже подбородочного отверстия
- 2) на уровне подбородочного отверстия
- 3) выше подбородочного отверстия

8. Жевательная бугристость находится на:

- 1) внутренней поверхности ветви нижней челюсти
- 2) наружной поверхности ветви нижней челюсти

9. Torus mandibulae находится на:

- 1) наружной поверхности ветви нижней челюсти
- 2) внутренней поверхности ветви нижней челюсти

10. Fovea pterygoidea находится на:

- 1) наружной поверхности ветви нижней челюсти
- 2) внутренней поверхности ветви нижней челюсти
- 3) на шейке мышелкового отростка
- 4) на венечном отростке

11. Fovea pterygoidea - это место прикрепления:

- 1) наружной крыловидной мышцы
- 2) внутренней крыловидной мышцы

12. При полном переломе альвеолярного отростка:

- 1) линия перелома проходит через наружную компактную пластинку и губчатое вещество

2) линия перелома проходит через всю толщу альвеолярного отростка

13. Какая часть нижнечелюстного нерва преимущественно чувствительная:

- 1) передняя
- 2) задняя

14. Крылонёбный ганглий (узел) связан с какой ветвью тройничного нерва:

- 1) первой
- 2) второй
- 3) третьей

15. Первая ветвь тройничного нерва делится на:

- 1) лобный, носоресничный, слезный нерв
- 2) скуловой, подглазничный нерв
- 3) ушно-височный, нижнеальвеолярный и язычный

Ситуационные задачи

Задача 1

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

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

Тема 4. «Классификация неогнестрельных переломов нижней и верхней челюстей. Локализация переломов в «типичных» местах, их виды. Клинические признаки перелома нижней и верхней челюстей в зависимости от его локализации. Механизмы смещения отломков, их характер»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Классификация неогнестрельных переломов нижней и верхней челюстей.
2. Локализация переломов в «типичных» местах, их виды.
3. Клинические признаки перелома нижней и верхней челюстей в зависимости от его локализации.
4. Механизмы смещения отломков, их характер

Тестовые задания

- 1. При переломе нижней челюсти в области угла смещение фрагментов происходит**
 - 1) книзу и кзади
 - 2) кверху и вперёд
 - 3) медиально и вперёд
 - 4) латерально и кверху
- 2. Смещение фрагментов нижней челюсти при двухстороннем переломе в области углов происходит**
 - 1) книзу и кзади
 - 2) кверху и вперёд
 - 3) медиально и вперёд
 - 4) латерально и кверху
- 3. Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на**
 - 1) крючок крыловидного отростка снизу вверх
 - 2) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
 - 3) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
 - 4) скуловые кости снизу вверх
- 4. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе**

- 1) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) нижней челюсти
- 3) суборбитальном верхней челюсти
- 4) суббазальном верхней челюсти

5. Характерным симптомом при одностороннем переломе мышцелкового отростка нижней челюсти является

- 1) кровотечение из носа
- 2) нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе

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

- 1) кверху
- 2) книзу
- 3) медиально
- 4) латерально

Тема 5. «Тактика врача по отношению к зубу, находящемуся в щели перелома. Основные принципы лечения больных с переломами костей лица: репозиция, иммобилизация, медикаментозная и физиотерапия. Лечение больных с переломами нижней и верхней челюстей»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Тактика врача по отношению к зубу, находящемуся в щели перелома.
2. Основные принципы лечения больных с переломами костей лица: репозиция, иммобилизация, медикаментозная и физиотерапия.
3. Лечение больных с переломами нижней и верхней челюстей.

Тестовые задания

1. Тактика врача при наличии зуба в линии перелома:

- 1) удалить зуб, находящийся в линии перелома
- 2) оставить зуб в расчете на его приживание
- 3) выждать некоторое время для выяснения возможности приживания

- 4) выяснить состояние коронки корня и периапикальных тканей, а затем решить этот вопрос, т.е. решить судьбу зуба в каждом конкретном случае
 - 5) оставить зуб и провести противовоспалительное лечение
- 2. Третий моляр находится на малом отломке при переломе нижней челюсти в области угла. Линия перелома проходит рядом с медиальным корнем этого зуба. Тактика врача:**
- 1) оставить зуб на некоторое время для контакта с антагонистами и предупреждения смещения малого отломка кверху, а затем решать судьбу зуба
 - 2) зуб оставить в связи с необходимостью использования как точки опоры для мостовидного протеза
 - 3) удалить зуб и сделать остеосинтез
- 3. Показания к наложению гладкой шины:**
- 1) перелом нижней челюсти в области угла без смещения
 - 2) срединный перелом со смещением и без смещения, перелом альвеолярного отростка, ментальный перелом
 - 3) перелом мыщелкового отростка
 - 4) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда (моляров) без смещения
 - 5) перелом венечного отростка
- 4. Показания к наложению гипсовой подбородочно-теменной повязки (лангетки):**
- 1) изготовление шины Порта при отсутствии необходимого количества зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти
 - 2) перелом шейки мыщелкового отростка без смещения отломков
 - 3) перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков
- 5. Показания к применению назубной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти и наложению межчелюстной тяги:**
- 1) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной
 - 2) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов

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

6. . Рекомендуемое обезболивание при лечении больных с переломами нижней челюсти:

- 1) обезболивание не применяется
- 2) местное, путем аппликации дикаина или пиромекаина
- 3) проводниковое или другое обезболивание в зависимости от тяжести травмы, состояния больного
- 4) эндотрахеальный наркоз
- 5) масочный наркоз

7. Наиболее щадящий и часто применяемый метод лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда является:

- 1) шина с зацепными петлями с межчелюстным вытяжением
- 2) хирургическое лечение (остеосинтез)
- 3) шина из быстротвердеющей пластмассы
- 4) наложение головной шапочки и подбородочной пращи

8. Метод вытяжения сместившихся отломков нижней челюсти:

- 1) шиной, закрепленной на челюстях и межчелюстной резиновой тягой
- 2) руками или щипцами Бруно и им подобным
- 3) наложением гипсовой шапочки и пращи с резиновой тягой
- 4) на костным зажимом от аппарата типа Рудько, Панчохи и др. с наложением резиновой тяги от стержня, укрепленного на гипсовой шапочке

9. Методом физиотерапии, направленным на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти, является

- 1) ультрафонофорез с Метилурацилом
- 2) парафинотерапия
- 3) электорофорез с Лидазой
- 4) массаж

Тема 6. «Техника, методика изготовления и наложения назубных шин. Показания к применению ортопедических шин и аппаратов лабораторного изготовления в историческом аспекте. Методы остеосинтеза: костный шов, спица Киршнера, наkostные пластинки и др. Классификация внеротовых аппаратов, их функциональные возможности»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Техника, методика изготовления и наложения назубных шин.
2. Показания к применению ортопедических шин и аппаратов лабораторного изготовления в историческом аспекте.
3. Методы остеосинтеза: костный шов, спица Киршнера, наkostные пластинки и др.
4. Классификация внеротовых аппаратов, их функциональные возможности.

Тестовые задания

- 1. Шина порта применяется при лечении больных с переломом нижней челюсти**
 - 1) при полном отсутствии зубов
 - 2) при частичной адентии
 - 3) с дефектом кости
 - 4) с переломом корней зубов

- 2. Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина**
 - 1) Порта
 - 2) Тигерштедта
 - 3) Ванкевич
 - 4) гладкая шина-скоба

- 3. К ортопедическим методам иммобилизации переломов верхней челюсти относится**
 - 1) наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой
 - 2) остеосинтез
 - 3) аппарат Збаржа
 - 4) дуга Энгля

- 4. К хирургическо-ортопедическим методам иммобилизации переломов верхней челюсти относится**

- 1) метод Адамса
- 2) остеосинтез
- 3) дуга Энгля
- 4) наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

5. Гладкая шина - скоба используется при:

- 1) переломах венечного отростка
- 2) переломах мыщелкового отростка
- 3) линейных переломах нижней челюсти в пределах от центральных резцов до премоляров
- 4) линейных переломах нижней челюсти в пределах моляров
- 5) переломах нижней челюсти в области угла
- 6) переломах ветви нижней челюсти

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

- 1) не менее одного устойчивого зуба
- 2) не менее двух устойчивых зубов
- 3) не менее трех устойчивых зубов
- 4) может накладываться при всех подвижных зубах

7. Шина Вебера - это:

- 1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи
- 2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз
- 3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

8. Шина Порта - это:

- 1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины отверстие для приема пищи
- 2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз
- 3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

9. Наиболее простой и часто выполнимый метод лечения переломов беззубой нижней челюсти:

- 1) фиксация лигатурами к пластмассовой шине, расположенной на челюсти
- 2) при помощи съемного протеза больного с преобразованием его в шину с наложением гипсовой пращи и шапочки
- 3) шиной Порты, без наложения гипсовой шапочки и пращи
- 4) наложением аппарата Рудько или другого подобного аппарата
- 5) остеосинтез в сочетании с шапочкой и пращей

10. Шина Ванкевич - это:

- 1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи
- 2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз
- 3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

Семестр 9

Тема 1 «Термические повреждения ЧЛЮ (ожоги, отморожения, поражение электротоком и высокочастотным излучением). Клиническая картина и лечение. Сочетанные и комбинированные повреждения лица. Особенности клинического течения. Сочетанная черепно-мозговая травма. Лучевые повреждения»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

Тестовые задания

1. При ожоге I степени поражается

- 1) поверхностный эпидермис
- 2) кожа и подлежащие ткани
- 3) все слои эпидермиса
- 4) поверхностный эпидермис и капилляры

2. При ожоге II степени поражаются

- 1) эпидермис и сосочковый слой дермы
 - 2) кожа и подлежащие ткани
 - 3) кожа и мышцы
 - 4) все слои эпидермиса
- 3. При ожоге III(А) степени происходит поражение**
- 1) эпидермиса и дермы с сохранением дериватов кожи
 - 2) кожи и подлежащих тканей
 - 3) поверхностного эпидермиса
 - 4) поверхностного эпидермиса и капилляров
- 4. При ожоге III(Б) степени происходит поражение**
- 1) эпидермиса и дермы, частично гиподермы
 - 2) кожи и подлежащих тканей
 - 3) поверхностного эпидермиса
 - 4) поверхностного эпидермиса и капилляров
- 5. При ожоге IV степени происходит поражение**
- 1) кожи и подлежащих тканей
 - 2) поверхностного эпидермиса
 - 3) поверхностного эпидермиса и капилляров
 - 4) всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- 6. Особенности ожогов лица заключаются в**
- 1) неравномерном поражении кожи лица
 - 2) значительной аутоинтоксикации
 - 3) течении раневого процесса
 - 4) быстром развитии гнойно-септических осложнений
- 7. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период**
- 1) разгара
 - 2) любой период
 - 3) первичных реакций
 - 4) мнимого благополучия
 - 5) восстановительный период
- 8. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации**

- 1) оперативные
- 2) ортопедические

Тема 2 «Переломы скуловой кости и дуги, переломы костей носа. Классификация. Клинические признаки, показания к репозиции, способы вправления отломков и лечения. Особенности ведения больных в послеоперационном периоде»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

Тестовые задания

1. К основным симптомам перелома костей носа относятся

- 1) патологическая подвижность костей носа, деформация;
- 2) подкожная эмфизема, кровотечение;
- 3) затруднение носового дыхания, гематома;
- 4) деформация носа, гематома;
- 5) деформация носа, кровотечение из носовых ходов.

2. К основным симптомам перелома скуловой кости относят

- 1) уплощение скуловой области, диплопия
- 2) гематому скуловой области
- 3) кровоизлияние в нижнее веко
- 4) кровотечение из носа, головокружение

3. Основным симптомом перелома скуловой кости является

- 1) «симптом ступени»
- 2) деформация носа
- 3) гематома скуловой области
- 4) кровоизлияние в нижнее веко

4. Причиной возникновения диплопии при переломе скуловой кости является

- 1) воспалительная реакция;
- 2) смещение глазного яблока;
- 3) травма глазного яблока;
- 4) травма зрительного нерва.

5. При переломе скуловой кости парестезия крыла носа и верхней губы возникает вследствие повреждения _____ нерва

- 1) II ветви тройничного
- 2) I ветви тройничного
- 3) III ветви тройничного
- 4) лицевого

6. При значительном смещении скуловой кости в каком направлении возможна диплопия?:

- 1) вверх;
- 2) вниз;
- 3) кнаружи;
- 4) вперед.

7. При травматическом повреждении скуловой кости в каком направлении смещается ее тело:

- 1) вниз и вперед
- 2) кнутри и кзади
- 3) вверх и вперед
- 4) кнаружи и кзади

8. При травме скуловой кости может ли последняя разворачиваться по оси:

- 1) нет, такого не бывает
- 3) может
- 4) может, но если будет мелкооскольчатый перелом

9. Подкожная крепитация при повреждении костей носа свидетельствует о переломе:

- 1) верхней челюсти с разрывом слизистой оболочки
- 2) решетчатой кости с разрывом слизистой оболочки
- 3) клиновидной кости
- 4) перегородки носа
- 5) лобной кости

10. Носовая ликворея свидетельствует о переломе:

- 1) решетчатой кости или клиновидной кости
- 2) лобной кости
- 3) верхней челюсти
- 4) височной кости
- 5) теменной кости

Тема 3 «Осложнения переломов челюстей: травматический остеомиелит, травматический гайморит, замедленная консолидация отломков, «ложный сустав», консолидация в неправильном положении, дакриоцистит. Причины, лечение, профилактика»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Травматический остеомиелит
2. Травматический гайморит
3. Замедленная консолидация отломков
4. «Ложный сустав»
5. Консолидация в неправильном положении
6. Дакриоцистит. Причины, лечение, профилактика

Тестовые задания

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

- 1) нагноение костной раны;
- 2) посттравматический остеомиелит;
- 3) замедленная консолидация отломков;
- 4) несросшийся перелом;
- 5) ложный сустав;
- 6) заболевания височно - нижнечелюстного сустава,
- 7) деформация челюсти.

2. К каким осложнениям при переломе верхней челюсти следует отнести эмфизему мягких тканей:

- 1) ранним;
- 2) поздним.

3. Нагноение костной раны при переломе нижней челюсти возникает:

- 1) в первые часы после травмы;
- 2) в первые 3-7 дней после травмы;
- 3) спустя две недели после травмы;
- 4) не ранее 3-4 недель после травмы.

- 4. Могут ли влиять выраженные повреждения мягких тканей в области перелома на развитие посттравматического остеомиелита:**
- 1) могут;
 - 2) могут, но очень редко;
 - 3) не могут.
- 5. Повреждение сосудисто-нервного пучка нижней челюсти способствует ли возникновению посттравматического остеомиелита:**
- 1) да;
 - 2) нет;
 - 3) очень редко.
- 6. Острая стадия посттравматического остеомиелита нижней челюсти развивается:**
- 1) только в первые дни после травмы;
 - 2) как в первые дни, так и спустя 10 дней после травмы;
 - 3) только спустя 7-10-14 дней после травмы;
 - 4) спустя 3 недели после травмы.
- 7. На рентгенограмме при развитии посттравматического остеомиелита щель перелома нижней челюсти:**
- 1) равномерно расширяется;
 - 2) расширяется неравномерно, у альвеолярного края она меньше, чем у края нижней челюсти;
 - 3) расширяется неравномерно, у альвеолярного края она больше, чем у края нижней челюсти.
- 8. В острой стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:**
- 1) вскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
 - 2) мероприятия, направленные на ускорение регенераторных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.
- 9. В хронической стадии посттравматический остеомиелит лечится по следующей схеме:**

- 1) вскрытие гнойника, удаление зуба из линии перелома, иммобилизация подвижных отломков, противовоспалительное и общеукрепляющее лечение;
- 2) мероприятия, направленные на ускорение регенеративных процессов в костной ране, секвестрэктомия, общеукрепляющее лечение.

10. Нарушение репаративной регенерации костной ткани нижней челюсти не проявляется в виде:

- 1) замедленной консолидации отломков;
- 2) образования дефекта челюсти;
- 3) развития посттравматического остеомиелита
- 4) несросшегося перелома;
- 5) ложного сустава.

Ситуационные задачи

Задача №1

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

краю нижней челюсти слева определяется тень секвестра, размером 0,8x0,9 см, свободнолежащего и с окружающей костной тканью неспаивающегося.

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

Задача №2

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

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача №3

Больной, 27 лет, обратился в клинику с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слева. Из анамнеза выявлено, что месяц назад, и течение недели лечился в стационаре по поводу перелома в области угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на пятой неделе после травмы, была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Направлен на оперативное лечение. Из

перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, гепатит “В”. При осмотре конфигурация лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. В полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1,5 см.

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

Задача №4

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на боли и чувство тяжести в области верхней челюсти, затруднение носового дыхания, гнойное отделяемое из носа, наличие свищевого хода в подглазничной области слева. Из анамнеза выявлено, что полтора месяца назад получил огнестрельное ранение лица, в госпитале проведена первичная хирургическая обработка и репозиция скуловерхнечелюстного комплекса, послеоперационный период осложнился присоединением вторичной инфекции, была вскрыта флегмона подглазничной области. При местном осмотре отмечается инфильтрат в подглазничной области слева со свищевым ходом в центре с гнойным отделяемым, кожа гиперемирована, несколько болезненна при пальпации. При рентгенологическом исследовании наблюдается значительное понижение прозрачности верхнечелюстной пазухи слева. При передней риноскопии обнаружена гипертрофия носовых раковин, гнойное отделяемое под средней носовой раковиной слева.

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

Тема 4 «Сочетанная неогнестрельная травма челюстно-лицевой области. Черепно-мозговая травма. Особенности клинического течения и оказания специализированной помощи больным при сочетанной травме»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Сочетанная неогнестрельная травма челюстно-лицевой области.

2. Черепно-мозговая травма.
3. Особенности клинического течения и оказания специализированной помощи больным при сочетанной травме.

Тестовые задания

1. Сотрясение головного мозга - это:

- 1) закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений
- 2) закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага

2. Контузия (ушиб) головного мозга - это:

- 1) закрытое механическое повреждение, которое характеризуется нарушением функции мозга без явно выраженных морфологических изменений
- 2) закрытое механическое повреждение головного мозга, характеризующееся возникновением очага деструкции его тканей и проявляющееся неврологической или психопатологической симптоматикой соответственно локализации очага

3. Иммобилизация отломков лицевого скелета у больных с сочетанными кранио-фациальными повреждениями необходимо проводить:

- 1) как можно раньше после травмы
- 2) не ранее, чем через 3-4 дня после травмы
- 3) не ранее, чем через 7 дней после травмы
- 4) не ранее, чем через 14 дней после травмы

Тема 5 «Синдром взаимного отягощения. Неосложненный репаративный остеогенез, его стадии. Источники репаративного остеогенеза. Поэтапная регуляция репаративного остеогенеза»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Синдром взаимного отягощения.
2. Неосложненный репаративный остеогенез, его стадии.
3. Источники репаративного остеогенеза.
4. Поэтапная регуляция репаративного остеогенеза.

Тестовые задания

1. Репаративная регенерация кости - это регенерация:

- 1) при которой погибшие участки замещаются грануляционной тканью, а затем рубцом
- 2) характеризуется замедленным течением процессов заживления
- 3) характеризуется избыточным развитием замещающей ткани
- 4) восстановление участков тканей, погибших в результате патологического процесса
- 5) тканей, отмирающих в процессе их нормальной жизнедеятельности

2. Назовите первую стадию репаративной регенерации кости:

- 1) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
- 2) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
- 3) появление первичных костных структур
- 4) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

3. Назовите вторую стадию репаративной регенерации кости:

- 1) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
- 2) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
- 3) появление первичных костных структур
- 4) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

4. Назовите третью стадию репаративной регенерации кости:

- 1) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
- 2) пролиферация и дифференциация клеточных элементов
- 3) появление первичных костных структур
- 4) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

5. Назовите четвертую стадию репаративной регенерации кости:

- 1) реакция на травму, разрушение клеток и структур, составляющих кость
- 2) пролиферация и дифференциация клеточных элементов

- 3) появление первичных костных структур
- 4) резорбция провизорной кости и образование пластинчатой костной ткани

6. Длительность течения первой стадии репаративной регенерации кости:

- 1) от 12 до 24 часов
- 2) до 3-х дней
- 3) до 10 дней
- 4) до 15 дней
- 5) до 30 дней

7. Длительность течения второй стадии репаративной регенерации кости:

- 1) до 3-х дней
- 2) до 5 дней
- 3) до 8 дней
- 4) до 20 дней
- 5) до 30 дней

8. Длительность течения третьей стадии репаративной регенерации кости:

- 1) 3-5 дней
- 2) 6-12 дней
- 3) 12-18 дней
- 4) 20-30 дней
- 5) 30-80 дней
- 5) около 100 дней

9. Длительность течения четвертой стадии репаративной регенерации кости:

- 1) 3-5 дней
- 2) 6-12 дней
- 3) 12-18 дней
- 4) 20-30 дней
- 5) 30-80 дней
- 6) около 100 дней
- 7) около 1 года

10. В течение какого времени в регенерате, при заживлении перелома, морфологически преобладает фиброзная ткань:

- 1) 10 дней
- 2) 20 дней
- 3) 30 дней
- 4) 40 дней
- 5) 60 дней

11. С какого дня в регенерате, при заживлении перелома, морфологически начинает преобладать костная ткань:

- 1) с 10 дня
- 2) с 20 дня
- 3) с 30 дня
- 4) с 40 дня
- 5) с 60 дня

12. Какую физиотерапевтическую процедуру нецелесообразно назначать больному в первой стадии течения репаративного процесса при переломе нижней челюсти:

- 1) микроволновая терапия
- 2) атермическая доза ЭП УВЧ
- 3) электромагнитное поле СВЧ
- 4) парафинотерапия
- 5) электрофорез анестетиков

Тема 6 «Раневая баллистика и зоны поражения тканей. Анатомо-физиологические особенности лица и огнестрельная рана. Огнестрельные ранения мягких тканей лица. Общие закономерности раневого процесса»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Раневая баллистика и зоны поражения тканей.
2. Анатомо-физиологические особенности лица.
3. Огнестрельные ранения мягких тканей лица.
4. Общие закономерности раневого процесса.

Тема 7 «Особенности огнестрельных ранений нижней и верхней челюстей. Объем и порядок оказания помощи раненым на этапах медицинской эвакуации. Общие положения о медицинском освидетельствовании военнослужащих»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Особенности огнестрельных переломов нижней челюсти.
2. Особенности огнестрельных переломов средней зоны лица.
3. Особенности клинического течения и лечения огнестрельных ран мягких тканей лица и шеи.
4. Первая медицинская помощь.
5. Доврачебная, первая врачебная и квалифицированная помощь. Этапы.
6. Специализированная медицинская помощь.

Тестовые задания

- 1. В какой ране имеется зона коммоции?**
 - 1) ушибленной
 - 2) колотой
 - 3) резаной
 - 4) огнестрельной
 - 5) рваной

- 2. В огнестрельной ране имеется ли микробное загрязнение?**
 - 1) нет
 - 2) да
 - 3) изредка

- 3. Если один ранящий агент у одного раненого повреждает несколько органов, то ранение называется:**
 - 1) одиночное
 - 2) множественное
 - 3) сочетанное
 - 4) комбинированное

- 4. У больного имеется пулевое ранение, а также повреждение кожи от воздействия боевыми отравляющими веществами. Назовите это ранение:**
 - 1) одиночное
 - 2) множественное

- 3) сочетанное
 - 4) комбинированное
- 5. Кто из ученых заложил основы раневой баллистики:**
- 1) Н.И. Пирогов
 - 2) Ю.К. Шимановский
 - 3) Д.А. Энтин
 - 4) Г.М. Иващенко
- 6. Какие пулевые ранения более тяжелые:**
- 1) пулями, имеющими небольшую массу и калибр, но летящими с большой скоростью
 - 2) пулями, обладающими меньшей скоростью и большим калибром
- 7. В каких огнестрельных ранах значительно увеличивается девиация хода раневого канала:**
- 1) пулями с низкой скоростью полёта и устойчивым характером движения
 - 2) пулями с высокой скоростью полёта и устойчивым характером движения
 - 3) пулями с высокой скоростью полёта и неустойчивым характером движения
 - 5) при ранении осколками
- 8. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется полная потеря мягкими тканями жизнеспособности:**
- 1) в зоне первичного некроза
 - 2) в зоне вторичного некроза
- 9. В какой зоне некроза при огнестрельном ранении имеется снижение, но не полная утрата жизнеспособности мягких тканей:**
- 1) зоне первичного некроза
 - 2) зоне вторичного некроза
- 10. Тяжесть огнестрельного ранения не зависит от следующего фактора:**
- 1) расстояния, с которого произведен выстрел
 - 2) скорости и направления ветра

- 3) местности (горной, лесной и т.д.)
- 4) наличия преград (деревья, кустарник и т.д.)
- 5) разнообразных средств защиты (дзот, бронежилет)

11. Огнестрельные раны являются ли первично бактериально загрязненными:

- 1) да
- 2) нет

12. Метод предупреждения развития раневой инфекции в огнестрельной ране:

- 1) ранняя хирургическая обработка
- 2) промывание раны антисептическими растворами
- 3) назначение антибактериальных средств

13. В порядке само- и взаимопомощи раненому оказывают:

- 1) первую медицинскую помощь
- 2) первую врачебную помощь
- 3) квалифицированную медицинскую помощь

14. Устранение угрозы асфиксии проводится на каких этапах медицинской эвакуации:

- 1) при оказании первой медицинской помощи
- 2) при оказании первой врачебной помощи
- 3) при оказании квалифицированной медицинской помощи
- 4) при оказании специализированной медицинской помощи
- 5) на любом этапе медицинской эвакуации

15. Огнестрельные переломы верхней челюсти:

- 1) редко сочетаются с повреждением других костей
- 2) часто сочетаются с повреждением других костей

16. Синдром верхней глазничной щели выявляется при следующих огнестрельных переломах:

- 1) нижней челюсти
- 2) верхней челюсти
- 3) скулового комплекса

17. Хирургическая обработка огнестрельных ран лица:

- 1) рассечение ран умеренное, иссечение тканей щадящее
- 2) ничем не отличается от других частей тела

Тема 8 «Остеонекрозы челюстей»

Контрольные вопросы для собеседования (устного опроса)

1. Остеонекрозы челюстей. Классификация.
2. Бисфосфонатный остеонекроз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
3. Дезоморфиновый остеонекроз. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Особенности удаления зубов при остеонекрозах челюстей.