

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Лазаренко Виктор Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.03.2026 20:45:13
Уникальный программный ключ:
45c319b8a032ab3637134215abd1c47535476714

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России)**

УТВЕРЖДЕНО

на заседании кафедры хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии
протокол № ___ от «___» _____ 2025 г.
заведующий кафедрой хирургической
стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии доцент  А.Л. Громов

УТВЕРЖДЕНО

на заседании ученого совета
Института непрерывного образования
протокол № 3 от «16» декабря 2025 г.
председатель ученого совета
Института непрерывного образования
Л.Л. Квачихия



**ПРОГРАММА
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
ПО ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ
31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Разработчики рабочей программы:

Доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии А.Л. Громов

Курск – 2025

Государственная итоговая аттестация проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

1.1. Целью государственной итоговой аттестации (ГИА) является установление соответствия уровня подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, требованиям соответствующего федерального государственного образовательного стандарта и разработанной на основе стандарта образовательной программы с оценкой степени указанного соответствия.

Выпускник, освоивший программу ординатуры по 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

- ✓ готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- ✓ готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями**:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-

9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

2. Содержание и порядок проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся согласно Положения о государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена.

Государственный экзамен представляет собой государственное аттестационное испытание по профессионально-ориентированным междисциплинарным проблемам, устанавливающее соответствие подготовленности выпускников требованиям ФГОС ВО и профессиональным стандартам.

Государственный экзамен носит комплексный характер, проводится с целью проверки уровня и качества общепрофессиональной и специальной подготовки ординаторов и наряду с требованиями к содержанию отдельных дисциплин учитывает также общие требования к выпускнику, предусмотренные ФГОС ВО по данной специальности.

Государственный экзамен позволяет выявить и оценить подготовку выпускника для решения профессиональных задач, готовность к основным видам профессиональной деятельности.

3. Программа государственного экзамена

3.1. Государственный экзамен проводится в очной форме и состоит из двух этапов. Критерии оценки этапов определяется программой ГИА. Государственный экзамен включает следующие этапы:

I этап – тестирование. Проводится по тестам, подготовленным соответствующими кафедрами КГМУ, охватывающим все разделы учебного плана специальности и позволяющим определить уровень усвоения содержания базовых дисциплин специальности и сформированность теоретических основ универсальных и профессиональных компетенций.

II этап – итоговое устное собеседование. Проводится оценка уровня профессиональной подготовки выпускника, его компетентности на основе ответа на вопросы билета и решения профессионально ориентированных ситуационных задач обобщенного характера.

Утвержденные программы размещаются на официальном сайте Университета

3.2 На первом этапе государственного экзамена проводится компьютерное тестирование: из общей базы, состоящей не менее чем из 500 (пятисот) апробированных прошедших экспертизу тестов, в случайном порядке формируется вариант, состоящий из 60 (шестидесяти) заданий. На собеседовании ординатор получает экзаменационный билет, примерную форму которого разрабатывает деканат факультета последипломного образования, содержащий 3 вопроса и ситуационную профессионально ориентированную задачу с 3-5 вопросами, составленную в соответствии с утверждённой программой государственного экзамена. Экзаменационные билеты подписываются заведующим кафедрой и утверждаются проректором по непрерывному образованию и международному сотрудничеству.

3.3. При подготовке к ответу в устной форме ординаторы делают необходимые

записи по каждому вопросу на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги с печатью факультета последипломного образования. На подготовку к ответу первому ординатору предоставляется не менее 45 минут, остальные отвечают в порядке очередности. В процессе ответа и после его завершения члены ГЭК с разрешения ее председателя могут задать ординатору уточняющие и дополнительные вопросы в пределах программы государственного экзамена. После завершения ответа ординатора на все вопросы и объявления председателем ГЭК окончания опроса экзаменуемого члены ГЭК фиксируют в своих записях оценки за ответы экзаменуемого на каждый вопрос и предварительную результирующую оценку. Результаты собеседования с ординатором оцениваются в соответствии с утвержденными критериями.

3.4. По завершении государственного экзамена ГЭК на закрытом заседании обсуждает ответы каждого ординатора и выставляет каждому согласованную итоговую оценку в соответствии с утвержденными критериями оценивания с учётом результатов тестирования, сдачи практических навыков и устного собеседования. В случае расхождения мнения членов ГЭК по итоговой оценке на основе оценок, поставленных каждым членом комиссии в отдельности, решение ГЭК принимается простым большинством голосов членов комиссии, участвующих в заседании, при обязательном присутствии председателя комиссии или его заместителя. При равном числе голосов председатель комиссии (или заменяющий его заместитель) обладает правом решающего голоса.

3.5 Итоговая оценка за государственный экзамен сообщается ординатору, представляется в протокол экзамена и зачётную книжку ординатора, где расписываются председатель и члены ГЭК.

Критерии оценки результатов государственного экзамена

Оценка в баллах	Содержание ответа
5	Ординатор отлично ориентируется в теоретических аспектах проблемы, успешно использует теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, умеет делать выводы, разрабатывать и принимать соответствующие решения, может в полном объеме выполнять все виды профессиональной деятельности
4	Ординатор хорошо ориентируется в теоретических аспектах проблемы, умеет использовать теоретические знания для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи, испытывает некоторые затруднения при обобщении результатов и разработке соответствующих решений, может выполнять все виды профессиональной деятельности
3	Ординатор имеет определенные теоретические знания по затронутой проблеме, испытывает затруднения при использовании теоретических знаний для решения профессионально-ориентированной ситуационной задачи и обобщении результатов, не может разработать соответствующее решение, может выполнять виды профессиональной деятельности не в полном объеме
2	У ординатора отсутствуют системные теоретические знания по затронутой проблеме, он не может решить профессионально-ориентированную ситуационную задачу, сделать соответствующий вывод и обобщить результаты, не готов к выполнению профессиональных видов деятельности

4. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

4.1. Вопросы для подготовки к государственному экзамену

1. Обследование больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области и подготовка к операции в условиях поликлиники и стационара.
2. Принципы оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области.
3. Топографическая анатомия поверхностных и глубоких клетчаточных пространств челюстно-лицевой области.
4. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области, обуславливающие характер клинического течения воспалительных заболеваний и травм.
5. Местное обезболивание. Современные местные анестетики, показания и противопоказания к применению. Общие и местные осложнения при проведении местного обезболивания.
6. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания к удалению временных и постоянных зубов. Методики.
7. Местные осложнения, возникающие во время проведения операции удаления зуба. Причины. Профилактика осложнений. Оказание специализированной медицинской помощи при осложнениях, возникших во время проведения операции удаления зуба.
8. Местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба. Профилактика. Оказание специализированной медицинской помощи. Болезни прорезывания зубов. Дистопия и ретенция зубов. Этиология. Операция атипичного удаления зуба. Показания. Техника выполнения.
9. Периодонтиты. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения. Осложнения.
10. Периоститы. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения. Осложнения.
11. Остеомиелиты челюстей. Классификация.
12. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, патологическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения.
13. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Этиология, теории патогенеза, клиника, диагностика и лечение. Осложнения.
14. Травматические остеомиелиты челюстей. Этиология, теории патогенеза, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения.

15. Медикаментозно ассоциированный остеомиелиты челюстей. Этиология, теории патогенеза, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Осложнения.
16. Лимфадениты челюстно-лицевой области. Классификация. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
17. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, осложнения.
18. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Флебит, тромбофлебит и синус-тромбоз. Клиника, диагностика, лечение.
19. Абсцесс подъязычной области, челюстно-язычного желобка. Причины возникновения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
20. Абсцессы твердого неба. Причины возникновения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
21. Абсцесс, флегмона языка. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
22. Абсцесс, флегмона крыловидно-челюстного пространство. Причины возникновения. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
23. Абсцесс, флегмона поджевательной области. Причины возникновения, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
24. Абсцесс, флегмона подвисочной ямки. Причины возникновения, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
25. Абсцесс, Флегмона окологлоточного пространства. Причины возникновения, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
26. Абсцесс, флегмона подчелюстной области. Причины возникновения, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
27. Абсцесс, флегмона области глазницы. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.
28. Абсцесс, флегмона скуловой области. Основные источники, пути

распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

29. Абсцесс, флегмона щечной области. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

30. Абсцесс, флегмона околоушно-жевательной области. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

31. Абсцесс, флегмона позадичелюстной ямки. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

32. Абсцесс, флегмона полости рта. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

33. Флегмона дно полости рта. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

34. Абсцессы, флегмоны шеи. Основные источники, пути распространения, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, осложнения.

35. Медиастинит. Причина, клиническая картина, диагностика, методы лечения.

36. Аденофлегмона, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

37. Общее лечение флегмон: антибактериальное, противовоспалительное, дезинтоксикационное, иммунотерапия.

38. Острые сиаладениты. Классификация, этиология, клиника диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

39. Хронические заболевания слюнных желез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

40. Слюннокаменная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

41. Специфические сиаладениты. Классификация, этиология, клиника диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

42. Опухоли слюнных желез. Классификация, этиология, клиника диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечение. Прогнозы.

43. Верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

44. Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи. Перформативный гайморит. Причины. Клиника, диагностика, методы лечения.

45. Клинические признаки перфорации дна верхнечелюстной пазухи. Тактика врача при перфорации дна интактной верхнечелюстной пазухи, при перфорации дна верхнечелюстной пазухи с наличием гайморита, при попадании корня зуба в гайморовую пазуху. Дифференциальный диагноз одонтогенного и риногенного гайморита.
46. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация, этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы лечения.
47. Анатомо-топографическое строение височно-нижнечелюстного сустава. Биомеханика височно-нижнечелюстного сустава.
48. Специфические заболевания ЧЛЮ. Актиномикоз. Туберкулез. Сифилис. Этиология. Патогенез, клиника. особенности течения отдельных форм актиномикоза. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.
49. Раны челюстно-лицевой области. Классификация ран. Особенности ран челюстно-лицевой области. Принципы первичной хирургической обработки ран лица и шеи. Цель, методика выполнения.
50. Травмы мягких тканей лица. Классификация, клиника. Особенности хирургической обработки ран лица в зависимости от локализации.
51. Повреждения зубов и альвеолярного отростка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
52. Переломы нижней челюсти. Классификация, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы консервативного и хирургического лечения. Ортопедические и хирургические методы иммобилизации отломков, показания и противопоказания, преимущества и недостатки. Тактика в отношении зубов, расположенных в щели перелома.
53. Переломы верхней челюсти. Классификация по Ле Фор. Линии перелома. Этиология, патогенез, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.
54. Переломы верхней челюсти по типу Герена. Этиология, патогенез, механизм смещения отломков. Клиника, диагностика, методы лечения.
55. Переломы скуловой кости и дуги. Классификация. Клиника, методы диагностики, методы лечения.
56. Перелом скула-глазничного комплекса. Клиника, методы диагностики, методы лечения.
57. Переломы нижней стенки орбиты. Клиника, методы диагностики, методы лечения.
58. Ранние осложнения повреждений челюстно-лицевой области. Кровотечение.

Способы остановки кровотечений, методика перевязки сонной артерии. Асфиксия, виды асфиксии у раненых в лицо и челюсть и меры борьбы с ней. Шок, клиническая картина. Потеря сознания.

59. Поздние осложнения повреждений челюстно-лицевой области.

Аспирационная пневмония. Менингит. Травматический остеомиелит. Этиология, патогенез. Диагностика. Принципы лечения. Нагноение мягких тканей и костной раны.

60. Травматический гайморит, диагностика и лечение. Последствия ранений деформации и дефекты лица, функциональные нарушения, их предупреждение и устранение.

61. Неотложная помощь больным с переломами челюстей. Транспортная иммобилизация отломков.

62. Общая характеристика, клиническое течение, диагностика огнестрельных ранений и повреждений лица.

63. Вопросы раневой баллистики. Боевые повреждения мягких тканей лица.

64. Боевые повреждения костей лица. Первичная хирургическая обработка ран лица, её особенности.

65. Организация медицинской помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.

66. Отморожения лица. Термические и химические ожоги лица и слизистой оболочки полости рта. Классификация, диагностика, неотложная помощь и лечение.

67. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Классификация, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

68. Опухоли и опухолеподобные поражения кожи и кисты лица. Классификация, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

69. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Классификация, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

70. Опухоли и опухолеподобные поражения фиброзной, жировой ткани. Классификация, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

71. Опухоли и опухолеподобные поражения кровеносных и лимфатических сосудов. Классификация, клиника, диагностика, Дифференциальная диагностика. Методы лечения.

72. Кисты челюстей и мягких тканей. Классификация ВОЗ. Клинические проявления. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика.

73. Остеогенные опухоли. Классификация. Клиническая картина, диагностика, Дифференциальная диагностика, методы лечения.

74. Неодонтогенные и неостеогенные опухоли челюстей. Клиническая картина, диагностика, методы лечения.
75. Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области и шеи. Классификация, клиника, диагностика, методы лечение.
76. Классификация предраковых заболеваний и фоновых состояний слизистой оболочки полости рта и кожи лица. Этиология. Клиническая картина. Методы диагностики.
- Принципы лечения и профилактики предраковых заболеваний и фоновых состояний слизистой оболочки полости рта и кожи лица. Хирургические методы лечения, показания к их применению.
77. Невралгия тройничного нерва. Этиология, клиника, диагностика. лечения
78. Неврит лицевого нерва. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
79. Неврит тройничного нерва. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
80. Глоссалгия (глоссодиния). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
81. Врожденные расщелины лица. Классификация. Клиническая картина расщелин губы, твердого и мягкого неба. Принципы ранней диагностики. Этапы, методы хирургического лечения пациентов с расщелинами губы, твердого и мягкого неба, колобомой лица.
82. Нормативное правовое регулирование медицинской реабилитации.
83. Методы медицинской реабилитации пациентов с патологией челюстнолицевой области. Общие принципы. Медицинские показания и противопоказания. Сроки проведения реабилитации.
84. Комплексная медицинская реабилитация пациентов с расщелинами губы, твердого и мягкого неба, колобомой лица. Медицинские показания и противопоказания. Сроки проведения реабилитации.
85. Физиотерапия в лечении и предупреждении осложнений у больных с травматическими повреждениями костей и мягких тканей челюстно-лицевой области. Показания и противопоказания к физиотерапевтическому лечению

4.2. Примеры ситуационных задач

Ситуационная задача №1.

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент Ф., 30 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Он сообщил, что три дня назад ему был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в

течение двух суток. После удаления зуба пациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшение состояния, он вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключицы и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат.

Рот пациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах.

Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, его движения ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Температура тела 38,8 °С.

Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++).

У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, наличие щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса.

Симптомы на задний медиастинит положительные. На компьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1 Укажите диагноз, с которым пациент обратился к дежурному челюстно-лицевому хирургу.

2 К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3 Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации?

4. Тактика лечения

Ситуационная задача №2.

Пациент В., 52 года, обратился к челюстно-лицевому хирургу с жалобами на припухлость лица справа в области носогубной складки, повышенную температуру тела (37,8–38 °С), боли в области припухлости, головную боль, слабость, плохой сон. Пациент отмечает, что боли в области припухлости носят пульсирующий характер и иррадиируют в ухо, висок, глаз. Он считает себя больным в течение последних трех дней, когда в области носогубной складки справа после бритья появилось покраснение кожных покровов, чувство

дискомфорта и покалывания. Из анамнеза пациента известно, что он в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека в области носогубной складки справа, распространяющегося на прилежащие ткани. Инфильтрат болезненный при

пальпации. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. В области инфильтрата определяются три некротических стержня.

Констатируется отек щечной и подглазничной областей справа с распространением на внутренний угол правого глаза. Поднижнечелюстные и

подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,5 × 0,8 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и

подлежащими тканями не спаяны. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,9 °С. Пациент бледный, вялый, апатичный. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание.

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. Какое обследование должно быть назначено пациенту в указанной клинической ситуации?

Ситуационная задача №3

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 31 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, свободноележащего и с окружающей костной тканью неспаянного.

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

Ситуационная задача №4

Больной, 34 лет, обратился в клинику с последствиями полуторагодовой травмы. Имеется выраженная рубцовая деформация в области угла рта слева, распространяющаяся на кожу подбородочной области слева. Угол рта опущен.

1. Поставьте диагноз.
2. Какой необходим вид местной пластики?

Ситуационная задача №5

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.

Ситуационная задача 6

Больной 39 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние удовлетворительное, температура тела 37,8 С, пульс 89 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека тканей щечной и подглазничной области слева. При пальпации определяется плотный, болезненный инфильтрат мягких тканей. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 25 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 24,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 25 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 25 зуба, корневые каналы не запломбированы. Клинический анализ крови: L-15.5, П-15, С- 60; Л- 17; М-8; СОЭ -17 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 7

Больная 79 лет обратилась на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева изменение конфигурации лица.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 36,9 С, пульс 120 уд/мин., АД 170/100.

Местно: в подподбородочной области пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 2,7 см., 31, 32 зубы подвижны 2-й степени, перкуссия резко болезненна, из патологических зубодесневых карманов обильное гнойное отделяемое. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 31,32 зубов определяется вертикальная резорбция костной ткани альвеол на 2/3 длины корней.

Клинический анализ крови: L-6.5; П-3, С- 65; Л-27; М-5; СОЭ - 37 мм в час.

ЗАДАЧА: Поставить клинический диагноз, Указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного, лечения.

Ситуационная задача 8

Больной 49 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38.2 С, пульс 99 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подглазничной области слева, отека нижнего века и щечной области слева. Пальпируется инфильтрация указанных областей. Инфильтрат без четких границ, кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 4 см., 24 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 25,26,27 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1- й степени. Пальпируется разлитой инфильтрат в области переходной складки верхней челюсти слева на уровне 23-27 зубов. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины.

На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 24 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 24 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется уровень жидкости в затененной левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-13,5; П-3, С- 68; Л-19; М-10; СОЭ - 17 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 25 лет поступил на 5-е сутки от начала заболевания с жалобами на ограничение открывания рта, затруднение боковых движений нижней челюсти, изменение конфигурации лица, головную боль. Пять дней назад в поликлинике производилось лечение пульпита 27 зуба под местной анестезией.

Объективно: Состояние средней тяжести, температура тела 38,20 С, пульс 116 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: Лицо асимметрично за счет отека тканей над скуловой дугой слева, кожные покровы лица обычной окраски. Кожа в данной области в складку собирается с трудом. Открывание рта 0,5 см. 27 зуб под временной пломбой, перкуссия безболезненна, ткани пародонта физиологической окраски. Пальпируется разлитая инфильтрация переходной складки верхней челюсти справа в области 28 зуба. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена, пальпация болезненна. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 27 зуба патологических изменений не выявлено.

Клинический анализ крови: L-12,5; Ю-1; П-16, С-45, Л-34; М-4; СОЭ 20 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 10

Больной 58 лет обратился на третьи сутки от начала заболевания с жалобами на боли в нижней челюсти слева, изменение конфигурации лица, онемение нижней губы слева, боли при глотании, слюнотечение, затрудненное открывание рта, озноб и недомогание.

Заболевание началось с болей в области 35 зуба. Боли постепенно нарастали, сутки назад появилось онемение левой половины нижней губы.

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39 градусов, пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/40, тоны сердца приглушены, выслушивается акцент II тона на а. Pulmonalis, печень +4 см. из-под реберной дуги по среднеключичной линии. Положение больного в постели вынужденное-сидячее с опорой на руки, в акте дыхания участвуют межреберные мышцы, язык виден через приоткрытые зубы, покрыт серым налетом, изо рта вытекает зловонная слюна.

Местно: пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат в подчелюстных областях справа и слева, под подбородочной области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Открывание рта 3 см., 35 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. 33,34,37 зубы интактны, перкуссия болезненна, подвижность 1-й степени. Пальпируется разлитой, муфтообразный инфильтрат в области тела нижней челюсти слева. Слизистая над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Слизистая подъязычных областей приподнята, имеются отпечатки коронок Зубов, покрыта грязно-серым налетом, инфильтрирована. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 35 зуба определяется неравномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в форме

«языков пламени» в области верхушки корня 35 зуба, корневой канал запломбирован на 1\3.

Клинический анализ крови: L-19,5; П-55, С- 30; Л-10; М-5; СОЭ -27 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 11

Больной 43 лет обратился на четвертые сутки от начала заболевания с жалобами на боли в верхней челюсти слева, заложенность носа и гнойные выделения из левой половины, изменение конфигурации лица, озноб и недомогание, ухудшение зрения, боли при движении глазными яблоками,

Объективно: Состояние тяжелое, температура тела 39,20 С, пульс 109 уд/мин., гемодинамические показатели стабильные.

Местно: асимметрия лица за счет отека подглазничной области и области глазницы слева. Пальпируется разлитой, плотный, болезненный инфильтрат области нижнего века левого глаза. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена. Определяется ограничение движения глазного яблока книзу, отмечается хемоз конъюнктивы и экзофтальм. Пальпация по оси глазного яблока резко болезненная. Пальпация передней стенки левой верхнечелюстной пазухи резко болезненна, боль усиливается при наклоне головы вперед. Открывание рта 4 см., 26 зуб разрушен, перкуссия резко болезненна, подвижность 2-й степени. Имеется отек и гиперемия слизистой в пределах пародонта 26 зуба. При передней риноскопии определяется гноетечение по переднему краю нижней носовой раковины. На внутриротовой контактной рентгенограмме в области 26 зуба определяется равномерное расширение периодонтальной щели с деструкцией костной ткани в области верхушек корней 26 зуба, корневые каналы не запломбированы, на обзорной рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухе.

Клинический анализ крови: L-18,5; П-23; С-58;Л-13; М-6; СОЭ- 27 мм в час.

ВОПРОСЫ: Поставить клинический диагноз, указать границы клетчаточных пространств, определить прогноз течения заболевания, составить план хирургического и медикаментозного лечения.

Ситуационная задача 12

Пациент П. 24 года обратился в поликлинику к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль при жевании в области нижней челюсти слева, чувство распирания в области нижней челюсти. Со слов пациента боли беспокоят около 4 дней. Самостоятельно принимал Нимесил в течении 2 дней.

Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта ограничено до 3 см.

Локальный статус: зуб 3.8 покрыт слизистой оболочкой «капюшоном», из-под которого выделяется серозный экссудат. Слизистая оболочка покрывающая зуб 3.8 гиперемирована, отечна, пальпация болезненна.

Какие клинические методы исследования необходимы для постановки диагноза.

Дополнительные методы исследования.

Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.

Тактика лечения больного.

Ситуационная задача 13

Пациент К. 47 лет обратился в поликлинику к врачу стоматологу с жалобами на боль в области зуба 4.6, усиливающуюся при приеме пищи, подвижность зуба 4.6. Со слов пациен-

та, боли беспокоят в течении 3 дней, боль появилась во время приема пищи (пациент грыз орехи).

Объективно: конфигурация лица не изменена. Кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в полном объеме. Локальный статус: Зуб 4.6 изменен в цвете, обширная пломба на окклюзионной поверхности зуба, краевое прилегание нарушено, определяется трещина коронковой части зуба с распространением под десневой край. Слизистая оболочка в области зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Определяется подвижность зуба, язычная стенка зуба 4.6 подвижна.

Дополнительные методы обследования.

Поставьте диагноз на основании данных полученных в задаче.

Тактика лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент Н., 26 лет обратился в городскую стоматологическую поликлинику с жалобами на отек щеки слева и болезненность нижней челюсти слева. Первые симптомы начались около трех дней назад, отек не был выражен. В связи с нарастанием отека, усилением боли и появлением субфебрильной температуры до 37,2, обратился за помощью.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека мягких тканей левой щечной области, поднижнечелюстные лимфоузлы слева при пальпации болезненны, открывание рта в полном объеме. В полости рта: переходная складка в

проекции 3.4-3.7 сглажена, зуб 3.6 разрушен ниже уровня десны, перкуссия его болезненна.

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения пациента.

Через какое время после завершения лечения данного заболевания можно проводить дентальную имплантацию?

Ситуационная задача 15

Женщина 58 л обратилась в стоматологическую поликлинику с жалобами на наличие белого рисунка в виде сетки на слизистой оболочки щек, симметричного с двух сторон, безболезненно, появление рисунка отмечает около 2 лет назад, субъективно никак не беспокоит. Пациентка курит около 20 лет по 10 сигарет в день. Ранее за помощью не обращалась, направлена лечащим стоматологом-ортопедом с целью консультации.

Назовите диагноз.

Какая форма данного заболевания представлена в задаче?

Дифференциальную диагностику с какими заболеваниями необходимо проводить вышеуказанной патологии?

Ситуационная задача 16

В стоматологическую поликлинику поступил больной 23 года с жалобами на отек лица справа, болезненное открывание рта. Со слов больного 2 дня назад попал в потасовку на улице. Объективно: температура тела 36,4; конфигурация лица изменена за счёт слабо болезненного при пальпации отека мягких тканей лица в области нижней челюсти справа, гематома левой периорбитальной области, открывание рта болезненное, ограничено до 1,5 см, глотание безболезненное, не затруднено. В области зубов 47, 48 не десне с вестибулярной стороны кровоподтек. Симптом нагрузки положительн, болезненность справа. На ОПТГ визуализируется линия перелома нижней челюсти справа, проходит на границе между 47-48 зубами, смещений отломков нет. Прикус ортогнатический.

Поставить клинический диагноз; Составить план лечения;

Определить прогноз течения заболевания.

Ситуационная задача 17

В стоматологическую поликлинику обратился больной 22 года. Жалобы на боль при открывании рта, невозможность принятия пищи. Несколько дней назад заметил прорезывание верхнего зуба мудрости слева. Объективно: температура тела 37,1; конфигурация лица не изменена, открывание рта резко болезненное, ограничение открывания из-за болевых ощущений слева. Глотание безболезненное, не затруднено. На слизистой оболочке щеки слева травмированные отпечатки от бугров зуба.

Поставить клинический диагноз.

Составить план хирургического и медикаментозного лечения. Определить прогноз течения заболевания

Ситуационная задача 18

Пациент У 42 года обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие безболезненного образования на слизистой оболочке десны в области нижней челюсти справа, дискомфорт при приеме пищи. Со слов пациента, образование появилось около 5

месяцев назад, затем медленно увеличивалось в размерах. Около года назад лечился у стоматолога ортопеда. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Открывание рта свободное, в полном объеме. Пальпация альвеолярного отростка нижней челюсти безболезненна. На зубах 3.4 3.5 металлокерамическая конструкция, имеется скол эмали на металлокерамической конструкции в пришеечной области. С вестибулярной стороны нижней челюсти слева в проекции зубов 3.4 3.5 определяется безболезненное образование с гладкой поверхностью, бледно-розового цвета размерами 0.5x1.0x0.5 см, на широком основании, неподвижное, покрытое неизменной слизистой оболочкой.

Поставьте предварительный диагноз.

Назовите дополнительные методы обследования.

Составьте план лечения.

Ситуационная задача 19

Пациент 32 года обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие образования в левой подглазничной области. Со слов пациента образование появилось около 3-х недель назад, медленно увеличивается в размере. Объективно: общее состояние удовлетворительное, регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, подвижны. Температура 36.8. В левой подглазничной области определяется безболезненное образование округлой формы с гладкой поверхностью, плотно-эластической консистенции, размерами 1.1x1.1x1.0 см. ограничено подвижное, спаянное с кожей в области одной точки-ретенционного пункта. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, в области ретенционного пункта белесоватая. В полости рта патологических изменений не выявлено.

Определите тактику лечения.

Какие разрезы применяются при удалении данного образования.

Поставьте предварительный диагноз.

Дифференциальная диагностика

Ситуационная задача 20

Пациентка Ф 24 года обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на образование на нижней губе, мешающее при приеме пищи и разговоре. Со слов пациентки, образование появилось 3 недели назад, когда пациентка прикусила губу, постепенно увеличивается. Объективно: конфигурация лица не изменена. Регионарные лимфатические узлы безболезненные при пальпации. Кожные покровы физиологической окраски. Прикус: патологический. Локальный статус: в области нижней губы, справа, в проекции зуба 4.3 опреде-

ляется образование округлой формы, слизистая оболочка над образованием имеет синюшный оттенок. Пальпация слабо болезненная. Образование мягко-эластической консистенции, размерами 1/1, не спаяно с окружающими тканями.

Поставьте диагноз.

Тактика лечения.

Исход заболевания

Ситуационная задача 21

Пациентка О 55 лет обратилась в поликлинику по месту жительства к врачу стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, отек щечной области слева. Со слов пациентки боли беспокоят 5 дней, вчера появился отек щечной

области слева. Объективно: Конфигурация лица изменена за счет отека щечной области слева. Кожные покровы обычной окраски, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны болезненны при пальпации. Локальный статус: зуб 3.6 покрыт металлокерамической коронкой, переходная складка в области зубов 3.5 3.6 3.7 сглажена, отека. Пальпация резко болезненна, определяется инфильтрат в проекции верхушек корней зуба 4.6, отмечается флюктуация. Перкуссия зуба 4.6 болезненная. На прицельной рентгенограмме определяется равномерное расширение периодонтальной щели в области корня зуба 4.6.

Поставьте диагноз

Составте план лечения

Исход заболевания

Пример решения ситуационных задач.

Задача. Пациентка Н, 50 лет, обратилась с жалобами на морщины и возрастные изменения лица. Предложите методику оперативного лечения. Показания и противопоказания к проведению омолаживающих операций. Виды ритидэктомии. Техника операции.

Операция – ритидэктомия.

Показание к проведению омолаживающих операций-наличие складок кожи лица (избытка мягких тканей).

Противопоказания к проведению омолаживающих операций

1. Тяжёлые заболевания внутренних органов;
2. Инфекционные заболевания;
3. Онкологические заболевания;
4. Нарушения свёртываемости крови;
5. Заболевания нервной системы;
6. Склонность к образованию келоидных рубцов.

Подтяжка кожи лица

(лифтинг лица, ритидэктомия) – это пластическая операция на коже лица и шеи, заключающаяся в подтяжке кожи после удаления отдельных ее лоскутов с целью устранения возрастных изменений.

Основные виды ритидэктомии

Подкожная ритидэктомия.

Стандартная подтяжка кожи лица предполагает выделение кожно-жирового лоскута в пределах трех больших зон (височной, щечной, позадишной).

Техника операции

1. Разрез, используемый при подтяжке кожи лица имеет сложную форму и чаще проходит в височной, предушной, позадишной областях, а затем в проекции носцевида от роста.

2. Формирование кожно-жирового лоскута:

Кожа отслаивается в пределах височной, щечной, позадишной областей с помощью скальпеля и изогнутых по плоскости ножниц с закругленными концами. Границы отделения лоскута зависят от степени выраженности возрастных изменений. Они могут быть минимальными при относительно небольшом птозе мягких тканей, а могут распространяться на всю поверхность шеи, соединяясь с субментальным доступом

4.3. Примеры тестовых заданий

1. При проводниковой анестезии наблюдается блокада какого вида чувствительности?:

- 1) тактильной;
- 2) болевой;
- 3) температурной;
- 4) вкусовой.

2. В каком году синтезирован новокаин?:

- 1) в 1889 году;
- 2) в 1900 году;
- 3) в 1905 году;
- 4) в 1924 году.

3. Сходны ли по химической структуре новокаин и сульфаниламидные препараты?:

- 1) да;
- 2) нет;
- 3) частично;
- 4) не известно.

4. Цветная проба на идентификацию новокаина, предложенная А.Е. Гуцани и Ф.Мунтеану, проводится с:

- 1) хлорамином;
- 2) ацетилсалициловой кислотой;
- 3) марганцовокислым калием;
- 4) формалином.

5. Препарат, содержащий артикаин:

- 1) убистезин;
- 2) маркаин;
- 3) мархаин;
- 4) бупивакаин.

6. Лидокаин расщепляется в каком органе?:

- 1) почках;
- 2) мышцах;
- 3) печени;

4) в крови.

7. Растворы прилокаина, используемые для проводниковой анестезии:

1) 1%;

2) 2%;

3) 3%;

4) 5%.

8. Мепивакаин - анестетик, относящийся к группе:

1) сложных эфиров;

2) амидов;

3) артикаина гидрохлорид;

4) этиловый эфир.

9. Как необходимо направлять иглу при проведении внеротовой инфраорбитальной анестезии:

1) вверх, вперед, кнутри;

2) вниз, кзади, кнаружи;

3) вверх, кзади, кнаружи;

4) вниз, вперед, кнутри.

10. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии:

1) только резцы;

2) резцы и клыки;

3) резцы, клыки премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с вестибулярной стороны, мягкие ткани подглазничной области;

4) резцы, клыки, премоляры, альвеолярный отросток и его слизистая оболочка с язычной и небной стороны, мягкие ткани подглазничной области.

11. Целевым пунктом туберальной анестезии является:

1) подглазничный нерв;

2) передние верхние альвеолярные нервы;

3) средние верхние альвеолярные нервы;

4) задние верхние альвеолярные нервы.

12. В каком направлении продвигаем иглу при проведении туберальной анестезии?:

1) вверх, кнаружи, назад;

2) вверх, кнаружи, вперед;

3) вверх, внутрь, назад;

4) вверх, внутрь, вперед.

13. Какой ориентир используют для проведения подактильной мандибулярной анестезии по Гоу-Гейту?:

- 1) нижнечелюстное возвышение;
- 2) над вершиной большого позадиомолярного треугольника;
- 3) крыловидно- нижнечелюстная складка;
- 4) область суставного (мышцелкового) отростка нижней челюсти.

14. При подскуповом методе мандибулярной анестезии Берше предложил проводить вкол иглы:

- 1) по срединетраго-орбитальной линии, на 1.5-2 см ниже края скуловой дуги и подвигать до наружной поверхности ветви нижней челюсти;
- 2) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 2-2.5 см;
- 3) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину 3-3,5 см;
- 4) на 2 см перед козелком, под скуловой дугой и направлять иглу на глубину до 4,5 см.

15. Ментальное отверстие находится:

- 1) под клыком;
- 2) под первым премоляром;
- 3) под вторым премоляром или между первым и вторым премоляром;
- 4) между вторым премоляром и первым моляром.

16. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

- 1) на питающей ножке;
- 2) встречных треугольных;
- 3) круглого стебельчатого;
- 4) на сосудистом анастомозе.

17. Пластику встречными треугольными лоскутами по Лимбергу используют:

- 1) при рубцовых выворотах век;
- 2) при плоских рубцах;
- 3) при обширных дефектах костей лица;
- 4) при обширных дефектах мягких тканей.

18. Наиболее простой вид пластики местными тканями:

- 1) лоскутами на ножке;
- 2) мобилизация краев раны;
- 3) треугольными лоскутами;
- 4) пересадка свободной кожи.

19. Вид пластики местными тканями, при котором происходит прирост тканей в направлении основного разреза:

1) лоскутами на ножке;

2) мобилизация краев раны;

3) треугольными лоскутами;

4) пересадка свободной кожи.

20. Основное правило пластики местными тканями:

1) не ушивать рану наглухо;

2) недопустима мобилизация тканей;

3) отсутствие натяжения в краях раны;

4) длина разреза должна быть минимальной.

21. Опрокидывающиеся лоскуты используются:

1) для устранения выворота век;

2) для устранения дефектов кожи;

3) для закрытия линейных разрезов;

4) для создания внутренней выстилки.

22. Максимальный допустимый угол поворота лоскута на ножке:

1) до 90°;

2) до 180°;

3) до 210°;

4) до 360°.

23. Сквозной дефект щеки устраняется лоскутами:

1) мостовидным;

2) опрокидывающимся;

3) удвоенным по Рауэру;

4) встречными треугольниками.

24. Для восстановления отсутствующей брови используют лоскут:

1) мостовидный;

2) из височной области;

3) забральный по Лексеру;

4) на скрытой сосудистой ножке.

25. Для восстановления дефектов губы у женщин используют мостовидный лоскут:

1) с шеи;

2) Лексера;

3) со щеки;

4) Лапчинского.

26. Филатовский стебель, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

- 1) острым;
- 2) шагающим;
- 3) ускоренным
- 4) классическим.

27. Участок поверхности тела для острого Филатовского стебля:

- 1) предплечье;
- 2) внутренняя поверхность плеча;
- 3) внутренняя поверхность бедра;
- 4) передне-боковая поверхность живота.

5. Список рекомендуемой литературы.

Основная литература:

1. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия [Текст] : национальное руководство / Стомат. Ассоц. России, Ассоц. мед. обществ по качеству ; под ред. А. А. Кулакова, Т. Г. Робустовой, А. И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 928 с. : ил. (5 экз.)

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437278.html>

2. Афанасьев, В. В. Хирургическая стоматология : учебник / В. В. Афанасьев [и др.] ; под общ. ред. В. В. Афанасьева. — 3-е изд. , перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 400 с. - ISBN 978-5-9704-3704-9. - Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. - URL : <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437049.html>

Дополнительная литература:

1. Семенов, Г.М. Топографическая анатомия и оперативная хирургия для стоматологов : [учеб. пособие] / Г. М. Семенов, В. А. Лебедев. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : Питер, 2012. - 302 с. : ил. - (Учебное пособие). - Библиогр.: с. 290-302. - ISBN 978-5-459-01604-8

http://library.kursksmu.net/cgi-bin/irbis64r_plus/irbis_webcgi.exe?S21COLORTERMS=0&LNG=&Z21ID=GUEST&I21DBN=ECAT_FULLTEXT&P21DBN=ECAT&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=briefHTML_ft&S21CNR=5&C21COM=S&S21ALL=%3C.%3EI=616%2E31%2FC%2030-514817280%3C.%3E&USES21ALL=1

2. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Каган И.И., Чемезов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970420126.html>

3. Антимикробная химиотерапия в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [Электронный ресурс] / Ушаков Р.В., Царев В.Н., Яковлев С.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970467091.html>

4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия [Электронный ресурс] : учебник / Каган И.И., Чемезов С.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. Режим доступа: <https://mbasegeotar.ru/book/ISBN9785970420126.html>

Периодические издания (журналы)

1. Клиническая стоматология

<https://dlib.eastview.com/browse/publication/333506/udb/12/клиническая-стоматология>

2. Стоматология

<https://dlib.eastview.com/browse/publication/117555/udb/12/стоматология>

Электронное информационное обеспечение и профессиональные базы данных

1. Электронная библиотека Курского государственного медицинского университета Medicus <http://library.kursksmu.net>

2. Электронная библиотечная система "Консультант студента". База данных «Комплект Курского ГМУ» <http://www.studentlibrary.ru/>

3. База данных «MedBaseGeotar» <https://mbasegeotar.ru/>

4. Цифровой образовательный ресурс IPR SMART

<https://www.iprbookshop.ru/>

5. Электронная библиотечная система «Букап» <https://www.books-up.ru/ru/catalog/>

6. Электронные газеты и журналы на платформе East View <https://dlib.eastview.com/>

7. Научная электронная библиотека eLIBRARY.RU <https://elibrary.ru>

8. Сайт издательства «Медиа Сфера» <https://www.mediasphera.ru/>

9. Рубрикатор клинических рекомендаций <https://cr.minzdrav.gov.ru/>

6. Порядок проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации

По результатам ГИА ординатор имеет право на апелляцию.

Ординатор подает в апелляционную комиссию письменное апелляционное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена (далее – апелляция).

Апелляция подается лично ординатором в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов ГИА.

Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае, удовлетворения апелляции, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные КГМУ.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в КГМУ обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.