федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ И ПЛАСТИЧЕСКАЯ ХИРУРГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ» по специальности 31.08.74 «стоматология хирургическая»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.74 «Стоматология хирургическая», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г

Оренбург

**1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи

ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области**

1. Понятия о пластической (косметической) хирургии.
2. Классификация дефектов и деформаций лица.
3. Классификация приобретенных дефектов лица.
4. Основные этапы развития методов восстановительных операций.
5. Показания к применению метода пластики лоскута на питающей ножке при проведении местно-пластических операций.
6. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем.
7. Виды свободных кожных трансплантатов.
8. Показания к использованию комбинированных трансплантатов.

**Модуль 2**. **Восстановительная хирургия при дефектах и деформациях костей лицевого скелета**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей.
2. Этапы хирургической операции с использованием микрососудистых анастомозов.
3. Классификация основных видов аномалий и деформаций челюстей.
4. Клинические проявления и хирургические методы лечения нижней прогнатии и ретрогнатии.
5. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней прогнатии.
6. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней ретрогнатии.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Восстановительная хирургия мягких тканей челюстно-лицевой области**

Практическое занятие №1

Тема: Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Понятия о пластической (косметической) хирургии.
2. Классификация дефектов и деформаций лица.
3. Классификация приобретенных дефектов лица.
4. Особенности проведения операций в челюстно-лицевой области.
5. Планирование восстановительных операций.
6. Показания и противопоказания к проведению восстановительных операций.
7. Клиническое обследование больных перед проведением восстановительной операции.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Понятие о восстановительной хирургии челюстей.
2. Показания к проведению восстановительных операций.
3. Противопоказания к проведению восстановительных операций.

**Проверка практических навыков:**

1. Сбор анамнеза.
2. План обследования.

Практическое занятие №2

Тема: Восстановительная и пластическая хирургия лица и челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Основные этапы развития методов восстановительных операций.
2. Роль отечественных ученых в развитии восстановительной хирургии.
3. Пластика местными тканями. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
4. Применение симметричных, несимметричных и сочетанных фигур встречных треугольных лоскутов.
5. Расчет коэффициентов удлинения.
6. Виды местно-пластических операций.
7. Преимущества и недостатки.
8. Устранение рубцов, кожных складок, укороченной уздечки губы, языка.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Основные этапы развития методов восстановительных операций.
2. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
3. Виды местно-пластических операций.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щеч­ной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральней от медиального угла глаза.

* + - 1. Составьте план обследования и лечения.
			2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
			3. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

**Задача 2.** Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса со­баки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см, откол коронок зубов 42, 31, подвижность зуба 31, отсутствие зуба 32.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зубов 42, 41, 31, 32?

**Задача 3.** 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. Составьте план обследования и лечения.
3. Укажите вид местно-пластической операции?

**Задача 4.** У больного, 35 лет, имеется посттравматический дефект верхней и нижней губ слева, мягких тканей щечной области слева. Края дефекта рубцово изменены, плотные. Через дефект видны зубы 25, 24, 23 и альвеолярный отросток верхней челюсти этой области. Зубы 26, 25, 24, 23 неподвижны, в прикусе. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Рот открывается на 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 5.** У больного, 43 лет, имеется пигментный невус в области левой поло­вины лица. Верхняя граница пятна в подглазничной области, медиальная граница - в области левого крыла носа, латеральная граница - в проекции линии, условно проведенной через латеральный угол глаза, нижняя грани­ца пятна - ниже угла рта на 1,5 см. Около 2 лет назад больной лечился по поводу перелома нижней челюсти слева.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Имеет ли значение для составления плана лечения предыдущий перелом нижней челюсти слева?

**Задача 6.** У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога IIIстепени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина де­фекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
3. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

**Задача 7.** Больному, 18 лет, в раннем детском возрасте производилась опера­ция по поводу устранения полной левосторонней расщелины верхней губы. В настоящее время отмечается деформация верхней губы слева за счет рубцово измененной ткани. Имеется укорочение и уплощение верх­ней губы. Нижняя губа выдвинута вперед, образуя характерный для этих больных «совок». Крыло носа слева плоской формы, лишено своей есте­ственной кривизны со смещением основания в левую сторону и кзади. Основание перегородки носа смещено вправо.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция производилась в раннем детском возрасте?
3. В каком возрасте выполняются такие операции?

**Задача 8.** Больная, 17 лет, в детском возрасте оперировалась по поводу двух­сторонней полной расщелины верхней губы. При осмотре на верхней губе отмечаются множественные рубцы, верхняя губа значительно уплощена. Выраженной асимметрии нет, однако форма нарушена. Основания кры­льев носа симметрично смещены в сторону и кзади, широки, перегородка носа укорочена, раздвоенный кончик носа подтянут к верхней губе, спин­ка носа имеет дугообразную форму.

1. Составьте план лечения.
2. Какие изменения происходят с челюстными костями и почему?
3. Назовите причины возникновения деформаций, возникающих после операций на верхней губе.

**Задача 9.** У больного, 44 лет, имеется небольшой дефект в области твердого неба, размером 0,5 см. Дефект возник в результате травмы неба твердым предметом около 10 суток назад.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какие особенности хирургического лечения дефектов в области твердого неба, размером более 0,5 см?

**Задача 10.** Больной, 43 лет, жалуется на наличие сообщения полости рта с полостью носа, попадание жидкой пищи в носовую полость. Трое суток назад при удалении зуба 26 возникло сообщение из полости рта через лунку удаленного щечного корня зуба 26 с верхнечелюстной пазухой слева, лунка без грануляций, не эпителизирована, без видимых признаков воспаления. Отделяемого из верхнечелюстной пазухи слева не отмечается. При рентгенологическом исследовании верхнечелюстных пазух явлений гайморита и остатков корней зуба 26 не выявляется.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Каковы показания для данного метода лечения?
4. Имеются ли ограничения в сроках проведения лечения?

**Задача 11.** У больного, 22 лет, имеется деформация в области нижнего правого века, развившаяся после ожога. Отмечается рубцовая деформация правого века, выворот его, беспокоит обильное слезотечение, особенно на ветру, что может приводить к высыханию роговицы и возникновению кератита. Обнажена значительная часть конъюктивы, но нижний свод конъюктивальной полости не обнажен.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какой фактор оказывает значительное влияние на выбор метода лечения?

**Задача 12.** У больного, 18 лет, в результате ожога кипятком возникла рубцовая деформация в области нижней зоны щечной области и шеи слева. Рубцово измененная ткань шеи имеет вертикальное направление, ограничивающее движения головы. Подбородок значительно опущен и приведен к грудине. Определяется рубцовая контрактура шеи слева.

1. В каких направлениях учитывается недостаток кожи на шее?
2. Составьте план обследования и лечения.

**Задача 13.** Больной, 42 лет, поступил в клинику на 18-е сутки после электро­травмы тканей нижней зоны щечной области справа. Имеется дефект тка­ней приротовой области справа до кости. Ткани покрыты серо-грязным налетом, отмечается значительный отек. Обнаженная поверхность тела нижней челюсти справа на протяжении 8,0 см местами обуглена. Частично нарушена функция мимической и жевательной мускулатуры справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Какие дополнительные мероприятия проводятся в послеоперационном периоде?
4. Возможны ли в последующем другие оперативные вмешательства?

**Задача 14.** Больной, 25 лет, доставлен в челюстно-лицевое отделение на 6-е сутки после травмы. Имеется обширная рана нижнего отдела щечной об­ласти справа, дефект нижней губы, тканей подбородочной области и фронтального отдела нижней челюсти. Вокруг раны и линии швов (наложенных через 12 часов после травмы) правой щечной области отме­чается значительный отек и обильное гнойное отделяемое между швами. Определяется дефект в области нижней челюсти от зуба 43 до зуба 34 и разрыв сли­зистой оболочки этой области. Оставшиеся открытыми поверхности ран подподбородочной области и дна полости рта покрыты серо-грязным нале­том, отмечается зловонный запах. Температура тела 38,5°С.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

**Задача 15.** Больной, 45 лет, поступил на плановую операцию по поводу врож­денной деформации носа. У пациента определяется расщелина в области носа, сопровождающаяся уплощением средней зоны лица, обращает на себя внимание большой лоб и далеко расставленные суженные глазные щели.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какие индивидуальные особенности пациента необходимо учитывать при планировании операции?
3. Одномоментно или в несколько этапов возможно проведение данного лечения?

**Задача 16.** Пациент, 45 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии с желанием исправить форму ушных раковин, придать им нормальные раз­меры. У больного имеется врожденная деформация ушных раковин, вы­ражающаяся в непропорциональном увеличении верхней их части.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Какие показания для данной операции?

**Задача 17.** У больной, 37 лет, имеется дефект в области левой брови, возникший после глубокого ожога. В области левого надбровья и в лобной области слева имеется выраженная послеожоговая рубцовая деформация, идущая к височной области слева. Волосяной покров в проекции левой брови пол­ностью отсутствует. Ткани верхнего века не повреждены. Функция глаз­ного яблока сохранена.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какой вид пластической операции показан в данном случае?
3. Что предшествует данной операции?

**Задача 18.** У больного, 49 лет, имеются грубые, плоские рубцы в проекции зубов 43, 42, 41, 31, 32, 33, образовавшиеся на месте повреждения слизистой оболочки сво­да преддверия полости рта, возникшие в результате химического ожога. Эти тяжи обуславливают функциональные нарушения, выражающиеся в затруднении разжевывания пищи, ограничении открывания рта, невоз­можности изготовить полный съемный протез на нижнюю челюсть. У больного полная вторичная адентия нижней челюсти.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции по методу А.А. Лимберга.

Практическое занятие №3

Тема: Пластика лоскутами на питающей ножке.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, прием практического навыка).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Показания к применению метода пластики лоскута на питающей ножке при проведении местно-пластических операций.
2. Типы лоскутов на питающей ножке (лоскут на одной питающей ножке, на двух питающих ножках, опрокидывающийся лоскут, артериаризированныйлоскут, удвоенный лоскут).
3. Пластика лоскутами на ножке для закрытия дефектов губ, щек и других отделов лица.

**Тестовые задания:**

1. Методом пластики по А.А. Лимбергу называется перемещение

1) лоскутов на питающей ножке

2) встречных треугольных лоскутов

3) круглого стебельчатого лоскута

4) лоскута на сосудистом анастомозе

5) свободного кожного лоскута

2. Определите оптимальный пластический материал для возмещения изъяна на лбу:

1) дермато-жировой лоскут со стопы с использованием микрохирургической техники

2) свободная пересадка расщепленной кожи

3) свободная пересадка кожи в полную толщу

4) использование консервированного кожного аллотрансплантата

5) свободная пересадка дермо-жирового лоскута

3. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

4. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

5. Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:

1) на питающей ножке

2) встречных треугольных

3) круглого стебельчатого

4) на сосудистом анастомозе

5) свободная пересадка

6. При выкраивании лоскута на ножке отношение его ширины к длине должно быть:

1) 1:3 2) 1:4 3) 1:5 4) 1:8 5) 2:3

7. При местнопластических операциях производят:

1) перемещение лоскутов на ножке из тканей непосредственно прилежащих к дефекту

2) перемещение лоскутов на ножке из тканей, близких к дефекту

3) перемещение сложных лоскутов на питающей ножке

4) свободная пересадка кожных лоскутов

5) перемещение «островковых» лоскутов

8. При наличии укороченных рубцов, изъянов кожи или слизистой оболочки, если сохранилось около них достаточное количество неповрежденных тканей, какой вид пластики целесообразно применить:

1) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

2) пересадка лоскута на ножке из отдаленных участков тела

3) местнопластические операции

4) свободная пересадка расщепленного кожного трансплантата

5) свободная пересадка полнослойного кожного трансплантата

9. Перемещение фигур встречных треугольных лоскутов относится к операциям:

1) свободная пересадка кожных трансплантатов

2) местнопластическим

3) пересадка лоскута на ножке из тканей, близких к изъяну

4) пересадка лоскута на сосудистой ножке

5) свободная пересадка сложных васкуляризированных лоскутов

10. При перемещении фигур встречных треугольных лоскутов первый шов накладывается на:

1) дно раневой поверхности

2) подкожную клетчатку раневой поверхности лоскута

3) вершину лоскута

4) край раневой поверхности

5) не имеет значения

11. Кто из ученых разработал пластику встречными треугольными лоскутами?

1) В.М. Хитров 2) А.А. Лимберг 3) Н.М. Михельсон

4) А.Э. Рауэр 5) А.И. Евдокимов

12. У больного имеется наружный слюнной свищ в околоушной области. Осмотрев больного, врач пришел к заключению, что необходимо провести пластику встречными треугольниками для закры­тия наружного свища. По каким показаниям, в данном случае, выполняется эта операция — плас­тика встречными треугольными лоскутами?

1) для встречного обмена тканей

2) для удлинения ткани в направлении среднего разреза

3) для замещения дефекта кожи

13. У больного проведено удаление опухоли кожи размером 2х2 см. Завершил операцию врач путем перемещения кожных встречных треугольных лоскутов. По каким показаниям, в данном случае, выполнена эта операция?

1) для встречного обмена тканей

2) для удлинения ткани в направлении среднего разреза

3) для замещения дефекта кожи

14. У больного имеется рубцовый выворот нижнего века. Врач проводит пластику симметричными встречными треугольными лоскутами с углами в 30°. Укажите какой произойдет прирост тканей в отношении длины срединного размера?

1) на 25% 2) на 50% 3) на 75% 4) на 100%

15. какое максимальное соотношение длины к ширине может быть у артериализованного лоскута?

1) 2:1 2) 3:1 3) 4:1 4) 6:1 5) 7:1

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции по методу пластики лоскута на питающей ножке.

Практическое занятие №4

Тема: Устранение дефектов и деформаций челюстно-лицевой области тканями круглого стебельчатого лоскута Филатова. Осложнения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем.
2. Выбор места для формирования стебля Филатова.
3. Техника операции. Этапы пластики филатовским стеблем.
4. Послеоперационный уход, «тренировка» и перемещение ножек стебля.
5. Формирование стебля с одновременной пересадкой одной его ножки.
6. Ошибки и их осложнения, их предупреждение и устранение.
7. Ринопластика филатовским стеблем по методу Ф.М. Хитрова.

**Тестовые задания:**

1. При формировании лоскута Филатова отношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть:

1) 1:1 2) 1:2 3) 1:3 4) 1:4 5) 1:5

2. Использованием какого материала можно достичь углубления преддверия рта:

1) филатовским стеблем 2) дельто-пекторальным лоскутом

3) кожно-жировым лоскутом 4) пересадкой кожи в полную толщу

5) расщепленным кожным лоскутом

3. Круглый стебельчатый лоскут, одномоментно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта, называется:

1) острым 2) шагающим 3) ускоренным

4) классическим 5) сквозным

4. Круглый стебельчатый лоскут, одномоментно формирующийся и подшивающийся на предплечье, называется:

1) острым 2) шагающим 3) ускоренным

4) классическим 5) сквозным

5. Круглый стебельчатый лоскут, формируемый и поэтапно переносимый к месту дефекта, называется:

1) острым 2) шагающим 3) ускоренным

4) классическим 5) сквозным

6. Круглый стебельчатый лоскут, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется:

1) острым 2) шагающим 3) ускоренным

4) классическим 5) сквозным

7. При формировании лоскута Филатова отношение ширины к длине кожно-жировой ленты должно быть:

1) 1:1 2) 1:2 3) 1:3 4) 1:4 5) 1:5

8. Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного круглого стебельчатого лоскута:

1) предплечье 2) внутренняя поверхность плеча

3) внутренняя поверхность бедра 4) передне - боковая поверхность живота

5) передняя поверхность груди

9. Участок поверхности тела для формирования острого круглого стебельчатого лоскута:

1) предплечье 2) внутренняя поверхность плеча

3) внутренняя поверхность бедра 4) передне - боковая поверхность живота

5) передняя поверхность груди

10. При устранении дефекта тканей круглым стебельчатым лоскутом первой восстанавливается чувствительность:

1) болевая 2) тактильная 3) температурная

4) сенсорная 5) вкусовая

11. Как называется кожный лоскут, состоящих из двух однослойных лоскутов, сложенных и сращен­ных между собой раневыми поверхностями?

1) однослойным 2) удвоенным 3) мостовидным

4) артериализованным 5) комбинированным

12. В сформированном круглостебельчатом лоску­те Филатова вначале восстанавливается:

1) тактильная чувствительность

2) температурная чувствительность

3) болевая чувствительность

4) все виды чувствительности восстанавливаются одно­временно

13. Через какой срок после формирования стебля лучше всего проводить миграцию круглостебельчатого лоскута Филатова?

1) через 30-45 дней 2) через 1-2 недели 3) через 2-3 недели

4) через 3-4 месяца 5) через 1-2 года

14. Больному 30 дней назад был сформирован круглостебельчатый лоскут. В настоящее время ему проведена проба на определение состояния кровоснабжения через оставшуюся ножку путем перетягивания основания ножки, предназначенной для отсечения, тонким резиновым жгутом. Какой результат этой пробы необходим, чтобы считать стебель подготовленным к миграции?

1) стебель в течение 10 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет

2) стебель в течение 20 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет

3) стебель в течение 40 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет

4) стебель в течение 60 минут после пережатия не меняется в цвете и не холодеет

15. Больному проведена миграция одной ножки круглостебельчатого лоскута. Через какой срок после пересадки первой ножки и ее тренировки, при условии надежного вживления первой ножки на новом месте, следует осуществлять миграцию второй ножки?

1) через 2 недели 2) через 4 недели 3) через 6 недель

4) через 12 недель 5) через 24 недели

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции с помощью тканей круглого стебельчатого лоскута Филатова.

Практическое занятие №5

Тема: Свободная кожная пластика. Пересадка хряща, фасций, слизистой оболочки, жировой ткани. Преимущества и недостатки свободных трансплантатов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Возможности применения ауто-, алло- и имплантации (эксплантации) в различных тканях челюстно-лицевой области.
2. Исторические данные о пересадке кожи.
3. Виды свободных кожных трансплантатов.
4. Показания к свободной пересадке кожи. Техника операции.
5. Пластика расщепленным кожным лоскутом.
6. Недостатки и преимущества тонких кожных лоскутов и лоскутов во всю толщу.
7. Контурная пластика хрящом.
8. Свободная пересадка фасций, слизистой оболочки, жировой ткани.

**Тестовые задания:**

1. Свободной пересадкой кожи называется:

1) перенос кожи стебельчатого лоскута

2) пересадка кожного аутотрансплантата

3) перемещение кожного лоскута на ножке

4) перемещение кожного лоскута на микроанастомозе

5) деэпидермизация

2. Период приживления свободного трансплантата состоит из следующих последовательных фаз:

1) плазматическое питание – собственная реваскуляризация – адаптация

2) адаптация – плазматическое питание – реваскуляризация

3) реваскуляризация – адаптация

4) плазматическое питание – реваскуляризация

5) прорастанное новообразование сосудов ложа в трансплантат – возникновение анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

3. Реваскуляризация свободных трансплантатов при их пересадке осуществляется за счет:

1) прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат, образование анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

2) непосредственного присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

3) прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

4) прорастания новообразованных сосудов в трансплантат, непосредственного присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

5) плазматического питания, прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

4. За счет чего осуществляется «питание» свободного трансплантата в первые сутки после его пересадки:

1) циркуляция тканевой жидкости из почвы и запаса питательных веществ в трансплантате

2) запаса питательных веществ в трансплантате, прорастания новообразованных сосудов ложа в трансплантат

3) запаса питательных веществ в трансплантат, образования анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

4) циркуляция тканевой жидкости из почвы и присоединения капилляров ложа к сосудам трансплантата

5) циркуляция тканевой жидкости из почвы и образования анастомозов между сосудами трансплантата и ложа

5. При пересадке свободных кожных трансплантатов, подшивание их к раневой поверхности нужно производить в направлении от:

1) края трансплантата к краю раневой поверхности

2) края раневой поверхности к трансплантату

3) дна раневой поверхности к раневой поверхности трансплантата

4) раневой поверхности трансплантата к дну ложа

5) не имеет принципиального значения

6. В каких из перечисленных областей целесообразно производить забор полнослойного кожного трансплантата при пересадке его на лицо:

1) область живота и спины

2) околоушножевательная область, заушная, наружная поверхность плеча

3) область шеи, боковой поверхности грудной клетки

4) заушная область, надкостничная и подключичная, внутренняя поверхность плеча

5) наружная и внутренняя поверхности бедра и плеча, надключичная

7. Приживление свободного кожного трансплантата определяют:

1) толщина лоскута, его размеры, характер раневой поверхности, техника операции, повязка

2) размеры лоскута, васкуляризация раневой поверхности, повязка

3) толщина лоскута, характер раневой поверхности, техника операции, повязка

4) характер раневой поверхности, техника операции, повязка

5) толщина лоскута, характер раневой поверхности, техника операции

8. К свободным сложным трансплантатам относятся:

1) кожно- хрящевой, слизисто-хрящевой, дермо-жировой

2) хрящевой, кожно-мышечный васкуляризированный, кожно-мышечно-костный

3) кожно-жировой на ножке, кожно-мышечный-костный на ножке, слизисто-мышечный

4) костно-хрящевой, кожный, кожно-мышечный на сосудистой ножке

5) кожно-слизисто-мышечный на ножке, кожно-хрящевой, кожно-жировой и волосяной на сосудистой ножке

9. Какой из перечисленных способов является оптимальным для устранения сквозного изъяна хрящевого отдела носа размером от 7 до 35 мм по свободному краю с изъяном кожи вокруг:

1) сложный трансплантат из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи

2) операция Суслова

3) лоскут с носогубной борозды

4) лоскут со лба

5) местно-пластическая операция

10. Какая область является оптимальной для забора свободного кожного трансплантата при пересадке его на область век:

1) внутренняя поверхность плеча 2) живот

3) боковая поверхность грудной клетки 4) шея заушная область

5) заушная область

11. Какой лоскут называется опрокидывающимся?

1) при соотношении длины к ширине равной 3:1

2) имеющий своим основание край дефекта и поворачивающийся примерно на 180° внутрь

3) лоскут в толще которого находятся магистральные сосуды

12. Толщина кожи челюстно-лицевой области в среднем равна

1) 0,5 мм 2) 1 мм 3) 2 мм 4) 3 мм 5) 4 мм

13. Какие кожные лоскуты используются для свободной пересадки кожи в челюстно-лицевой области

1) расщепленные 2) полнослойные 3) расщепленные и полнослойные

4) частичные и полные 5) частичные

14. У больного 2 недели назад была вскрыта флег­мона орбиты в области верхнего и нижнего века. В настоящее время у него имеется некроз кожных покровов периорбитальной области со стороны поражения и возникла обширная гранулирующая рана этой области. Какой план лечения — закрытия данной гранулирующей раны?

1) путем формирования круглостебельчатого лоскута

2) путем проведения местнопластических операций (лоскутом на ножке)

3) за счет свободной пересадки среднего или толстого расщепленного кожного лоскута

за счет свободной пересадки полнослойного лоскута

15. Какой из саженцев (трансплантатов), исполь­зуемых для свободной пересадки кожи, наиболее чувствителен к неблагоприятным условиям, кото­рые могут возникать при ее пересадке?

1) тонкий расщепленный кожный лоскут 2) средний расщепленный кожный лоскут

3) толстый расщепленный кожный лоскут 4) полнослойный кожный лоскут

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции с помощью свободной кожной пластики.

Практическое занятие №6

Тема: Свободная пересадка комбинированных трансплантатов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Показания к использованию комбинированных трансплантатов.
2. Свободная пересадка комбинированных трансплантатов.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Понятие о свободной пересадке комбинированных трансплантатов.
2. Показания к использованию комбинированных трансплантатов.
3. Противопоказания к использованию комбинированных трансплантатов.

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции с помощью свободной пересадки комбинированных трансплантатов.

**Модуль 2**. **Восстановительная хирургия при дефектах и деформациях костей лицевого скелета**

Практическое занятие №7

Тема: Костная пластика челюстных костей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей.
2. Способы фиксации пересаженных трансплантатов.
3. Аутопластика нижней челюсти.
4. Аллопластика нижней челюсти. Материалы для аллопластики нижней челюсти.
5. Замещение дефектов нижней челюсти реконструктивными титановыми пластинами.

**Тестовые задания:**

1. Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:

1) периостита 2) секвестрэктомии 3) постлучевой некрэктомии

4) склерозирующей терапии 5) удаления доброкачественных опухолей

2. Что обозначает термин аутотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами одного вида

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация между организмами разных видов

5) трансплантация небиологического субстрата

3. Что обозначает термин аллотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

3) трансплантация между организмами разных видов

4) трансплантация небиологического субстрата

5) трансплантация между организмами одного вида

4. Что обозначает термин эксплантация:

1) трансплантация небиологического субстрата

2) трансплантация ткани и небиологического субстрата

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация в пределах одного организма

5) трансплантация между организмами одного вида

5. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ключицы 2) костей стопы 3) бедренной кости

4) гребешка подвздошной кости 5) плечевой кости

6. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ребра 2) ключицы 3) костей стопы

4) бедренной кости 5) плечевой кости

7. Аутотрасплантат – это материал, взятый у:

1) пациента 2) животного 3) другого индивида

4) однояйцевого близнеца 5) близких родственников

8. После костной пластики челюстей назначают остеотропный антибиотик:

1) пенициллин 2) олететрин 3) линкомицин

4) тетрациклин 5) эритромицин

9. Какой остеотрансплантат и вид пластики является оптимальным для возмещения изъяна нижней челюсти у больного хроническим алкоголизмом:

1) ортодонтический аллотранмплантат в накладку

2) аутотрансплантат в условиях одномоментной остеопластики

3) составной трансплантат в распорку

4) аутотрансплантат с биологической подготовкой в распорку

5) аутотрансплантат с биологической подготовкой в накладку

10. Определите показание для остеопластики нижней челюсти:

1) оскольчатый перелом нижней челюсти с образованием изъяна в 16мм

2) неправильно сросшиеся отломки нижней челюсти с образованием изъяна в 18мм

3) ложный сустав с образованием изъяна в 12мм

4) хронический алкоголизм, неправильно сросшиеся отломки с образованием изъяна в 5мм

5) хронический алкоголизм, посттравматический остеомиелит нижней челюсти с образованием изъяна в 25мм в области альвеолярной части

11. Как называется пересадка собственных тканей у человека?

1) аутотрансплантация 2) аллотрансплантация

3) гетерогенная трансплантация 4) имплантация

12. Как называется пересадка ткани (кости, хряща или др.) от одного человека другому?

1) аутотрансплантация 2) аллотрансплантация

3) гетерогенная трансплантация 4) имплантация

13. Как называется вживление в ткани чуждых орга­низму материалов?

1) аутотрансплантация 2) аллотрансплантация

3) гетерогенная трансплантация 4) имплантация

14. Пациенту была проведена первичная костная пластика, т.е.:

1) дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования)

2) дефект замещен через 2 месяца после образования изъяна

3) дефект замещен через 4 месяца после образования изъяна

4) дефект замещен через 6 месяца после образования изъяна

5) дефект замещен через 12 месяца после образования изъяна

15. Для контурной пластики не используется:

1) кость 2) хрящ 3) деэпидермизированная кожа

4) жировая клетчатка 5) фасция 6) высокомолекулярные соединения

7) титановые имплантаты 8) мышцы

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огне­стрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпи­тале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открыва­ние рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см в области отсутствующих зубов 46, 45. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план обследования и лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

**Задача 2.** Больной, 40 лет, была произведена операция удаления амелобластомы нижней челюсти слева путем резекции нижней челюсти с экзартикуляцией на протяжении до зуба 35. Произведена одномоментная первичная кост­ная пластика ортотопическим лиофилизированным гомотрансплантатом нижней челюсти. Больной до операции были наложены бимаксилярные шины с зацепными петлями. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Функциональный и косметический эффекты через два месяца оценивались как хорошие.

1. Чем объясняется выбор ортотопического гомотрансплантата?

**Задача 3.** Больному, 40 лет, пять лет назад произведена операция по поводу удаления злокачественной опухоли альвеолярного отростка нижней че­люсти справа в области 43 с окружаяющими мягкими и костной тканями. Больному проводилась лучевая терапия. В результате проведенного лече­ния образовался сквозной дефект правой щечной области и нижней че­люсти справа на протяжении 5,0 см. Края дефекта ровные. Открывание рта свободное. Так как дефект сквозной, для предстоящей костной пла­стики нижней челюсти необходимо было создать мягкотканное ложе для костного трансплантата. Для этого использовалась пластика филатовским стеблем.

1. Какое дообследование необходимо провести до костно-пластической операции?
2. Что необходимо выяснить из анамнеза?
3. Какой вид костного трансплантата предпочтителен для пластики дефекта нижней челюсти?
4. Особенности ухода и питания больного?

**Задача 4.** Больному, 35 лет, изготовлен пластмассовый съемный протез на нижнюю челюсть, однако пользоваться им больной не смог. При обследовании отмечается наличие ложного сустава в области угла нижней челюсти справа. В анамнезе – полгода назад перелом нижней челюсти справа в области угла.

1. Составьте план обследования больного.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больному, 35 лет, десять лет назад была произведена операция удаления опухоли в области нижней челюсти слева, после которой остался дефект нижней челюсти в области ее тела слева. Фрагменты сместились по направления друг к друг, подвижны. Костная пластика не проводилась, так как больной страдал заболеванием желудочно-кишечного тракта. Лечился у гастроэнтеролога. В настоящее время обратился с просьбой произвести костно-пластическую операцию в области нижней челюсти слева.

1. Составьте план дополнительного обследования и лечения.
2. Укажите особенности ухода и питания больных в послеоперационном периоде?

**Задача 6.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с целью дальнейшего лечения. Из анамнеза выяснено, что пять лет назад была произведена радикальная операция по поводу удаления злокачественной опухоли в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Дефект мягких тканей щечной области справа был закрыт филатовским стеблем.

1. Какие сведения из анамнеза необходимо уточнить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести?
3. От чего зависит план лечения?
4. Какие противопоказания существуют для костно-пластических операций?

**Задача 7.** Больной, 19 лет, обратился с жалобами на деформацию нижнего отдела лица после перенесенного в детстве остеомиелита тела нижней челюсти справа. При осмотре отмечается недоразвитие нижней челюсти справа. Подбородок смещен вправо от средней линии. Прикус перекрестный.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
2. Составьте план лечения.
3. Как определить, показана ли здесь остеотомия в сочетании с костной пластикой нижней челюсти?

**Задача 8.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больного был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксилярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больной сам снял их через 12 дней. Отмечает затруднения при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани в пределах 0,5 см, ложный сустав.

1. Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти?
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Какие вам известны методики закрепления костного трансплантата в области дефекта нижней челюсти?
4. Какие требования необходимо выполнить для успешного исхода костно-пластической операции?

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции костной пластики челюстных костей.

Практическое занятие №8

Тема: Лоскуты на микрососудистом анастомозе, применяемые в челюстно-лицевой хирургии. Показания, противопоказания.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этапы хирургической операции с использованием микрососудистых анастомозов.
2. Шовный материал для микрохирургических операций.
3. Показания к использованию микрососудистых свободных трасплантатов.

**Тестовые задания:**

1. Какой из перечисленных изъянов носа можно устранить операцией Суслова:

1) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю от 0,7 до 3,5см

2) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю свыше 3,5см

3) тотальный изъян хрящевого отдела носа

4) несквозной изъян хрящевого отдела носа

5) сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю не более 0,7мм

2. Каким из выше перечисленных способов можно устранить сквозной изъян хрящевого отдела носа размером по свободному краю не более 7мм:

1) местнопластическая операция 2) операция Суслова

3) лоскутом с носогубной борозды 4) лоскутом со лба

5) свободная пересадка кожи

3. Ринопластику филатовским стеблем целесообразно применить при:

1) тотальных изъянах носа и частичных сквозных изъянах хрящевого отдела носа по свободному краю свыше 4,5см

2) сквозных частичных изъянах крыльев носа 3) изъяны кончика носа

4) изъяны кожи носа 5) несквозные изъяны носа

4. Что обозначает термин изотрансплантация:

1) трансплантация в пределах одного организма

2) трансплантация между организмами одного вида

3) трансплантация между организмами, идентичными в генетическом отношении

4) трансплантация между организмами разных видов

5) трансплантация небиологического субстрата

5. К свободным сложным трансплантатам относятся:

1) кожно-хрящевой, слизисто-хрящевой, дермо-жировой

2) хрящевой, кожно-мышечный васкуляризированный, кожно-мышечно-костный

3) кожно-жировой на ножке, кожно-мышечный-костный на ножке, слизисто-мышечный

4) костно-хрящевой, кожный, кожно-мышечный на сосудистой ножке

5) кожно-слизисто-мышечный на ножке, кожно-хрящевой, кожно-жировой и волосяной на сосудистой ножке

6. Какой из перечисленных способов является оптимальным для устранения сквозного изъяна хрящевого отдела носа размером от 7 до 35 мм по свободному краю с изъяном кожи вокруг:

1) сложный трансплантат из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи

2) операция Суслова 3) лоскут с носогубной борозды

4) лоскут со лба 5) местно-пластическая операция

7. Что означает термин «свободная пересадка кожного трансплантата»:

1) пересадка трансплантата, состоящего из тканей различного зародышевого происхождения

2) пересадка трансплантата на ножке

3) пересадка аллогенного трансплантата

4) пересадка тканей небиологического субстрата

5) пересадка аллогенного трансплантата с аутогенным

8. Показания для пересадки сложного трансплантата из ушной раковины:

1) частичные сквозные изъяны хрящевого отдела носа и ушных раковин

2) изъяны кожи носа 3) изъяны слизистой носа

4) изъяны перегородки носа 5) несквозные изъяны носа

9. В каких случаях производится пересадка сложного трансплантата из ушной раковины вместе с дополнительным участком кожи:

1) частичный сквозной изъян хрящевого отдела носа, сочетающийся с изъяном кожи вокруг

2) несквозные изъяны носа

3) изъяны кожи и хряща без повреждения слизистой носа

4) изъяны перегородки носа

5) изъяны кончика носа

10. Каким способом можно устранить изъян кожи носа:

1) местнопластическими операциями

2) местнопластическим операциями и свободной пересадкой кожного трансплантата

3) лоскутом на ножке со лба

4) сложным трансплантатом из ушной раковины

5) лоскутом с носогубной борозды

11. В каком случае трансплантант называют комби­нированным?

1) если он фигурно вырезается 2) если он состоит из разнородных тканей

3) если хрящ покрыт надхрящницей 4) если кость покрыта надкостницей

12. Типичным примером комбинированной транс­плантации является:

1) подсадка хряща при седловидной деформации носа

2) свободная пересадка части ушной раковины в дефект крыла носа

3) остеопластика нижней челюсти титановым имплан­тантом

4) устранение деформации путем применения деэпи- дермизированного кожного лоскута

13. У больного имеется деформация костного отдела носа (седловидный нос). Каким пластичес­ким материалом (трансплантатом) следует устра­нить эту деформацию?

1) костью 2) хрящом 3) деэпидермизированной кожей

4) жировой клетчаткой 5) фасцией

14. Больному была проведена вторичная костная пластика, т.е.:

1) дефект замещен сразу после ранения или удаления опухоли (другого образования)

2) дефект замещен через определенный срок после образования дефекта

15. Пациенту в возрасте 10 лет при дефекте ветви нижней челюсти и мыщелкового отростка врач ре­комендует проводить артроостеопластику. Вызо­вет ли это оперативное вмешательство, прове­денное в детском возрасте, замедление роста челюсти на стороне операции и ее деформацию?

1) нет, не вызовет

2) маловероятно, что возникнет деформация

3) вызывает замедление роста челюсти и ее дефор­мацию

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование операции с помощью лоскутов на микрососудистом анастомозе.

Практическое занятие №9

Тема: Хирургическое лечение аномалий и деформаций челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация основных видов аномалий и деформаций челюстей.
2. Планирование лечения с учетом I, II и III скелетного класса.
3. Предоперационное обследование и подготовка при планировании комплексного лечения.
4. Виды дистракционных аппаратов.
5. Показания к дистракционному методу лечения больных с дефектами челюстей.
6. Сроки активации и продолжительность дистракционного метода лечения.

**Тестовые задания:**

1. Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

2. Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

3. Нижняя треть лица у больных с нижней ретрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

4. Средняя треть лица у больных с верхней микрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

5. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

6. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

7. Основные жалобы при нижней макрогнатии:

1) увеличение языка

2) косметический дефект, невнятная речь

3) увеличение языка, затрудненное жевание

4) косметический дефект, затрудненное жевание

5) косметический дефект, затрудненное откусывание

8. Причина развития рецидива при любом виде остеотомии нижней челюсти:

1) термическая травма кости

2) послеоперационная гематома

3) травма сосудисто-нервного пучка

4) повреждение надкостницы

5) технические погрешности при перемещении фрагментов

9. Нижнюю ретрогнатию устраняют остеотомией ветвей нижней челюсти с одномоментной:

1) костной пластикой 2) пересадкой фасции 3) приживлением мышцы

4) пересадкой кожного лоскута 5) контурной пластикой

10. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают:

1) криотерапию 2) физиотерапию 3) химиотерапию

4) дезинтоксикационную терапию 5) противовоспалительную терапию

11. Височно-нижнечелюстной сустав — это парное сочленение, образованное нижнечелюстной и:

1) теменными костями 2) височными костями 3) затылочной костью

4) верхнечелюстными костями 5) лобной костью 6) клиновидной костью

12. Какой формы суставная головка мыщелкового отростка нижней челюсти?:

1) круглой 2) эллипсоидной 3) плоской

4) шаровидной 5) конусовидной

13. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кос­ти отграничивается спереди:

1) передним краем каменисто-барабанной щели 2) суставной ямкой

3) суставным бугорком 4) скуловым отростком

14. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости отграничивается сзади:

1) передним краем каменисто-барабанной щели 2) суставной ямкой

3) суставным бугорком 4) скуловым отростком

15. Контрактура – это:

1) стойкое ограничение движения в суставе

2) отсутствие движения в суставе

3) периодически появляющаяся боль и ограничение движения в суставе

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 19 лет, поступил в клинику с жалобами на деформацию лица вследствие резкого выступания нижней челюсти вперед, отсутствие смыкания передних зубов, невозможность откусывания пищи. Увеличение челюсти отмечается с 11-летнего возраста и с возрастом прогрессировало. К врачам не обращался. При обследовании выявляется выраженное удли­нение нижней трети лица. Нижнечелюстные углы развернуты и составля­ют около 140°. Саггитальная щель между зубами 10 мм. Контакт зубов в области моляров. Верхняя губа кажется укороченной и недоразвитой от зияния ротовой щели. Губы вялые, смыкаются с напряжением. Рот посто­янно полуоткрыт.

1. Для какого диагноза характерна данная клиническая картина?
2. Варианты хирургического лечения?

**Задача 2.** Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусы­вании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произно­шение губных звуков затруднено.

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Какие варианты оперативного лечения?

**Задача 3.** У больной, 18 лет, после перенесенного остеомиелита правой ветви нижней челюсти слева в раннем детском возрасте отмечается правосто­роннее недоразвитие нижней челюсти.

1. О каком виде деформации идет речь? Опишите клиническую картину.
2. Опишите рентгенологическую картину.

**Задача 4.** Больному, 21 года, по поводу левостороннего недоразвития нижней челюсти планируется оперативное вмешательство на ветви нижней челюс­ти слева.

1. Составьте план предоперационных мероприятий.
2. Укажите возможные методы операции.

**Задача 5.** Больному, 24 лет, с симметричным недоразвитием нижней челюсти и адаптированным прикусом планируется контурная пластика подбородоч­ного отдела нижней челюсти.

* 1. Определите показания и методику операции.

**Задача 6.** Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на отсутствие смыкания фронтальных зубов, невозможность откусывания пищи, на выступание нижней челюсти вперед. Деформацию нижнего отдела лица от­мечает с 13-летнего возраста, которая с возрастом увеличилась. При осмотре отмечается резкое выступание подбородка вперед, угол нижней челюсти развернут, тупой до 140°. Прикус открытый, контактируют толь­ко моляры. Диагностируется чрезмерное развитие нижней челюсти, макрогения.

1. Какие методы обследования дополнительно необходимо произвести для решения вопроса о хирургическом лечении?
2. Какие мероприятия необходимы в дооперационном периоде?
3. Какие сроки ношения иммобилизирующих шин?

**Задача 7.** Больной, 25 лет, обратился в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица. При осмотре отмечается утолщение нижнего края нижней челюсти и подбородока, прикус адаптирован, ортогнатический. Диагностируется чрезмерное развитие тела челюсти. Лечение хирургиче­ское: остеотомия тела нижней челюсти (вертикальная или ступенчатая).

1. Нужны ли корригирующие операции?

**Задача 8.** Больная, 24 лет, обратилась в клинику с жалобами на затрудненное откусывание пищи, неясность произношения губных звуков при разгово­ре, отмечающееся с 15-летнего возраста. Лечилась у ортодонта. Больная отмечает, что в детстве любила сосать палец, язык, пустышку. При осмотре определяется неполное смыкание губ. Губы смыкаются с трудом. Прикус открытый, зубной контакт в области первых моляров. Подборо­дочная часть нижней челюсти выступает вперед. Диагностируется откры­тый прикус. Лечение хирургическое.

* 1. Какие методы обследования необходимо произвести, что необходимо выполнить для подготовки к операции?
1. Что является предпочтительнее, остеотомия ветви: межкортикальная, продольная (вертикальная, клиновидная остеотомия) или остеотомия тела нижней челюсти с удалением зубов 36, 46?

**Задача 9.** Больная, 20 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица. В детстве пациентка перенесла остеомиелит тела нижней челюсти справа. С 13 лет отмечает искривление нижнего отдела лица справа. При осмотре определяется уменьшение размеров тела ниж­ней челюсти справа. Средняя линия подбородка смещена вправо на 1,5 см. Прикус не нарушен, адаптирован, ортогнатический. Открывание рта сво­бодное.

* 1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае - остеотомия нижней челюсти или контурная пластика?

**Задача 10.** Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечи­лась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела ниж­ней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см вправо от средней линии и кзади. Прикус, перекрестный. Открывание рта свободное.

1. Укажите основной метод лечения.

**Задача 11.** Больной, 22 лет, обратился в клинику с жалобами на невозможность смыкания губ из-за выступания вперед зубов верхней челюсти. В детстве пациент неоднократно подвергался операциям по поводу удаления адено­идов, основное дыхание через рот. С 11 лет заметил нарушение прикуса. Лечился у ортодонтов. При осмотре определяется полуоткрытый рот, губы не смыкаются из-за выступания альвеолярного отростка верхней челюсти вперед, фронтальные зубы нижней челюсти режущими краями касаются слизистой оболочки твёрдого нёба. Основное лечение - хирургическое. Для перемещения альвеолярного отростка верхней челюсти кзади и нор­мализации прикуса применяется остеотомия альвеолярного отростка в области зубов 15, 25 с удалением их и перемещением костного фрагмента кзади (операция Кон-Стока) или остеотомия альвеолярного отростка верхней челюсти с перемещением кзади (операция по Г.И. Семенченко).

1. Какой метод оперативного вмешательства является методом выбора?
2. Какие методы шинирования применяются при этих операциях?

**Задача 12.** Больной, 22 лет, обратился в клинику с жалобами на западение верх­ней губы, пониженную функцию жевания. При осмотре отмечается упло­щение верхней губы. Открывание рта свободное. Определяется нарушение прикуса за счет перекрытия зубами нижней челюсти коронковых частей зубов верхней челюсти, отсутствие смыкания в области фронтальной группы зубов. Зубы 33, 43 отсутствуют. Больной в раннем детстве перенес рахит. Смена молочных зубов на постоянные происходила с задержкой сроков прорезывания. Ортодонтическому лечению не подвергался, пользовался корригирующим съемным протезом на верхнюю челюсть с двойным ря­дом зубов. Планируется хирургическое лечение с применением остеото­мии альвеолярного отростка верхней челюсти со смещением кпереди (операция по Г.И. Семенченко).

1. Какие дополнительные методы обследования и подготовки к операции необходимы перед вмешательством?
2. В каких случаях необходимо дополнительно воспользоваться пластикой тканями филатовского стебля?

Практическое занятие №10

Тема: Оперативные вмешательства при аномалиях и деформациях нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Сроки хирургических вмешательств при деформациях и аномалиях на нижней челюсти.
2. Клинические проявления и хирургические методы лечения нижней прогнатии и ретрогнатии.
3. Клинические проявления и хирургические методы лечения глубокого и открытого прикуса.
4. Особенности послеоперационного ведения больных.

**Тестовые задания:**

1. Средняя треть лица у больных с верхней ретрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

2. Средняя треть лица у больных с верхней макрогнатией:

1) уплощена 2) уменьшена 3) увеличена

4) несимметрична 5) смещена

3. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней макрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

4. Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии:

1) недоразвитие 2) смещение кзади 3) чрезмерное развитие

4) несимметричная деформация 5) сагиттальный сдвиг

5. Костные трансплантаты при остеотомии верхней челюсти за бугры вводят для:

1) жесткой фиксации

2) выдвижения челюсти вперед

3) увеличения объема средней трети лица

4) исключения смещения челюсти в исходное положение

5) остановки кровотечения

6. При симметричной нижней макрогнатии остеотомию чаще всего производят в области:

1) углов 2) 4.4, 3.4 3) ветвей 4) мыщелковых отростков 5) подбородка

7. При фрагментарной остеотомии используют шину:

1) с петлей 2) Васильева 3) шину-скобу

4) Тигерштедта 5) с распорочным изгибом

8. После остеотомии челюстей назначают стол:

1) № 1 2) № 9 3) № 15 4) трубочный 5) 2-й челюстной

9. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают:

1) криотерапию 2) химиотерапию 3) антибактериальную терапию

4) лучевую терапию 5) Букки-терапию

10. Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают:

1) ГБО-терапию 2) криотерапию 3) химиотерапию

4) лучевую терапию 5) Букки-терапию

11. Синоним прогении — это:

1) нижняя прогнатия 2) верхняя прогнатия

3) нижняя ретрогнатия 4) верхняя ретрогнатия

12. Синоним прогнатии — это:

1) нижняя прогнатия 2) верхняя прогнатия

3) нижняя ретрогнатия 4) верхняя ретрогнатия

13. Синонимом микрогении является:

1) нижняя прогнатия 2) верхняя прогнатия

3) нижняя ретрогнатия 4) верхняя ретрогнатия

14. Синонимом микрогнатии является:

1)нижняя прогнатия 2) верхняя прогнатия

3) нижняя ретрогнатия 4) верхняя ретрогнатия

15. Прогения — это:

 1) аномалия развития челюстных костей, которая харак­теризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;

2) это недоразвитие нижней челюсти;

3) аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития;

4) это недоразвитие верхней челюсти.

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование комплексного обследования.
2. Планирование комплексного лечения.

Практическое занятие №11

Тема: Оперативные вмешательства при дефектах и деформаций верхней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Сроки хирургических вмешательств при деформациях и аномалиях на верхней челюсти.
2. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней прогнатии.
3. Клинические проявления и хирургические методы лечения верхней ретрогнатии.
4. Особенности послеоперационного ведения больных.

**Тестовые задания:**

1. Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:

1) шина Ванкевич

2) гладкая шина-скоба

3) шина-скоба с распорочным изгибом

4) бимаксиллярные шины с зацепными петлями

5) шина Порта

2. Расчет смещения челюстей при их остеотомии ведут по:

1) ортопантограмме 2) телерентгенограмме

3) компьютерной томограмме 4) панорамной рентгенограмме

5) обзорной рентгенограмме костей лица

3. Непосредственное интраоперационное осложнение при остеотомии нижней челюсти:

1) слюнной свищ 2) вторичная деформация

3) ишемия тканей операционной области 4) парез маргинальной ветви n.facialis

5) повреждение нижнеальвеолярной артерии

4. При фрагментарной остеотомии нижней челюсти удаляют:

1) 4.4, 3.4 2) 4.3, 3.3 3) 4.5, 3.5 4) 4.5, 3.4 5) 1.4, 2.5

5. Для ускорения регенерации костной ткани после остеотомии челюстей назначают:

1) ГБО-терапию 2) криотерапию 3) химиотерапию

4) дезинтоксикационную терапию 5) противовоспалительную терапию

6. После остеотомии челюстей назначают остеотропный антибиотик:

1) пенициллин 2) олететрин 3) линкомицин

4) тетрациклин 5) эритромицин

7. Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является:

1) ретрогнатия

2) микрогнатия

3) несимметричная макрогнатия

4) чрезмерное развитие подбородочного отдела

5) нижнечелюстная макрогнатия

8. При фрагментарной остеотомии верхней челюсти удаляют:

1) 1.4, 2.4 2) 1.3, 2.3 3) 1.5, 2.5 4) 1.4, 2.5 5) 4.5, 3.5

9. Причина развития рецидива при любом виде остеотомии верхней челюсти:

1) термическая травма кости 2) послеоперационная гематома

3) травма сосудисто-нервного пучка 4) повреждение надкостницы

5) технические погрешности при перемещении фрагментов

10. Аутотрансплантат для проведения костной пластики челюстей берут из:

1) ключицы 2) костей стопы 3) бедренной кости

4) гребешка подвздошной кости 5) плечевой кости

11. Микрогения — это:

1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

2) это недоразвитие нижней челюсти

3) аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

4) это недоразвитие верхней челюсти

12. Прогнатия — это:

1) аномалия развития челюстных костей, которая характеризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

2) это недоразвитие нижней челюсти

3) аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

4) это недоразвитие верхней челюсти

13. Микрогнатия — это:

1) аномалия развития челюстных костей, которая харак­теризуется выступанием нижней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

2) это недоразвитие нижней челюсти

3) аномалия развития челюсти, характеризующаяся выдвинутым положением верхней челюсти вперед, вследствие ее чрезмерного развития

4) это недоразвитие верхней челюсти

14. Ложная прогения — это когда:

1) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположение зубов правильное;

2) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только фронтальные, но и боковые зубы.

15. Истинная прогения — это когда:

1) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только отдельные фронтальные зубы, а на всем протяжении обоих зубных рядов взаимное расположен зубов правильное

2) в прогеническом (обратном) прикусе находятся только фронтальные, но и боковые зубы.

**Проверка практических навыков:**

1. Анализ дефектов и планирование комплексного обследования.
2. Планирование комплексного лечения.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |
| **Решение проблемно-ситуационных** **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме (собеседование).

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка |  Критерии |
|  НЕЗАЧТЕНО | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями. |
| ЗАЧТЕНО | Выставляется за правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора.Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Особенности гистологического строения кожных покровов лица и слизистой оболочки полости рта.
2. Основные анатомические структуры кровоснабжения и иннервации челюстно-лицевой области и шеи.
3. Какие методы объективного обследования используются для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи?
4. Основные дополнительные методы обследования для диагностики дефектов и деформаций лица и шеи?
5. Физиологические особенности влияют на репаративно-регенеративный потенциал тканей челюстно-лицевой области и шеи?
6. Основные цели пластической хирургии челюстно-лицевой области.
7. Основные задачи пластической хирургии челюстно-лицевой области.
8. Основные исторические этапы развития пластической восстановительной и реконструктивной хирургии.
9. Основные разделы пластической хирургии челюстно-лицевой области в зависимости от цели.
10. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и шеи.
11. Показания для проведения восстановительных и реконструктивных операций в челюстно-лицевой области.
12. Местные противопоказания для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области.
13. Общие противопоказания для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области.
14. Группы больных с возможными типами психоневрологического статуса реакции на проведение пластических операций.
15. Основные биологические принципы пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи.
16. Основные принципы планирования пластических операций челюстно лицевой области и шеи.
17. Дополнительные методы обследования, которые могут использоваться при планировании пластических операций в области лица и шеи.
18. Основные оперативно-технические принципы восстановительных и реконструктивных операций челюстно-лицевой области и шеи.
19. На какие основные группы подразделяются пластические оперативные вмешательства в челюстно-лицевой области в зависимости от особенностей оперативно-технических приемов?
20. Дайте определение понятия «лоскут».
21. Дайте определение понятия «трансплантат».
22. Заживление вторичным натяжением.
23. Лоскут из скальпа.
24. Лоскут из щеки (шейно-лицевой лоскут).
25. Лоскут «О-Т».
26. Лоскут «O-Z».
27. Лоскут «О-Т».
28. Лоскут в виде ноты.
29. Двудольный лоскут.
30. Лобный лоскут.
31. Носогубный лоскут.
32. Осложнения после использования лоскутов. Профилактика и лечение.
33. Отсроченный лоскут.
34. Длительное растягивание тканей.
35. Быстрое интраоперационное растягивание.
36. Показания к растягиванию тканей.
37. Обычное растягивание тканей.
38. Быстрое интраоперационное раястягивание.
39. Осложнения после растягивания тканей.
40. Кожно-мышечный лоскут с большой грудной мышцы.
41. Кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
42. Нижний островковый кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
43. Верхний лоскут с трапециевидной мышцей.
44. Боковой островковый кожно-мышечный лоскут с трапециевидной мышцей.
45. Кожно-мышечный лоскут с грудино-ключично-сосцевидной мышцей.
46. Кожно-мышечный лоскут с подкожной мышцей.
47. Кожно-мышечный лоскут с широчайшей мышцей спины.
48. Лоскут из височной мышцы.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику на 5-е сутки после травмы челюстно-лицевой области острым предметом. Имеется дефект кожи щеч­ной области слева и частично подкожно-жировой клетчатки, размером 5х4,0 см. Верхний край дефекта находится на 1,5 см ниже и латеральней от медиального угла глаза.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
3. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

**Ответ к задаче 1.**

* + - 1. В связи с отсроченностью хирургической помощи и возможными воспалительными явлениями рана обрабатывается антисептиками и ведется под антисептической повязкой. По мере очищения раны возможно провести следующий этап путем перемещения встречных треугольных лоскутов (местными тканями) или путем свободной пересадки ткани (расщепленный кожный трансплантат) с внутренней поверхности плеча.
			2. При проведении восстановительной операции по поводу наличия раневого дефекта необходимо учитывать близость внутреннего угла глаза. Возможное осложнение – смещение внутреннего угла глаза вниз и увеличение глазной щели.
			3. Срок обращения больного не является противопоказанием к пластической операции, в том случае, если рана не инфицирована и нет воспалительных явлений.

**Задача 2.** Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса со­баки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0x3,0 см, откол коронок зубов 42, 31, подвижность зуба 31, отсутствие зуба 32.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние зубов 42, 41, 31, 32?

**Задача 3.** 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. Составьте план обследования и лечения.
3. Укажите вид местно-пластической операции?

**Задача 4.** У больного, 35 лет, имеется посттравматический дефект верхней и нижней губ слева, мягких тканей щечной области слева. Края дефекта рубцово изменены, плотные. Через дефект видны зубы 25, 24, 23 и альвеолярный отросток верхней челюсти этой области. Зубы 26, 25, 24, 23 неподвижны, в прикусе. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Рот открывается на 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 5.** У больного, 43 лет, имеется пигментный невус в области левой поло­вины лица. Верхняя граница пятна в подглазничной области, медиальная граница - в области левого крыла носа, латеральная граница - в проекции линии, условно проведенной через латеральный угол глаза, нижняя грани­ца пятна - ниже угла рта на 1,5 см. Около 2 лет назад больной лечился по поводу перелома нижней челюсти слева.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Имеет ли значение для составления плана лечения предыдущий перелом нижней челюсти слева?

**Задача 6.** У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога IIIстепени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы - в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина де­фекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
3. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

**Задача 7.** Больному, 18 лет, в раннем детском возрасте производилась опера­ция по поводу устранения полной левосторонней расщелины верхней губы. В настоящее время отмечается деформация верхней губы слева за счет рубцово измененной ткани. Имеется укорочение и уплощение верх­ней губы. Нижняя губа выдвинута вперед, образуя характерный для этих больных «совок». Крыло носа слева плоской формы, лишено своей есте­ственной кривизны со смещением основания в левую сторону и кзади. Основание перегородки носа смещено вправо.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция производилась в раннем детском возрасте?
3. В каком возрасте выполняются такие операции?

**Задача 8.** Больная, 17 лет, в детском возрасте оперировалась по поводу двух­сторонней полной расщелины верхней губы. При осмотре на верхней губе отмечаются множественные рубцы, верхняя губа значительно уплощена. Выраженной асимметрии нет, однако форма нарушена. Основания кры­льев носа симметрично смещены в сторону и кзади, широки, перегородка носа укорочена, раздвоенный кончик носа подтянут к верхней губе, спин­ка носа имеет дугообразную форму.

1. Составьте план лечения.
2. Какие изменения происходят с челюстными костями и почему?
3. Назовите причины возникновения деформаций, возникающих после операций на верхней губе.

**Задача 9.** У больного, 44 лет, имеется небольшой дефект в области твердого неба, размером 0,5 см. Дефект возник в результате травмы неба твердым предметом около 10 суток назад.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какие особенности хирургического лечения дефектов в области твердого неба, размером более 0,5 см?

**Задача 10.** Больной, 43 лет, жалуется на наличие сообщения полости рта с полостью носа, попадание жидкой пищи в носовую полость. Трое суток назад при удалении зуба 26 возникло сообщение из полости рта через лунку удаленного щечного корня зуба 26 с верхнечелюстной пазухой слева, лунка без грануляций, не эпителизирована, без видимых признаков воспаления. Отделяемого из верхнечелюстной пазухи слева не отмечается. При рентгенологическом исследовании верхнечелюстных пазух явлений гайморита и остатков корней зуба 26 не выявляется.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Каковы показания для данного метода лечения?
4. Имеются ли ограничения в сроках проведения лечения?

**Задача 11.** У больного, 22 лет, имеется деформация в области нижнего правого века, развившаяся после ожога. Отмечается рубцовая деформация правого века, выворот его, беспокоит обильное слезотечение, особенно на ветру, что может приводить к высыханию роговицы и возникновению кератита. Обнажена значительная часть конъюктивы, но нижний свод конъюктивальной полости не обнажен.

1. Составьте план обследования и лечения.
2. Какой фактор оказывает значительное влияние на выбор метода лечения?

**Задача 12.** У больного, 18 лет, в результате ожога кипятком возникла рубцовая деформация в области нижней зоны щечной области и шеи слева. Рубцово измененная ткань шеи имеет вертикальное направление, ограничивающее движения головы. Подбородок значительно опущен и приведен к грудине. Определяется рубцовая контрактура шеи слева.

1. В каких направлениях учитывается недостаток кожи на шее?
2. Составьте план обследования и лечения.

**Задача 13.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огне­стрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпи­тале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открыва­ние рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см в области отсутствующих зубов 46, 45. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план обследования и лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

**Задача 14.** Больной, 40 лет, была произведена операция удаления амелобластомы нижней челюсти слева путем резекции нижней челюсти с экзартикуляцией на протяжении до зуба 35. Произведена одномоментная первичная кост­ная пластика ортотопическим лиофилизированным гомотрансплантатом нижней челюсти. Больной до операции были наложены бимаксилярные шины с зацепными петлями. Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление первичным натяжением. Функциональный и косметический эффекты через два месяца оценивались как хорошие.

1. Чем объясняется выбор ортотопического гомотрансплантата?

**Задача 15.** Больному, 40 лет, пять лет назад произведена операция по поводу удаления злокачественной опухоли альвеолярного отростка нижней че­люсти справа в области 43 с окружаяющими мягкими и костной тканями. Больному проводилась лучевая терапия. В результате проведенного лече­ния образовался сквозной дефект правой щечной области и нижней че­люсти справа на протяжении 5,0 см. Края дефекта ровные. Открывание рта свободное. Так как дефект сквозной, для предстоящей костной пла­стики нижней челюсти необходимо было создать мягкотканное ложе для костного трансплантата. Для этого использовалась пластика филатовским стеблем.

1. Какое дообследование необходимо провести до костно-пластической операции?
2. Что необходимо выяснить из анамнеза?
3. Какой вид костного трансплантата предпочтителен для пластики дефекта нижней челюсти?
4. Особенности ухода и питания больного?

**Задача 16.** Больному, 35 лет, изготовлен пластмассовый съемный протез на нижнюю челюсть, однако пользоваться им больной не смог. При обследовании отмечается наличие ложного сустава в области угла нижней челюсти справа. В анамнезе – полгода назад перелом нижней челюсти справа в области угла.

1. Составьте план обследования больного.
2. Составьте план лечения.

**Задача 17.** Больному, 35 лет, десять лет назад была произведена операция удаления опухоли в области нижней челюсти слева, после которой остался дефект нижней челюсти в области ее тела слева. Фрагменты сместились по направления друг к друг, подвижны. Костная пластика не проводилась, так как больной страдал заболеванием желудочно-кишечного тракта. Лечился у гастроэнтеролога. В настоящее время обратился с просьбой произвести костно-пластическую операцию в области нижней челюсти слева.

1. Составьте план дополнительного обследования и лечения.
2. Укажите особенности ухода и питания больных в послеоперационном периоде?

**Задача 18.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с целью дальнейшего лечения. Из анамнеза выяснено, что пять лет назад была произведена радикальная операция по поводу удаления злокачественной опухоли в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Дефект мягких тканей щечной области справа был закрыт филатовским стеблем.

1. Какие сведения из анамнеза необходимо уточнить?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести?
3. От чего зависит план лечения?
4. Какие противопоказания существуют для костно-пластических операций?

**Задача 19.** Больной, 19 лет, обратился с жалобами на деформацию нижнего отдела лица после перенесенного в детстве остеомиелита тела нижней челюсти справа. При осмотре отмечается недоразвитие нижней челюсти справа. Подбородок смещен вправо от средней линии. Прикус перекрестный.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
2. Составьте план лечения.
3. Как определить, показана ли здесь остеотомия в сочетании с костной пластикой нижней челюсти?

**Задача 20.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больного был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксилярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больной сам снял их через 12 дней. Отмечает затруднения при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани в пределах 0,5 см, ложный сустав.

1. Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти?
2. Составьте план обследования и лечения.
3. Какие вам известны методики закрепления костного трансплантата в области дефекта нижней челюсти?
4. Какие требования необходимо выполнить для успешного исхода костно-пластической операции?

**Образец экзаменационного билета**

|  |
| --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИкафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургиинаправление подготовки (специальность) 31.08.74 «Стоматология хирургическая» дисциплина «Восстановительная и пластическая хирургия челюстно-лицевой области»**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**1. Основные разделы пластической хирургии челюстно-лицевой области в зависимости от цели.
2. Кожно-мышечный лоскут с грудино-ключично-сосцевидной мышцей.

 |
| Зав. кафедрой стоматологии ичелюстно-лицевой хирургиипрофессор Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации к.м.н., доцент «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. МатчинИ.В. Ткаченко |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать основные принципы, законы и категории философских знаний в их логической целостности и последовательности | Вопросы 1-49 |
| Уметь использовать основы философских знаний для оценивания и анализа различных социальных тенденций, явлений и фактов | Задачи 1-20 |
| Владеть способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать полученную информацию | Задачи 1-20 |
| 2 | ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать международную классификацию болезней | Вопросы 1-49 |
| Уметь находить у пациентов патологические состояния, синдромы заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней | Задачи 1-20 |
| Владеть методами проведения диагностических принципов по выявлению патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний | Задачи 1-20 |
| 3 | ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы | Знать правила проведения экспертизы временной нетрудоспособности | Вопросы 1-49 |
| Уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности | Задачи 1-20 |
| Владеть правилами экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности | Задачи 1-20 |
| 4 | ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи | Знать клиническую симптоматику, этиологию и патогенез основных хирургических стоматологических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение | Вопросы 1-49 |
| Уметь обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного | Задачи 1-20 |
| Владеть навыками оказания специализированной медицинской помощи стоматологическому больному | Задачи 1-20 |
| 5 | ПК-9 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении | Знать методы лекарственной, немедикаментозной терапии для реабилитации пациентов | Вопросы 1-49 |
| Уметь применять лечебные мероприятия, направленные на реабилитацию пациентов | Задачи 1-20 |
| Владеть методами лекарственной, немедикаментозной терапии для реабилитации пациентов | Задачи 1-20 |
| 6 | ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей | Знать ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях | Вопросы 1-49 |
| Уметь выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи | Задачи 1-20 |
| Владеть методами ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях | Задачи 1-20 |