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 «Челюстно-лицевая хирургия» 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-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией

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

ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости

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-8 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний

ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

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

ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1.** **Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клиника, дифференциальная диагностика острых и хронических периодонтитов.
2. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон лица и шеи.
3. Особенности лечения воспалительных инфильтратов.
4. Основные принципы лечения одонтогенного сепсиса и медиастинита.

**Модуль 2**. **Заболевания и поражения нервов лица и челюстей, височно-нижнечелюстного сустава**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Классификация заболеваний ВНЧС.
2. Клинические проявления анкилозов ВНЧС.
3. Остеоартроз. Клиническая картина, диагностика, лечение.
4. Контрактура ВНЧС

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Модуль 1.** **Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области**

Практическое занятие №1

Тема: Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания. Обезболивание при внутриротовых операциях.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
2. Методика осмотра челюстно-лицевой области (лица, полости рта).
3. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
4. Определение понятия "диагноз", виды диагнозов.
5. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
6. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
7. Последовательность заполнения медицинской карты стоматологического больного при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.
8. Методика обработки рук стоматолога-хирурга в поликлинике.
9. Классификация методов местной анестезии.
10. Классификация анестетиков местного действия. Медикаментозные средства, обладающие местноанестезирующим действием. Их физико-химические свойства.
11. Механизм действия местных анестетиков (новокаина, тримекаина, лидокаина, ультракаина, дикаина и др.).
12. Лекарственные формы местных анестетиков, способы применения, разовые дозы. Правила хранения медикаментозных средств для местного обезболивания.
13. Сосудосуживающие средства, применяемые одновременно с местными анестетиками, механизм их действия, высшие разовые дозы, показания к применению. Противопоказания к применению вазоконстрикторов.
14. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание. Проводниковое обезболивание. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания.

**Тестовые задания:**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических 2) лабораторных

3) термометрических 4) основных

5) цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1) опрос, рентгенография 2) опрос, осмотр

3) осмотр, ЭОД 4) ЭОД, рентгенография

5) перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни 2) анамнеза заболевания

3) перенесенных заболеваний 4) жалоб

5) аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы 2) определения прикуса

3) внешнего осмотра 4) осмотра зубных рядов

5) перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии 2) зондирования 3) пальпации

4) рентгенографии 5) аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад 2) отклонена влево 3) отклонена вправо

4) наклонена вперед 5) отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала 2) углового зонда 3) пинцета 4) экскаватора 5) шпателя

9. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям 2) в пришеечной области

3) в области контактных поверхностей 4) в фиссурах

5) в области бугров

10. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование проведения местного обезболивания.

Практическое занятие №2

Тема: Классификация воспалительных заболеваний. Этиология, патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний. Периодонтиты. Классификация. Патологическая анатомия. Острый одонтогенный периостит челюстей.

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. Классификация и сравнительная частота воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтитов.
3. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита, клиническая картина и лечение.
4. Причины возникновения периодонтитов.
5. Классификация периодонтитов по И.Г. Лукомскому.
6. Клинико-рентгенологические особенности каждой формы хронического периодонтита.
7. Клиника, дифференциальная диагностика острых и хронических периодонтитов.
8. Принципы и методы лечения хронического периодонтита.
9. Консервативно-хирургические методы лечения периодонтитов.
10. Показания и противопоказания к операции резекции верхушки зуба.
11. Показания и противопоказания к реплантации и имплантации зубов.
12. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого периостита челюстей.
13. Источники инфекции и пути проникновения инфекции из периодонта в надкостницу челюсти.
14. Дифференциальная диагностика периостита челюстей.
15. Клиническая картина и лечение периостита верхней челюсти.
16. Медикаментозные средства и методы физиотерапии в лечении периоститов.

**Тестовые задания:**

1. Клиническим признаком периостита является:

1) гематома лица 2) подвижность всех зубов 3) затрудненное открывание рта

4) выбухание подъязычных валиков 5) гиперемия и отек переходной складки

2. Причиной развития периостита является:

1) перикоронит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического верхнечелюстного синусита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

3. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) острым остеомиелитом 5) хроническим верхнечелюстным синуситом

4. При периостите следует:

1) удалить причинный зуб 2) запломбировать канал до вскрытия периоста

3) запломбировать кариозную полость 4) удалить пломбу

5) расширить зубо-десневой карман

5. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) хроническим верхнечелюстным синуситом 5) обострением хронического периодонтита

6. Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

7. Причиной развития периостита является:

1) острый пародонтит 2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка 4) обострение хронического гайморита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

8. При периостите гнойный процесс локализуется под:

1) кожей 2) мышцей

3) надкостницей 4) наружной кортикальной пластинкой челюсти

5) слизистой оболочкой альвеолярного отростка

9. При остром гнойном периостите челюсти на рентгенограмме выявляется

1) хронический периодонтит причинного зуба 2) тень секвестра

3) очаги деструкции костной ткани 4) луковичные напластования

5) очаг остеосклероза

10. Причиной развития периостита является:

1) альвеолит 2) ушиб мягких тканей лица 3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического гайморита 5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные дня данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными?
5. Имеют ли они значение для составления плана лечения?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острым гнойным периодонтитом.
2. Планирование лечения пациентов с хроническим периодонтитом.
3. Планирование лечения пациентов с острым одонтогенным периоститом челюстей.

Практическое занятие №3

Тема: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Классификация. Общие клинические признаки абсцессов и флегмон.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение понятия «абсцесс», «флегмона».
2. Классификация абсцессов и флегмон тканей челюстно-лицевой области.
3. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон лица и шеи.
4. Клиника флегмон одного клетчаточного пространства.
5. Клиника распространенных (прогрессирующих) флегмон.
6. Особенности клиники гнилостно-некротической (гангренозной) флегмоны лица и шеи.
7. Клиника воспалительного инфильтрата.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика абсцессов и флегмон лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо провести дополнительно:

1) анализ крови 2) термометрию 3) ЭОД 4) рентгенографию

5) верно 2, 3, 4 6) остеометрию 7) стоматоскопию 8) реографию

9) тепловизографию

2. В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг 2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать паранефральную блокаду 4) провести физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

3. Соотношение встречаемости абсцессов и флегмон:

1) чаще встречаются флегмоны, чем абсцессы 2) чаще встречаются абсцессы, чем флегмоны

3) одинаково часто встречаются

4. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

1) осложнениями

2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов

3) скоростью нарастания симптомов интоксикации

4) выраженностью местных клинических проявлений

5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

5. Что из перечисленного ниже обладает наименьшей антигенностью:

1) кожа

2) кость

3) хрящ

4) жировая клетчатка

5) сердечная мышца

6. Медиальная стенка орбит образована:

1) клиновидной, лобной и скуловой костью;

2) клиновидной, лобной и слезной костями;

3) верхнечелюстной, клиновидной и сфеноидальной костями;

4) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями;

5) верхнечелюстной, сфеноидальной и клиновидной костями.

7. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является:

1) отек

2) инфильтрат

3) эмпиема верхнечелюстной пазухи

4) инфильтрат с признаками абсцедирования

5)флегмона

8. При диагностике одонтогенной флегмоны симптом флюктуации выявляется:

1) всегда 2) редко 3) в зависимости от локализации процесса

4) только в ранние сроки процесса 5) в стадии инфильтрации

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмона челюстно-лицевой области.

Практическое занятие №4

Тема: Общие принципы лечения больных с абсцессами и флегмонами.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Особенности местного обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон лица и шеи (анестетики, виды обезболивания).
2. Особенности общего обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон лица (показания, виды интубации).
3. Особенности разрезов на лице с учетом разветвлений лицевого нерва, эстетических требований.
4. Методика первичной хирургической обработки гнойной раны после вскрытия абсцессов и флегмон лица.
5. Методы дренирования гнойной раны на лице, полости рта и шее (пассивное, активное).
6. Особенности перевязок гнойной раны тканей челюстно-лицевой области и шеи, оптимизация эвакуации гноя и удаления некротических тканей.
7. Показания и преимущества наложения первично-отсроченных и вторичных швов при гнойной ране на лице и шее.
8. Особенности лечения воспалительных инфильтратов.
9. Особенности лечения гнилостно-некротических (гангренозных) флегмон.
10. Общие методы лечения (антибактериальное, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее, стимулирующее, физическое и общеукрепляющее) при флегмонах лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:

1) интоксикация 2) судорожная готовность 3) респираторный синдром

4) гипертонический синдром 5) почечная недостаточность

2. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

3. Для ускорения очищения гнойной раны назначают:

1) УВЧ 2) массаж 3) электрофарез 4) гальванизацию 5) флюктуоризацию

4. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) парез лицевого нерва

4) гематома мягких тканей 5) тромбоз синусов головного мозга

5. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

1) паротит 2) медиастинит 3) флебит угловой вены

4) парез лицевого нерва 5) гематома мягких тканей

6. Антибиотики обладают:

1) бактерицидным действием 2) бактериостатическим действием

3) бактерицидным и бактериостатическим действием

7. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является

1) отек 2)инфильтрат 3) эмпиема верхнечелюстной пазухи

4) инфильтрат с признаками абсцедирования 5) опухоль

8. Для ускорения абсцедирования назначают:

1) парафинотерапию 2) грязевые аппликации

3) УВЧ в нетепловой дозе 4) УВЧ в слаботепловой дозе

5) УФО в субэритемных дозах

9. Разрез кожи в поднижнечелюстном треугольнике производят, отступив от края нижней челюсти (см):

1) 0.5 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.

Практическое занятие №5

Тема: Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Медиастинит.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Предрасполагающие факторы возникновения одонтогенного сепсиса.
2. Основные клинические проявления одонтогенного сепсиса.
3. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса.
4. Клинические проявления септического шока.
5. Основные принципы лечения одонтогенного сепсиса и септического шока.
6. Пути распространения одонтогенной инфекции в средостение.
7. Клинические проявления контактного одонтогенного медиастинита.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика одонтогенного медиастинита.
9. Значение рентгенологических методов обследования при подозрении на одонтогенный медиастинит.
10. Основные принципы лечения одонтогенного медиастинита.
11. Профилактика медиастинита у больных с флегмонами лица и шеи.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 47 лет, находится на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона височной области справа, подвисоч­ной и крылонебной ямок справа. Поступил в состоянии средней тяжести пять дней назад. При поступлении произведено удаление причинных зубов 48, 47. Флегмона вскрыта наружным и внутриротовым доступами, создана кон­трапертура. Назначена противовоспалительная, симптоматическая физио­терапия. За истекшие сутки состояние больного не улучшилось, в течение последних суток наметилась тенденция к ухудшению. Воспалительный инфильтрат стал менее болезненным, еще более уплотнился. Обнаружено, что наметилась тенденция к появлению инфильтрации тканей в области крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств. Явления гнойно-резорбтивной лихорадки нарастают, симптомы интоксикации нарастают. Температура тела в течение суток колеблется от 38,0°С до 39,5°С, беспо­коит общая сильная слабость, озноб. Отмечаются нарушения работы ки­шечника: диарея. СОЭ - 40 мм/ч.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с жалоба­ми на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно опреде­ляется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, зани­мающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распро­страняющийся на корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены зубы 46,45, 37 по поводу хронического периодонтита. Наложе­на трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенно­го медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, также предъявляет жало­бы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°С, пульс 110 ударов в минуту, слабого на­полнения и напряжения. Симптом «поколачивания» резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см, резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротеинемия. В моче определяет­ся высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии адекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

**Задача 3.** Больной, 55 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона дна по­лости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространства слева. При поступлении флег­мона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы 35, 36. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермитирующий харак­тер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. По­степенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.

1. Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
2. Ваша дальнейшая тактика.
3. Определите основные направления лечебных мероприятий.

**Задача 4.** Больной, 38 лет, находится на лечении в отделение челюстно-лицевой хирургии в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалитель­ного процесса на передне-боковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки блед­ные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Каких сведений не достает для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечебных мероприятий.

**Задача 5.** Больному, 38 лет, два дня назад произведено вскрытие флегмоны правой подвисочной и крылонебной ямок. Несмотря на проведенное вме­шательство, дренирование и медикаментозную терапию состояние боль­ного не улучшалось, усилились боли в горле, особенно при глотании. Около суток назад после осмотра обнаружен резко болезненный воспали­тельный инфильтрат в области правой боковой и задней стенки глотки. Инфильтрат вскрыт наружным доступом, однако состояние больного про­должало ухудшаться, температура тела повысилась до 40,0°С, пульс 130- 150 ударов в минуту, аритмичен, слабого наполнения и напряжения. Арте­риальное давление в пределах нормальных цифр. Больной угнетен, апати­чен, жалуется дополнительно на пульсирующую боль в груди, которая иррадиирует в межлопаточную область и усиливается при надавливании на отростки грудных позвонков. Боль также усиливается при попытке проглотить пищу. Обнаружена ригидность длинных мышц спины, пастозность кожи в области грудных позвонков. При рентгенологическом обсле­довании определяется жидкий выпот в область плевральной полости.

1. Поставьте диагноз, укажите локализацию патологического процесса.
2. Укажите путь распространения воспалительного процесса.
3. Ваши тактические действия.

**Задача 6.** Больная, 45 лет, поступила с жалобами на резкие боли в горле, уси­ливающиеся при глотании, резкое ограничение и болезненность при от­крывании рта, появившуюся незначительную, но резко болезненную при­пухлость в области угла нижней челюсти справа. Перечисленные симпто­мы появились после того, как два дня назад в поликлинике по месту жи­тельства была произведена операция удаления ретенированного, дистопированного зуба 48. В течение 10 лет больная наблюдается у хирурга- стоматолога по поводу капиллярной формы лимфангиомы щечной облас­ти и нижней губы слева. Роста новообразования не отмечалось, поэтому от оперативного лечения больная отказывалась. Через сутки после удале­ния зуба 48 ткани в области лимфангиомы стали более плотными, болезненны­ми, опухоль увеличилась в объеме, кожа над ней стала незначительно гиперемированной. В челюстно-лицевом отделении, куда больная была направлена, поставлен диагноз: флегмона крыловидно­-челюстного и окологлоточного пространства. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено большое количество гнойного отде­ляемого, назначена медикаментозная терапия. Однако в течение после­дующих суток состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура тела, появились и стали усиливаться боли за грудиной. Обна­ружен отек и пастозность кожи в области яремной вырезки, распростра­няющийся на надключичные пространства. Перкуссия грудины болезнен­на. Боль усиливалась при запрокидывании головы и при вдохе. Больная не могла лежать, сидела в постели с опущенной к груди головой.

1. Поставьте диагноз, укажите основные признаки, характерные для данного диагноза.
2. Опишите Вашу лечебную тактику.
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и укажите, с чем они связаны?

**Задача 7.** У больного, 48 лет, находящегося на лечении по поводу флегмоны верхне-боковой области шеи, развившейся в результате нагноения боко­вой кисты шеи справа, после проведенной операции вскрытия флегмоны, состояние продолжало ухудшаться, симптомы интоксикации нарастали. Через несколько часов после операции появился сухой кашель, боли в области грудной клетки, нарастала одышка. Боли становились менее ин­тенсивными при положении головы в опущенном к груди состоянии.

1. Развитие какого осложнения можно предположить?
2. Каких симптомов не достает для уточнения диагноза?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?

**Задача 8.** Больной, 28 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: слепое осколочное ранение позадичелюстной области и верхне-боковой области шеи слева. В результате ранения больной перенес массивную кровопотерю. Диагности­рован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удале­но инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали быстро нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю передне-боковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боли в области раны усиливались, затем присоединились боли в области груд­ной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боли в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. Каких данных не достает для уточнения диагноза?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с одонтогенным сепсисом.
2. Планирование лечения пациентов с одонтогенным медиастинитом.

**Модуль 2.** **Заболевания и поражения нервов лица и челюстей, височно-нижнечелюстного сустава**

Практическое занятие №6

Тема: Клиническая картина, дифференциальная диагностика заболеваний и повреждений нервов лица и челюстей. Невралгия тройничного нерва.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия тройничного нерва и его ветвей (глазной нерв, верхнечелюстной нерв нижнечелюстной нерв).
2. Структура основных ветвей верхнечелюстного нерва. Зоны иннервации.
3. Структура основных ветвей нижнечелюстного нерва. Зоны иннервации.

**Тестовые задания:**

1. Укажите корешки, которые участвуют в формировании ресничного ганглия:

1) чувствительный - от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от носоресничного нерва

2) чувствительный - от глазодвигательного нерва, глазодвигательный - от носоресничного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения

3) чувствительный - от носоресничного нерва, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения

2. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:

1) у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки

2) в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва

3) в толще жировой клетчатки у наружно - нижнего угла глазного яблока.

4) в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока

3. От ресничного узла отходят следующие ветви:

1) ресничные нервы, которые интернируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки

2) ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза, радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко

3) ресничные нервы, которые иннервируют мышцы, поднимающие верхнее и опускающее нижнее веки

4. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):

1) в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия

2) в крылонёбной ямке у овального отверстия

3) в крылонёбной ямке у круглого отверстия

5. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:

1) симпатической 2) парасимпатической 3) двигательной

6. Какие волокна участвуют в формировании крылонёбного ганглия?:

1) симпатические - от верхнечелюстного нерва, парасимпатические - от большого каменистого нерва, чувствительные - от глубокого каменистого нерва

2) парасимпатические - от большого каменистого нерва, симпатические - от глубокого каменистого нерва, чувствительные - от крылонёбной веточки верхнечелюстного нерва

3) парасимпатические - от глубокого каменистого нерва, симпатические - от большого каменистого нерва, чувствительные - от верхнечелюстного нерва

7. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:

1) глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

2) глазничные, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

3) глазничные, задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

4) задние верхние носовые ветви, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

8. Местонахождение ушного ганглия:

1) выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва

2) ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва

3) выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва

4) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва

9. Какие нервы участвуют в формировании ушного ганглия:

1) чувствительный - от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический - от языкоглоточного нерва, симпатический - от сплетения средней менингиальной артерии

2) чувствительный - от языкоглоточного нерва, парасимпатический - от ушновисочной ветви нижнечелюстного нерва, симпатический - от сплетения средней менингиальной артерии

3) чувствительный - от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический - от сплетения средней менингиальной артерии, симпатический – от языкоглоточного нерва

10. Ушной ганглий отдает волокна:

1) к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне

2) к околоушной и поднижнечелюстнои железе, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне

3) к околоушной железе, мышце, растягивающей мягкое

нёбо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам,

барабанной струне,

4) к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной

струне.

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями нервов лица и челюстей.

Практическое занятие №7

Тема: Этиология, клиника, диагностика, методы лечения острых и хронических артритов ВНЧС. Анкилоз ВНЧС.

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. Анатомия ВНЧС.
2. Классификация заболеваний ВНЧС.
3. Клинико-рентгенологическое обследование больных с заболеваниями ВНЧС.
4. Клиническая картина острого и хронического артрита (серозный, гнойный, специфический, ревматоидный).
5. Остеоартроз. Клиническая картина, диагностика, лечение.
6. Этиология и патогенез анкилозов ВНЧС.
7. Клинические проявления анкилозов ВНЧС.
8. Консервативные и хирургические методы лечения анкилозов ВНЧС.
9. Контрактура ВНЧС.
10. Клиническая картина контрактуры ВНЧС.
11. Рубцовая контрактура ВНЧС. Клиническая картина лечение.
12. Синдром болевой дисфункции. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС 2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса 4) глубокое резцовое перекрытие

5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

2. Причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС 2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса 4) глубокое резцовое перекрытие

5) снижение высоты суставного бугорка

3. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

1) иммобилизации

2) резекции суставного бугорка

3) прошивании суставной капсулы

4) резекции мыщелковых отростков нижней челюсти

5) введении суставной головки в суставную впадину

4. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1) наркоз 2) местное 3) нейролептанальгезия

4) стволовая анестезия 5) блокада по Вишневскому

5. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на:

1) углы нижней челюсти

2) фронтальную группу зубов

3) моляры справа и слева или альвеолярные отростки

4) подбородок

5) ветви нижней челюсти

6. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1) острым отитом

2) острым верхнечелюстным синуситом

3) околоушным гипергидрозом

4) переломом верхней челюсти

5) флегмоной поднижнечелюстной области

7. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания 3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом 5) гипотрофия тканей на больной стороне

8. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания 3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом 5) тугоподвижность сустава

9. Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания

3) множественный кариес 4) выраженный болевой симптом

5) полное отсутствие движений нижней челюсти

10. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1) радиоизотопная диагностика 2) аудиометрия 3) биохимия крови

4) компьютерная томография 5) электроодонтодиагностика

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, жалуется на ограниченное открывание рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружний слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

* 1. О каком заболевании идет речь?
1. План лечения.

**Задача 2.** Больной, 43 лет, в течение 3-х месяцев отмечает ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, усиливающуюся при движении нижней челюсти, появившуюся после проведенного 8 месяцев назад протезирования.

1. На что следует обратить внимание при обследовании и тактике лечения больного?

**Задача 3.** Больная, 29 лет, широко открыла рот при зевании и не смогла его закрыть. При осмотре отмечается открытый рот, из него самопроизвольно вытекает слюна. Больная растеряна и беспомощна. При рентгенологи­ческом исследовании ВНЧС определяется расположение суставных голо­вок мыщелковых отростков нижней челюсти кпереди от суставных бугор­ков височных костей.

1. Поставьте диагноз и предложите план лечения.

**Задача 4.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височ­но-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей пра­вой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х1,5 см, пальпация этой зоны болез­ненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симп­том нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

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

**Задача 5.** Больной, 33 лет, обратился с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа, ограничение открывания рта до 1,7 см, широкое открывание рта усиливает боль в ВНЧС справа. Из анамнеза выявлено, что боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Отек мягких тканей околоушной области справа нарастал и появилось ограничение подвиж­ности нижней челюсти. Боль сконцентрировалась в области ВНЧС справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает дифтерию, гайморит. За восемь месяцев до получения травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но боли в ВНЧС, не было. Подвижности кости в месте перелома скуловой дуги не определяется, пальпируется некоторое утолщение. При рентгенологическом исследовании на протя­жении бывшего перелома определяется полная костная консолидация. В настоящее время по общему статусу больной здоров. При осмотре опре­деляется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоуш­ной области, у козелка ушной раковины имеется небольшая гематома. Пальпация этой зоны болезненна. В полости рта: прикус ортогнатический. Открывание рта осуществляется без отклонений нижней челюсти в сторо­ны. Симптом нагрузки положительный в области ВНЧС справа. Целост­ность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании ВНЧС контрастируется трещина в области суставного от­ростка справа, слепо заканчивающаяся в области полулунной вырезки нижней челюсти, слева - суставной отросток без изменений. При сомкну­тых челюстях суставная щель расширена с правой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

**Задача 7.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение откры­вания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. При рентгенологическом исследовании ранее диагностирован фиброзный ан­килоз ВНЧС. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюс­ти, аппендэктомию в возрасте 16 лет. В настоящее время выражена де­формация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. Опишите возможные варианты лечения.

**Задача 8.** Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозмож­ность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и ниж­него свода преддверия полости рта.

1. Какие методы лечения можно применить? Какой метод наиболее показан в данном случае?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с заболеваниями ВНЧС.
2. Планирование лечения пациентов с анкилозом и контрактурой ВНЧС.

**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. Помещения хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники и санитарно-гигиенические требования к ним. Оборудование в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Обязанности стоматолога-хирурга. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа и В и С-гепатита.
2. Организация хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники. Штаты хирургического отделения (кабинета) стоматологических поликлиник разных категорий. Хирургический инструментарий в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Медицинская документация в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники.
3. Методы обработки рук врача стоматолога-хирурга. Методы обработки операционного поля на лице и в полости рта. Методы обработки хирургических стоматологических инструментов: дезинфекция, предстерилизационная очистка, стерилизация. Методы контроля стерильности инструментов, перевязочного материала, рук врача и операционного поля.
4. Хранение стерильных инструментов и материалов в хирургическом стоматологическом кабинете. Уборка и дезинфекция помещений хирургического отделения стоматологической поликлиники, обеззараживание воздуха. Особенности обработки инструментов после приема больных инфицированных ВИЧ-инфекцией и вирусом гепатита. Меры защиты медицинского персонала хирургического стоматологического кабинета от инфицированных.
5. Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области. Осмотр и пальпация челюстно-лицевой области. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области. Последовательность заполнения медицинской документации при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.
6. Виды швов: узловатый, погружной, косметический, разгружающий. Наложение швов на раны в полости рта.
7. Устройство щипцов, элеваторов и долот применяемых для удаления зубов и корней зубов на нижней челюсти.
8. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней челюсти (признаки угла, изгиба ручек, формы щечек). Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов на верхней челюсти.
9. Щипцы для удаления зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
10. Показания и этапы операции удаления зуба. Заживление раны после удаления зуба. Методика удаления зубов и корней на верхней челюсти. Инструменты.
11. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти. Методика удаления отдельных групп зубов и корней зубов на нижней челюсти с помощью щипцов, элеватора, долота, бормашины.
12. Методика проведения атипичного удаления зубов на верхней и нижней челюстях. Ведение послеоперацинной раны у больного после сложного удаления зуба или его корня.
13. Удаление зубов и корней на нижней челюсти. Инструменты. Сложное удаление зубов и корней. Показания для проведения атипичного удаления зубов и корней.
14. Клиника и тактика врача-стоматолога при отрыве бугра верхней челюсти во время операции удаления зуба. Вывих нижней челюсти при операции удаления зуба. Тактика врача-стоматолога.
15. Особенности удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями. Подготовка больных с заболеваниями крови (гемофилия, геморрагические диатезы, системные заболевания) к операции удаления зуба.
16. Особенности удаления зубов у больных сахарным диабетом. Удаление зуба у больных с тяжелой сердечно-сосудистой патологией. Удаление зуба у онкостоматологических больных, в плане лечения которых предусмотрена предоперационная дистанционная гамма-терапия.
17. Осложнения, возникающие во время удаления зубов. Диагностика, лечение, профилактика.
18. Осложнения операции удаления зуба: перелом зуба; вывих соседнего зуба; тактика врача при переломе удаляемого зуба или его корня. Инструменты для операции удаления зуба.
19. Лекарственные формы местных анестетиков, способы применения, разовые дозы. Правила хранения. Сосудосуживающие средства, применяемые одновременно с местными анестетиками, механизм их действия, высшие разовые дозы, показания к применению.
20. Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания. Виды местного обезболивания. Потенцированное местное обезболивание. Премедикация. Выбор обезболивания и подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваний и у лиц пожилого возраста.
21. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание в ЧЛО. Проводниковое обезболивание в ЧЛО. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания. Показания для применения карпулированных анестетиков.
22. Потенцированное местное обезболивание. Показания, противопоказания к его применению. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
23. Методика блокирования II ветви тройничного нерва у круглого отверстия. Методика блокирования подглазничного нерва, носонебного нерва. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению.
24. Методика блокирования нижнечелюстного нерва по Берше-Дубову.
25. Методика блокирования большого небного нерва, верхних задних альвеолярных нервов. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению.
26. Обезболивание при оперативных вмешательствах на нижней челюсти. Методика блокирования нерва у подбородочного отверстия, нижнечелюстного отверстия. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению.
27. Местные осложнения при местном обезболивании на нижней челюсти. Причины, диагностика, лечение, профилактика.
28. Местные осложнения при проведении инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
29. Дистопия зубов, клинические проявления, показания к удалению зуба.
30. Хронический гранулематозный периодонтит. Клиника, диагностика и принципы лечения.
31. Дифференциальная диагностика острого периодонтита, периостита и остеомиелита челюстей.
32. Хронические периодонтиты, клиника, дифференциальная диагностика. Зубосохраняющие операции при лечении хронических периодонтитов.
33. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита, клиническая картина и лечение. Зубосохраняющая операция при лечении хронического периодонтита.
34. Этиология, патогенез, патологическая анатомия и классификация хронических периодонтитов.
35. Клиническая картина и лечение периостита верхней челюсти и нижней челюсти. Особенности клинической картины и лечения абсцесса твердого неба.
36. Ретромолярный периостит нижней челюсти, клиника и лечение.
37. Острый одонтогенный периостит челюстей. Этиология, патогенез и патологическая анатомия, клиника, лечение.
38. Болезни прорезывания зубов. Причины. Клиника, диагностика, лечение.

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

**Задача 1.** Больной, 42 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, бо­лезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Забо­левание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначи­тельная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной об­ласти. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больно­го вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела - 39,4° С. Несколько за­торможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. От­крывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, Движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая обо­лочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвео­лярного отростка. Коронки зубов 47, 46, 34, 35, 36 разрушены.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**Ответ к задаче 1.**

1. Диагноз: флегмона дна полости рта. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).
2. Возможной причиной развития острого гнойного воспалительного процесса могло быть обострение хронического периодонтита 47, 46, 34, 35, 36 зубов, возникшее после переохлаждения.
3. Необходимо дополнительно провести рентгенологическое обследование для полного выявления всех очагов хронической одонтогенной инфекции. План лечения: учитывая развитие затруднения дыхания по стенотическому типу перед проведением оперативного вмешательства, необходимо наложение трахеостомы. Затем проводится санация полости рта – удаление очагов хронической одонтогенной инфекции и вскрытие флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо провести ревизию всех клетчаточных пространств как выше, так и ниже челюстно-подъязычной мышцы и в области корня языка с последующим дренированием. В данном случае целесообразно использование раневого диализа. Назначая противовоспалительное лечение необходимо провести аллергологические пробы для выяснения того, какие антибиотики можно применять данному больному.
4. Учитывая непереносимость местных анестетиков, наложение трахеостомы целесообразно проводить под внутривенным наркозом или нейролептаналгезией. В дальнейшем возможно проведение ингаляционного наркоза через трахеостомическую трубку

**Задача 2.** Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в зубе 47, усили­вающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален зуб 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°С. В обеих поднижнечелюстных и в подподборо­дочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими гра­ницами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой под­нижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Сли­зистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной об­ласти отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и бо­лезненна. Лунка удаленного зуба 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки зуба 47 патологических изменений, инородных тел не опреде­ляется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне зуба 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
3. Опишите методику оперативного лечения.

**Задача 3.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на резкие постоянные боли в подподбородочной и поднижнечелюстной областях, усиливающиеся при открывании рта. Заболел три дня назад, начало ни с чем не связывает. Объективно: температура тела - 38,0°С, больной ослаблен, отмечается озноб, кожа лба покрыта холодным потом. При осмотре в подподборо­дочной и обеих поднижнечелюстных областях кожа резко гиперемирова­на, лоснится, местная температура повышена. Пальпация резко болезнен­на. Открывание рта затруднено за счет болезненности. Полость рта не санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен хронический гранулирующий периодонтит 46, 45 зубов.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания Вы можете предположить по имеющимся данным?
3. В чем будут заключаться Ваши действия в зависимости от постановки того или иного диагноза?

**Задача 4.** Больная 38 лет, обратилась с жалобами на наличие обширной при­пухлости верхних отделов шеи, одутловатость лица, затруднение дыхания, которое постепенно нарастает. Из анамнеза: полгода назад оперирована по поводу одонтогенного гайморита слева. Три дня назад заболел зуб 35, боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. В день об­ращения в клинику была на приеме у стоматолога по месту работы. Врач обратил внимание на наличие воспалительного инфильтрата в левой поднижнечелюстной области, произвел удаление зуба 35 и направил больную в отделение челюстно-лицевой хирургии. К моменту обращения - 18.00 при­пухлость резко увеличилась, нарастала дыхательная недостаточность. Объективно: в момент обращения состояние больной тяжелое, положение вынужденное - находится в сидячем положении, подавшись вперед. Вы­ражена дыхательная недостаточность по стенотическому типу. Опреде­ляется обширный отек в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, распространяющийся на шею. Незначительная отечность лица. Речь невнятная. Пальпация наиболее болезненна в левой поднижнече­люстной области. Слизистая оболочка дна полости рта резко отечна и выбухает. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

1. Укажите, каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) Вы можете предположить на основании имеющихся данных?
3. Укажите несущественные для данных заболеваний признаки.
4. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

**Задача 5.** Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удале­ния. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, смес­тились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатиче­ский узел. Зуб 41 - подвижность II степени, зуб 31 - подвижность III-IV степеней. Вертикальная перкуссия зубов 41, 31 - отрицательная, горизонтальная перкуссия - положительна. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отечна, цианотична, слабо болезненна. Опре­деляются глубокие пародонтальные карманы в области зубов 41, 31 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая обо­лочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата опреде­ляется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите анатомические границы подъязычной области.
3. Составьте план лечения.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза.

**Задача 6.** Больной, 27 лет, поступил с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Травму получил в автомобильной катастрофе. В анамне­зе: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно бес­покоит тошнота, потеря аппетита, жажда, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная, допол­нительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больно­го выражен посттравматический отек левой половины лица, множествен­ные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На втором этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5°С, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъ­юнктивального мешка. Появился отек обоих век правого глаза, экзо­фтальм слева. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижать­ся. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отме­чается резкая боль. Движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
2. Укажите какие, наиболее серьезные осложнения могут развиться в данном случае.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Какие признаки несущественны для данного заболевания?

**Задача 7.** Больной, 28 лет, в состоянии алкогольного опьянения был избит не­известными на улице пять дней назад. К врачу до настоящего момента не обращался. При обращении жалуется на постоянные ноющие боли в пра­вой височной области, иррадиирующие в затылочную, теменную области и шею. Также жалуется на резко болезненную припухлость в правой ви­сочной области, ограничение открывания рта, боли и ограничение боко­вых движений нижней челюсти. Наиболее интенсивно перечисленные симптомы нарастали в течение последних суток. При объективном обсле­довании определяется одутловатость лица за счет множественных отеков, подкожных и внутрикожных гематом. Имеются множественные ссадины, царапины, находящиеся в стадии эпителизации. Открывание рта до 1,5 см, болезненное, боковые движения отсутствуют, при попытке боковых дви­жений возникает резкая боль в правой височной области. В правой височ­ной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфиль­трат, занимающий 2/3 области. Кожа над ним резко гиперемирована, в складку не собирается. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При внутриротовом осмотре множественные корни разрушенных зубов, обилие поддесневых и наддесневых зубных отложений, явления выра­женного гингивита. При рентгенологическом обследовании кроме множе­ственных очагов хронического периодонтита выявляется гомогенное за­темнение обеих верхнечелюстных пазух. Данных за наличие перелома костей лицевого и мозгового черепа не выявлено.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем связано развитие данного заболевания.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.

**Задача 8.** Больному, 35 лет, в поликлинике по месту жительства проводилась плановая санация полости рта. Два дня назад под местной анестезией про­изводилось лечение среднего кариеса зубов 27, 28. Прейдя домой после посещения врача, больной обнаружил незначительную припухлость в височной об­ласти слева. Самостоятельно применял теплые ротовые полоскания и полуспиртовые компрессы на височную область. К вечеру того же дня появилась тупая ноющая боль в области верхней челюсти слева, височной области слева. Боль постепенно нарастала. На следующий день утром обнаружил некоторое увеличение припухлости, которая при дотрагивании оставалась безболезненной. Появились боли в горле слева, затрудненное болезненное открывание рта. К врачу не обратился. В течение следующего дня симптомы нарастали. Температура тела повысилась до 38,5°С. Боли стали нестерпимыми. Бригадой «скорой помощи» доставлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. При осмотре определяется отек в височной и околоушно-жевательной областях слева (симптом «песочных часов»), отек верхнего и нижнего век левого глаза. Пальпация височной области безболезненна. Глотание затруднено, болезненно, открывание рта до 0,5 см, болезненное. Из левого стенонова протока выделяется слюна с при­месью хлопьевидного гнойного отделяемого, устье протока расширено. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко бо­лезненный инфильтрат. Слизистая оболочка в этой области гиперемиро­вана, отечна.

* 1. Поставьте диагноз. Укажите, с чем может быть связано возникновение данного воспалительного процесса?
	2. На основании каких признаков можно подтвердить или исключить распространение гнойного воспалительного процесса в височную область и в полость глазницы?
	3. Какие разрезы необходимо выполнить для вскрытия гнойного очага данной локализации?
	4. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 9.** У больного, 43 лет, при осмотре обнаружен резко болезненный вос­палительный инфильтрат в левой височной области, занимающий перед­ние 2/3 части этой области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. В передне-нижних отделах инфильтрата определяется симп­том флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограниче­ны, резко болезненны. Полость рта не санирована.

1. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте диагноз на основании имеющихся данных. Воспалительный процесс какой локализации в первую очередь необходимо исключить или подтвердить в данном случае и почему? На основании каких признаков?
3. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения?

**Задача 10.** Больная, 47 лет, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии два дня назад. При обследовании поставлен диагноз: абсцесс подвисочной ямки справа. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено небольшое количество гнойного отделяемого, введен дренаж. Назначена противовоспалительная терапия. Однако состояние больной не улучши­лось. Боли сохраняются, температура тела держится в пределах 38,0°С. 12 часов назад больная предъявила жалобы на снижение остроты зрения правого глаза, которое до настоящего времени прогрессирует. Степень и характер нарушения функций (ограничение открывания рта, боли при глотании) не изменились за истекший период.

1. С чем может быть связано такое течение заболевания у данной больной?
2. Какое осложнение в данном случае можно предположить?

**Задача 11.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообраз­ные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к ле­вой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выяв­лено.

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

**Задача 12.** Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсив­ные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по пово­ду невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области зубов 24, 25 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

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

**Задача 13.** Больной, 61 года, обратился в клинику с жалобами на приступооб­разные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроиз­вольно. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 10 лет, лечился у нев­ропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, в последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация III ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесен­ных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую бо­лезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. В полости рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая обо­лочка без патологических изменений.

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

**Задача 14.** Больной, 34 лет, жалуется на ограниченное открывание рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружний слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

1. О каком заболевании идет речь?
2. План лечения.

**Задача 15.** Больной, 43 лет, в течение 3-х месяцев отмечает ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, усиливающуюся при движении нижней челюсти, появившуюся после проведенного 8 месяцев назад протезирования.

1. На что следует обратить внимание при обследовании и тактике лечения больного?

**Задача 16.** Больная, 29 лет, широко открыла рот при зевании и не смогла его закрыть. При осмотре отмечается открытый рот, из него самопроизвольно вытекает слюна. Больная растеряна и беспомощна. При рентгенологи­ческом исследовании ВНЧС определяется расположение суставных голо­вок мыщелковых отростков нижней челюсти кпереди от суставных бугор­ков височных костей.

1. Поставьте диагноз и предложите план лечения.

**Задача 17.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височ­но-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей пра­вой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х1,5 см, пальпация этой зоны болез­ненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симп­том нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

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

**Задача 18.** Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

**Задача 19.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение откры­вания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. При рентгенологическом исследовании ранее диагностирован фиброзный ан­килоз ВНЧС. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюс­ти, аппендэктомию в возрасте 16 лет. В настоящее время выражена де­формация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. Опишите возможные варианты лечения.

**Задача 20.** Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозмож­ность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и ниж­него свода преддверия полости рта.

1. Какие методы лечения можно применить? Какой метод наиболее показан в данном случае?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**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 «Челюстно-лицевая хирургия»**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**1. Помещения хирургического отделения (кабинета) стоматологической поликлиники и санитарно-гигиенические требования к ним. Оборудование в хирургическом отделении (кабинете) стоматологической поликлиники. Обязанности стоматолога-хирурга. Асептика и антисептика при операциях на лице и в полости рта. Профилактика СПИДа и В и С-гепатита.
2. Дистопия зубов, клинические проявления, показания к удалению зуба.

 |
| 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 1-38 |
| 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-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией | Знать правила проведения профилактических медицинских осмотров и диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными | Вопросы 1-38 |
| Уметь осуществлять диспансерное наблюдение за здоровыми и хроническими больными | Задачи 1-20 |
| Владеть навыками проведения профилактических медицинских осмотров | Задачи 1-20 |
|  | ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Знать порядок проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Вопросы 1-38 |
| Уметь провести противоэпидемические мероприятия, организовать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |
| Владеть технологией проведения противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |
|  | ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости | Знать социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Вопросы 1-38 |
| Уметь использовать социально-гигиенические методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Задачи 1-20 |
| Владеть технологией использования социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков | Задачи 1-20 |
| 3 | 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 1-38 |
| 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 |
| 4 | ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы | Знать правила проведения экспертизы временной нетрудоспособности | Вопросы 1-38 |
| 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 |
| 5 | 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 1-38 |
| Уметь обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного | Задачи 1-20 |
| Владеть навыками оказания специализированной медицинской помощи стоматологическому больному | Задачи 1-20 |
|  | ПК-8 готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации | Знать технику оказания неотложной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях | Вопросы 1-38 |
| Уметь оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |
| Владеть навыками оказания экстренной медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |
|  | ПК-10 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний | Знать систему мероприятий, обеспечивающих охрану здоровья населения страны | Вопросы 1-38 |
| Уметь определять значимость санитарно-просветительной работы в системе охраны здоровья населения | Задачи 1-20 |
| Владеть способами и методами проведения санитарно-просветительной работы, направленной на сохранение и укрепление здоровья, среди населения | Задачи 1-20 |
|  | ПК-11 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Знать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Вопросы 1-38 |
| Уметь использовать основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях | Задачи 1-20 |
| Владеть технологией организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях | 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 1-38 |
| 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 |
|  | ПК-13 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации | Знать план мероприятий, обеспечивающих медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях | Вопросы 1-38 |
| Уметь организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь при чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |
| Владеть правилами организации медицинской помощи пострадавшим при чрезвычайных ситуациях | Задачи 1-20 |