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**

**«СТОМАТОЛОГИЯ» ПО НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИТЕТА ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки специалитета по специальности 31.05.01 Лечебное дело,

утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

 протокол № 8 от «25» марта 2016

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:**

ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации

ОПК-9 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач

ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра

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

**Оценочные материалы в рамках всей дисциплины.**

Защита курсовой работы

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

Тестирование

Устный опрос

Письменный опрос

Решение проблемно-ситуационных задач

Проверка практических навыков

**Модуль 1Основы стоматологии**

**Тема 1**Методы обследования стоматологических больных. Заболевания зубов: кариес, пульпит, периодонтит.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Вариант 1**

1. Причиной развития кариеса зубов является:

а) лучевое повреждение эмали

+б) деминерализация эмали

в) механическое повреждение эмали

г) температурное повреждение эмали

2. Классификация кариеса зубов по глубине поражения:

а) острый, хронический

б) фиссурный, пришеечный, циркулярный

в) эмали, дентина, цемента

+г) в стадии пятна, поверхностный, средний, глубокий

3. При кариесе зубов возникают кратковременные боли от раздражителей:

+а) от всех названных

б) температурных

в) механических

г) химических

4. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

а) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

б) по лимфатическим сосудам (лимфогенное инфицирование)

в) по артериолам (гематогенное инфицирование)

+г) по дентинным канальцам из кариозной полости

5. Для острого пульпита характерны боли:

+а) приступообразные, самопроизвольные, ночные

б) постоянные ноющие

в) длительные постоянные

г) кратковременные от раздражителей

6. Первая помощь при пульпите состоит из:

+а) удаления остатков пищи, наложения тампона с обезболивающими средствами

б) проведения инфильтрационного обезболивания

в) удаления остатков пищи из кариозной полости

г) полоскания содовым раствором

7. Основной причиной возникновения период отитов является:

а) воздействие внезапного удара

б) аллергическая реакция

в) вредные привычки

+г) инфекция, проникающая из воспаленной пульпы

8. Наличие ощущения «выросшего зуба» характерно для:

+а) острого периодонтита

б) пародонтита

в) острого пульпита

г) хронического пульпита

д) хронического периодонтита

9. Отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита наиболее благоприятен через:

а) образующийся свищевой ход

б) пародонт с формированием пародонтального кармана

в) систему гаверсовых каналов с распространением под надкостницу

+г) корневой канал

10. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

а) назначение массивных доз антибиотиков

+б) удаление зуба

в) периостотомия

г) физиотерапевтические процедуры

**Вариант 2**

1. Деминерализация эмали при развитии кариеса возникает вследствие:

+а) действия органических кислот

б) хронической травмы зуба

в) действия холодной и горячей пищи

г) действия щелочей

д) действия минеральных кислот

2. Конгломерат микроорганизмов, полисахаридов, протеинов и липидов, фиксированных на поверхности эмали - это:

а) твердые назубные отложения

б) кутикула зуба

в) пелликула зуба

г) пищевой налет

+д) микробная бляшка

3. Классификация кариеса зубов по глубине поражения:

а) эмали, дентина, цемента

+б) в стадии пятна, поверхностный, средний, глубокий

в) фиссурный, пришеечный, циркулярный.

г) острый, хронический

4. Химические, термические, механические раздражители вызывают кратко­временные боли при кариесе:

а) в стадии пятна

б) среднем

+в) глубоком

г) поверхностном

5. Доврачебная помощь при кариесе зубов:

а) препарирование зубов и пломбирование

б) удаление остатков пищи и тампон с обезболивающим средством

в) назначение анальгетиков

+г) удаление остатков пищи и полоскание

6. Для некротизации пульпы как этапа лечения пульпита используют пре­парат:

+а) мышьяковистую пасту

б) камфору

в) йод

г) камфорофенол

7. Первая помощь при пульпите состоит из:

а) удаления остатков пищи из кариозной полости

+б) удаления остатков пищи, наложения тампона с обезболивающими сред­ствами

в) проведения инфильтрационного обезболивания

г) полоскания содовым раствором

8. В гнойной стадии острого воспаления периодонта в полости рта опре­деляется:

+а) гиперемия, отечность десны в области пораженного зуба

б) отсутствие изменений

в) цианотичность десны

г) бледность десны

9. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

а) периостотомия

б) назначение массивных доз антибиотиков

+в) удаление зуба

г) физиотерапевтические процедуры

Выберите несколько правильных ответов:

10. Острый пульпит может быть:

+а) очаговым

б) фиброзным

в) гипертрофическим

г) гангренозным

+д) диффузным

**Вариант 3**

1. Причиной развития кариеса зубов является:

+а) деминерализация эмали

б) лучевое повреждение эмали

в) температурное повреждение эмали

г) механическое повреждение эмали

2. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется

а) налет курильщика

б) наддесневой зубной камень

+в) мягкий зубной налет

г) пелликула

3. При употреблении углеводов наиболее значимым фактором, обуславливающим создание кариесогенной ситуации в полости рта, явля­ется:

а) тип принятого сахара

+б) частота приема сахара

в) количество принятого сахара

г) форма приема сахара

4. Распространенность кариеса зубов выражается

+а) в процентах

б) в абсолютных единицах

в) в относительных единицах

5. Лечение в несколько сеансов проводят следующие формы кариеса:

+а) глубокого кариеса

б) среднего кариеса

в) в стадии пятна

г) поверхностного кариеса

6. Система активной стоматологической помощи населению, направленная на выявление, лечение и профилактику осложнений стоматологических заболеваний - это:

а) диспансеризация

б) профилактика

+в) санация полости рта

7. Для острого пульпита характерны боли:

а) постоянные ноющие

б) кратковременные от раздражителей

в) длительные постоянные

+г) приступообразные, самопроизвольные, ночные

8. Основной причиной возникновения периодонтитов является:

а) воздействие внезапного удара

б) вредные привычки

+в) инфекция

г) аллергическая реакция

9. Наличие свищевого хода характерно для обострения хронического:

+а) гранулирующего периодонтита

б) фиброзного периодонтита

в) гангренозного пульпита

г) гранулематозного периодонтита

10. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

а) назначение массивных доз антибиотиков

б) периостотомия

+в) удаление зуба

г) физиотерапевтические процедуры

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
2. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
3. Определение понятия «диагноз», виды диагнозов.
4. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
5. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
6. Последовательность заполнения истории болезни стоматологического больного при обследовании, курации и постановке диагноза.
7. Определение понятия кариеса. Классификация кариеса по локализации и глубине поражения. Понятие об интенсивности и распространенности кариеса.
8. Основные симптомы и принципы лечения кариеса.
9. Определение понятия пульпита. Классификация пульпита.
10. Клиника, диагностика и принципы лечения пульпита.
11. Определение понятия периодонтита. Классификация периодонтита.
12. Клиника, диагностика и принципы лечения острого и хронического периодонтита.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.

Поставьте диагноз.

Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?

1. Проведите дифференциальную диагностику.
2. Какой метод обезболивания потребуется?

**Задача 2.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 16 лет, с целью санации. При осмотре на вестибулярной поверхности 21 в пришеечной области обнаружено меловидное пятно размером 0,3 см на 0,4 см. При зондировании поверхность пятна гладкая. Со слов больной стало известно, что пятно появилось 3 месяца назад.

Поставьте предварительный диагноз.

Назовите дополнительные методы обследования.

Проведите дифференциальную диагностику.

Назначьте лечение.

1. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 3.** Больной, 30 лет, обратился с целью санации. Жалоб не предъявляет. Объективно: на вестибулярной поверхности 11 в пришеечной области меловидное пятно с нечеткими границами диаметром до 0,3 см., поверхность пятна гладкая, реакции на температурные раздражители отсутствует.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения.
5. Дайте рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 4.** Больной, 32 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на быстропроходящую боль от сладкого в 25 зубе, боль появилась месяц назад. Объективно: На жевательной поверхности зуба 25 кариозная полость в пределах эмали, зондирование безболезненное, реакция на холод безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 5.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли от температурных раздражителей в 16 зубе. При осмотре на коронке видимых кариозных полостей не наблюдается, при орошении зуба холодной водой отмечается кратковременная боль. На внутриротовой рентгенограмме на апроксимально-дистальной поверхности отмечается нарушение структуры твердых тканей зуба в средних слоях дентина.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 6.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на кратковременные боли в 13 зубе при приеме холодной пищи. 13 зуб год назад был лечен по поводу неосложненного кариеса. Боли появились 2 месяца назад после выпадения пломбы. Объективно: на контактно-медиальной поверхности 13 зуба кариозная полость средней глубины. Режущий край сохранен. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назовите методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

**Задача 7.** В клинику терапевтической стоматологии обратился больной, 23 лет, с жалобами на кратковременные боли в 37 зубе при приеме пищи. Боли появились 2 месяца назад. При объективном осмотре на апроксимально-дистальной поверхности 37 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите дополнительные методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 8.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 30 лет, с жалобами на кратковременные боли в 24 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы месяц назад. Объективно: на апроксимально-медиальной поверхности 24 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите дополнительные методы исследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Рекомендации по гигиене полости рта.

**Задача 9.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 24 лет, с жалобами на кратковременные боли в 17 зубе при приеме пищи. Пять дней назад 17 зуб был лечен по поводу среднего кариеса. Объективно: на жевательной поверхности 17 зуба пломба. Перкуссия 17 безболезненна.

1. Перечислите, врачебные ошибки, которые могли привести к данной клинической ситуации.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Тактика врача в этой ситуации.

**Задача 10.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 45 лет, с жалобами на выпадение пломбы из 12 зуба, боль от холодного, сладкого в 12 зубе. Из записей в медицинской карте стало известно, что 12 зуб полгода назад лечен по поводу среднего кариеса, пломбирование проведено материалом «Эвикрол». Объективно: на контактно-латеральной поверхности 12 зуба кариозная полость средней глубины. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе, реакция на холод болезненная, кратковременная. Перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите возможные причины выпадения пломбы.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

**Задача 11.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 43 лет с жалобами на выпадение пломбы из 11 зуба. Объективно: на латеральной поверхности 11 зуба глубокая кариозная полость с разрушением режущего края коронки. Зондирование болезненно по эмалево-дентинной границе и дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная, перкуссия безболезненная.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какое обезболивание следует провести?
4. Этапы лечения.

**Задача 12.** В клинику терапевтической стоматологии обратилась больная, 38 лет, с жалобами на кратковременные боли в 25 зубе при приеме пищи. Боль появилась после выпадения пломбы 2 месяца назад.

Объективно: на вестибулярной поверхности в пришеечной области 25 зуба глубокая кариозная полость. Зондирование болезненно по дну и стенкам кариозной полости, реакция на холод болезненная, перкуссия безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите методы обследования, которые нужно провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Назовите этапы лечения.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Провести опрос и осмотр пациента с патологией челюстно-лицевой области
2. Написать и оценить зубную формулу пациента. Определить уровень интенсивности кариеса у данного пациента (индекс КПУ).

**Тема 2**Операция удаления зуба. Показания, противопоказания и осложнения.

**Форма(ы) текущего контроля** **успеваемости**

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости** *(Устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков)*

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Цели операции удаления зуба.
2. Подготовка больного к операции удаления зуба, подготовка рук врача, подготовка операционного поля.
3. Устройство щипцов для удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти (признаки угла, изгиба ручек, формы щечек).
4. Устройство элеваторов и долот, применяемых для удаления зубов и корней зубов.
5. Показания к удалению зуба.
6. Противопоказания к удалению зуба.
7. Положение врача и больного при удалении отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
8. Этапы удаления отдельных групп зубов и корней зубов на верхней и нижней челюсти.
9. Заживление раны после удаления зуба.
10. Рекомендации пациенту после операции удаления зуба.
11. Осложнения после операции удаления зуба.
12. Лечение осложнений.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, обратился в клинику с жалобами на периодически возникающую припухлость в области зуба 14, связывает обострение процесса с простудными заболеваниями. В анамнезе: хронический пиелонефрит. Местно: зуб 14 под пломбой, розового цвета, на уровне верхушки корня паль­пация альвеолярного отростка верхней челюсти болезненна. Перкуссия зуба болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале зуба 14 на 1/4 длины корня, у верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, разме­ром 0,2-0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения зуба.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, обратился с жалобами на боли в области зуба 16.Зуб ранее лечен. Со слов больного, боли периодические, в основном, при на­кусывании. Местно: зуб 16розового цвета, под пломбой. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в неб­ном канале, а в медиальном щечном канале - тень инородного тела (часть дрильбора). У верхушки медиального щечного корня зуба 16- разрежение костной ткани, размером 0,3x0,2 см, без четких границ.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и само­произвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании опреде­ляется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в облас­ти которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба.

**Задача 4.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне вер­хушки корня зуба 22*.* Зуб ранее не лечен. Местно: зуб 22 изменен в цвете, перкус­сия безболезненна. При рентгенологическом исследовании в области вер­хушки корня зуба 22 определяется разрежение костной ткани с четкими грани­цами с резорбцией костной ткани на 2/3 длины корня.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите возможность сохранения зуба 22 и составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на резкие боли в области зуба 24 при накусывании, озноб, температура до 40,5°С, слабость, потливость, зуб запломбирован три дня назад. Конфигурация лица изменена за счет колла­терального отека щечной области слева. Местно: зуб 24 подвижен, слизистая оболочка в области зубов 23, 24, 25гиперемирована, отечна, выбухает как со стороны предверия так и с небной стороны. Перкуссия зуба резко болезненна. При рентгенологическом исследовании в области зуба 24 определяется разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,4 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на наличие корней зубов 45, 44, 43. Больная готовится к протезированию. Местно: зубы 45, 44 коронковая часть раз­рушена полностью, частично покрыта слизистой оболочкой, у зуба 43 1/3 ко­ронковой части сохранена. Остальные зубы на нижней челюсти отсут­ствуют. При рентгенологическом исследовании зубов 45, 44, 43 - периодонтальная щель зубов 45, 44 расширена, зуб 43 - без особенностей.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 46 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 42, 41, 31, 32. Неоднократно лечилась у пародонтолога. Местно: зубы 42, 41, 31, 32 подвижность III степени. При пальпации из карманов 42, 41, 31, 32 зубов гнойное отделяемое. При рентгенологическом исследовании 42, 41, 31, 32 зубов определяется атрофия костной ткани на 2/3 длины корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план лечения.

**Задача 8.** Больная, 22 лег, обратилась с жалобами на неприятный запах изо рта, периодически возникающую припухлость и боль в области зуба 38. Неприят­ный запах изо рта. Слизистая оболочка в области зуба 38 незначительно гиперемирована, отечна. Зуб 38прорезался дистальными буграми. При рентгено­логическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 38.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению зуба 38 и составьте план лечения.

**Задача 9.** Больной, 40 лет, обратился с целью санации полости рта. Больной страдает гемофилией. Местно: коронковая часть зуба 26 разрушена, корни раз­делены. Зуб ранее лечен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания к удалению и составьте план лечения.

**Задача 10.** Больной, 54 лет, поступил с жалобами на боли и припухлость со сто­роны неба в области зуба 26. Три месяца назад перенес инфаркт миокарда. Местно: коронковая часть зуба 26разрушена, слизистая оболочка неба гйперемирована, отечна, определяется участок флюктуации, пальпация неба резко болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больная, 23 лет, беременность - 24 недели, обратилась с целью сана­ции полости рта. Местно: коронковые части зубов 46, 36 разрушены, корни зубов 46, 36 разделены, перкуссия незначительно болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите ряд дополнительных мероприятий, необходимых при удалении зубов у беременных женщин, и сроки его проведения.

**Задача 12.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта. Боли при глотании, а также в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой под­челюстной области. Местно: рот открывается на, 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части зуба 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Какова тактика врача в данной ситуации?

**Задача 13.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области зуба 38. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2,5 см, слизистая оболочка над зубом 38отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверх­ности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону преддверия полости рта.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите показания и противопоказания к удалению зуба 38.
3. Техника удаления зуба 38.

**Задача 14.** Больной, 54 лет, обратился с жалобами на невозможность изготовле­ния мостовидного протеза из-за неправильно расположенного зуба 13. Местно: слизистая оболочка в области зубов 14, 12, 11 без особенностей, выбухает, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется горизонтальное расположение зуба 13,который упирается режущим краем в вер­хушку корня зуба 12.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операций удаления зуба 13?
3. Техника оперативного вмешательства.

**Задача 15.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на боли в зубе 37, ранее зуб 37 не лечен. Местно: рот открывается свободно, зуб 37 интактный, зуб 38упирается в зуб 37 дистальными буграми.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Техника удаления зуба 38.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Инструменты для удаления зубов на верхней и нижней челюсти.

**Модуль *2 Основы челюстно-лицевой хирургии***

**Тема 3** *Воспалительные заболевания челюстей, лица и шеи (периостит, остеомиелит, лимфаденит*

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого гнойного периостита.
2. Клиническая картина и лечение периостита челюсти.
3. Классификация остеомиелитов челюстей (гематогенный, одонтогенный, травматический, огнестрельный).
4. Этиология, патогенез и патологическая анатомия одонтогенного остеомиелита челюстей.
5. Лечение одонтогенного острого и хронического остеомиелита.
6. Анатомия лимфатической системы лица и шеи.
7. Классификация лимфаденитов.
8. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика и лечение острых и хронических лимфаденитов.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

 **Задача** **1**. Больной Ц., 24 лет, отмечает головную боль, нарушение сна, повышение температуры тела до 380С. Болен в течение 3 дней. Объективно: кожные покровы бледные, имеется асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей в подглазничной области слева. Кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. В поднижнечелюстной области слева пальпируются увеличенные болезненные лимфатические узлы. В полости рта: коронка 2.5 зуба частично разрушена, по переходной складке верхней челюсти слева имеется инфильтрат, на уровне 2.5 зуба – флюктуация.

Поставьте клинический диагноз. Назовите возможные осложнения.

 **Задача** **2**. Больной С., 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева, затрудненное открывание рта, повышение температуры тела. Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей в околоушно-жевательной области слева, ограничение открывания рта до 1,5 см между резцами, инфильтрация ретромолярной области слева, разрушенный полуретинированный 3.8. В поднижнечелюстной области – увеличенные болезненные лимфатические узлы.

Поставьте предполагаемый диагноз. Составьте план лечения.

 **Задача** **3**. Больной К., 50 лет, обратился с жалобами на постоянные боли в нижней челюсти справа, снижение кожной чувствительности в области нижней губы и подбородка справа, слабость. Болен 2 дня. Заболевание связывает с появлением постоянных ноющих болей, усиливающихся при накусывании на 4.6 зуб. При осмотре общее состояние средней тяжести. Отмечается асимметрия лица за счет отека и инфильтрации околочелюстных мягких тканей. Регионарные лимфатические узлы увеличенные, подвижные, болезненные при пальпации. Тело челюсти справа утолщено. В области нижней губы и подбородка определяется снижение чувствительности. Открывание рта несколько ограничено. 4.7, 4.6, 4.5 зубы имеют патологическую подвижность, болезненные при перкуссии. 4.6 зуб под пломбой. Слизистая оболочка альвеолярного отростка и переходной складки отечна, гиперемирована и инфильтрирована.

Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для постановки диагноза? Составьте план комплексного лечения.

 **Задача** 4. Больная В., 49 лет, обратилась с жалобами на ноющие боли в области верхней челюсти слева, заложенность носа, выделения из него. Больна в течение 1,5 месяцев, когда появились ноющие боли в разрушенном 2.7, припухлость левой щеки. Лечилась в течение 7 дней амбулаторно по поводу острого гнойного периостита верхней челюсти. Выписана с улучшением. В течение последних 2 недель из лунки удаленного 2.7 зуба – гнойное отделяемое. В поликлинике дважды производился кюретаж лунки. Улучшения не наступало. Объективно: самочувствие и общее состояние больной удовлетворительное, сохраняется незначительная отечность левой щеки, носовое дыхание затруднено. Из носа – слизисто-гнойные выделения. При пальпации – верхняя челюсть утолщена, из лунки 2.7 зуба выделяется гной, 2.6, 2.7 зубы имеют патологическую подвижность I – II степени, альвеолярный отросток утолщен. На рентгенограмме альвеолярного отростка верхней челюсти и придаточных пазух носа – деструкция костной ткани в области лунки 2.7 зуба, нарушена прозрачность верхнечелюстного синуса слева.

Поставьте клинический диагноз, наметьте комплексное лечение.

 **Задача** **5**. Больной 30 лет обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа, которую обнаружил случайно. Считает себя практически здоровым. При осмотре в поднижнечелюстной области определяется ограниченная припухлость 4,0 см в диаметре, безболезненная, смещаемая, плотной консистенции (хрящеподобной). Открывание рта свободное. Полость рта не санирована.

Поставьте предварительный диагноз. Какое дополнительное обследование необходимо провести?

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Осмотр пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
2. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 4** *Воспалительные заболевания мягких тканей (абсцессы, флегмоны)*

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Тестовые задания:**

**Вариант 1**

1. Наиболее типичным клиническим признаком периостита является:

а) затрудненное открывание рта

б) асимметрия лица

+в) гиперемия и отек переходной складки в проекции «причинного» зуба

г) подвижность всех зубов

д) выбухание подъязычных валиков

2. В день обращения при периостите челюстей необходимо:

+а) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

б) назначить физиотерапевтическое лечение

в) вскрыть гнойный очаг

г) начать иглорефпексотерапию

д) сделать новокаиновую блокаду

3. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

а) перелом челюсти

б) обострение хронического периодонтита

в) острый лимфаденит

+г) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

д) острый паротит

4. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти проявляется:

а) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

+б) в ознобах, повышении температуры до 40°С, симптоме Венсана, подвижности зубов

в) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже

г) в подвижности всех; зубов на челюсти

5. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается:

+а) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

б) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

в) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

г) в удалении причинного зуба

д) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

6. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвест­ре заключается:

а) в санации полости рта

+б) в секвестрэктомии

в) в антибактериальной терапии, иссечении

г) в антибактериальной терапии

д) в периостотомии в области причинного зуба

7. Наиболее частой причиной развития флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области явля­ется:

а) повреждения кожи челюстно-лицевой области

б) гнойничковые заболевания кожи лица

+в) грипп и другие инфекционные заболевания

г) внесение инфекции на игле при выполнении

д) одонтогенные очаги инфекции

8. Наиболее тяжелым осложнением флегмон нижних отделов лица является:

а) гематома мягких тканей

б) паротит

в) тромбоз синусов головного мозга

+г) медиастинит

д) парез лицевого нерва

9. Необходимость выполнения трахеостомии из-за нарушения дыхания чаще возникает при флегмоне:

+а) щечной области

б) подподбородочной области

в) поднижнечелюстной области

г) околоушно-жевательной области

д) дна полости рта

10. При абсцессах и флегмонах основным лечебным мероприятием является:

а) лечение сульфаниламидами

+б) вскрытие гнойного очага

в) удаление зуба

г) лечение антибиотиками

**Вариант 2**

1. Основной причиной развития периостита является:

+а) обострение хронического периодонтита

б) перелом нижней челюсти

в) ушиб мягких тканей лица

г) опухоли альвеолярного отростка

д) обострение хронического гайморита

2. Наиболее частый путь распространения воспалительного экссудата из периодонта в надкостницу:

а) вдоль нервных волокон

б) по кровеносным сосудам

+в) по гаверсовым и фолькмановским каналам

г) по лимфатическим сосудам

3. В день обращения при периостите челюстей необходимо:

а) начать иглорефлексотерапию

б) сделать новокаиновую блокаду

в) назначить физиотерапевтическое лечение

г) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

+д) вскрыть гнойный очаг

4. По течению остеомиелит классифицируется на:

а) подострый, хронический

+б) острый, подострый, хронический

в) острый, хронический

г) ограниченный, диффузный

5. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

+а) в ознобах, повышении температуры до 40°С, симптоме Венсана, подвижности зубов

б) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

в) в подвижности всех зубов на челюсти

г) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже

6. Причинный зуб при остром одонтотенном остеомиелите необходимо:

а) депульпировать

б) реплантировать

в) раскрыть

г) запломбировать

+д) удалить

7. Для лечения остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием:

а) эритромицин, оксациллин

б) канамицин, бисептол

+в) линкомицин, фузидин натрия

г) пенициллин, метилурацил

д) ампициллин, секурапен

8. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:

+а) сформировавшегося секвестра

б) после курса антибактериальной терапии

в) после проведения курса физиотерапевтического лечения

г) формирования секвестра

9. Абсцесс и флегмона - это воспаление:

а) железы

+б) клетчатки

в) мышцы

г) слизистой оболочки

д) кости

10. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является

а) отек крыло-челюстной складки

б) тризм

в) гиперемия кожи в области нижней губы

г) отек и гиперемия щечных областей

+д) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

**Вариант 3**

1. Наиболее типичным клиническим признаком периостита является:

а) выбухание подъязычных валиков

б) асимметрия лица

+в) гиперемия и отек переходной складки

г) подвижность всех зубов

д) затрудненное открывание рта

2. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе:

а) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

+б) слизистой и надкостницы по переходной складке

в) в подподбородочной области по средней линии

г) окаймляющем угол нижней челюсти

д) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

3. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

+а) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

б) острый паротит

в) острый лимфаденит

г) перелом челюсти

д) обострение хронического периодонтита

4. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

а) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки

б) подвижность всех зубов на челюсти

в) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

+г) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов

5. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается:

+а) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

б) в удалении причинного зуба

в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

г) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

6. При хроническом остеомиелите секвестры удаляют от начала заболевания через:

а) 1 неделю

+б) 5-8 недель

в) 3-4 недели

г) 2-3 недели

7. Наиболее частой причиной развития флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области является:

а) внесение инфекции на игле при выполнении местного обезболивания

б) повреждения кожи челюстно-лицевой области

в) гнойничковые заболевания кожи лица

г) грипп и другие инфекционные заболевания

+д) одонтогенные очаги инфекции

8. Развитие флегмоны челюстно-лицевой области приводит к нарушению функции:

а) глотания

б) дыхания

+в) возможно нарушение всех указанных функций

г) речи

д) жевания

9. При абсцессах и флегмонах основным лечебным мероприятием является:

+а) вскрытие гнойного очага

б) лечение антибиотиками

в) лечение сульфаниламидами

г) удаление зуба

Выберите несколько правильных ответов:

1. Наиболее частой причиной развития периостита являются: (укажите правильные ответы)

а) ушиб мягких тканей лица

+б) перикоронит

+в) альвеолит

г) перелом нижней челюсти

д) обострение хронического гайморита

+е) острый пародонтит

**Вопросы для устного опроса:**

1. Терминология, классификация одонтогенных абсцессов лица и шеи.
2. Этиология, патогенез, типы воспалительных реакций при острых гнойных воспалительных заболеваний различных областей головы и шеи.
3. Патологическая анатомия при абсцессах и флегмонах. Стадии воспалительной реакции.
4. Анатомо-топографическая классификация одонтогенных абсцессов и флегмон.
5. Данные лабораторных обследований (кровь, моча и др.) при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
6. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем, сахарным диабетом.
7. Особенности клинического течения абсцессов и флегмон в зависимости от анатомо-топографической локализации гнойного процесса.
8. Общие принципы обследования и лечения больных с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.
9. Осложнения одонтогенных флегмон лица (тромбофлебит, тромбоз кавернозного синуса).
10. Осложнения одонтогенных флегмон лица (медиастинит сепсис).

**Задание к письменным контрольным работам:**

1. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
2. Назовите основные общие и местные симптомы при локализации воспалительного процесса в поверхностном и глубоком клетчаточном пространстве лица.
3. Как Вы понимаете «распространенная (прогрессирующая)» и «гнилостно-некротическая» флегмона.
4. Изложите принципы диагностики и лечения одонтогенных флегмон.
5. Какие Вы знаете осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи.
6. Перечислите основные принципы комплексного лечения больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и их осложнениями.
7. Как проявляется актиномикоз, туберкулез и сифилис в челюстно-лицевой области? На чем основана диагностика этих заболеваний?

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Осмотр пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
2. План обследования пациента с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
3. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 5** *Травматические повреждения мягких тканей и костей лица. Диагностика, первая помощь пострадавшим, транспортная иммобилизация при переломах. Переломы скуловой кости и дуги.*

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Методы обследования больных с травмой мягких тканей и костей лица.
3. Классификация повреждений мягких тканей и костей лица.
4. Клиника и диагностика повреждений мягких тканей лица.
5. Клиника и диагностика переломов скуловой кости и скуловой дуги.
6. Клиника и диагностика переломов верхней челюсти.
7. Клиника и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти).
8. Основные принципы первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области. Последовательность обработки ран слизистой оболочки, кости, мышц и кожи лица. Функциональные и косметические требования.
9. Временная транспортная иммобилизация при переломах нижней челюсти.

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 22 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 22. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 22 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов 11, 22 снижена.

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

**Задача 2.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усили­вающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II сте­пени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболоч­ка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 13, 12 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, пе­риодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

**Задача 4.** Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Задача 5.** В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фрон­тальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловли­вающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неиз­вестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьяне­ния. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в даль­нейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Ботки­на, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоро­вым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследова­нии нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной ком­пактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отсто­ит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночью. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответ­ственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между зубами 35, 37. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, кпереди и в язычную сторону. Средняя линия (между цент­ральными резцами) смещена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

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

**Задача 7.** Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на третьи сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено, что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей в око­лоушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмеча­ется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фраг­менте нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 8.** Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом о лобовое стекло, был доставлен в больницу, где было проведена первичная хирур­гическая обработка (ПХО) мелких ран и ссадин лица, введена противостолбнячная сыворотка. Спустя четверо суток в связи с неудобствами во время приема пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В на­стоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяются многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного косой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагмен­тов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов верти­кальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. Зуб 38 распо­ложен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенограмме нижней челюсти определяется вертикальнокосое расположение тени линии пере­лома, несколько кнутри и кзади, причем на наружной и внутренней ком­пактных пластинках не на одном уровне.

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

**Задача 9.** Больной, 30 лет, обратился в клинику с жалобами на отечность мягких тканей и боль в области подбородка. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад был избит неизвестными. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операцию по поводу гайморита слева около четырех лет назад. При осмотре отмечается гематома в области подбородка слева, прикус не нарушен, ограничение открывания рта и смещение средней линии влево при опускании нижней челюсти. При пальпации определяется болезненность в области заднего края ветви, при нагрузке на подбородок выявляется усиление локальной болезненности в области ветви нижней челюсти слева. Симптом «ступеньки» не выявляется.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Составьте план лечения.

**Задача 10.** В клинику обратилась больная, 20 лет, с жалобами на ограничение открывания рта. В анамнезе удар подбородком о твердый предмет. Травма произошла при сжатых челюстях. Внешний осмотр без особенностей; открывание рта ограничено до 1,5 см, прикус не нарушен, но при опус­кании нижней челюсти он смешается в левую сторону. При пальпации в области переднего края ветви нижней челюсти слева определяется резкая болезненность в области основания венечного отростка.

1. Какое заболевание или патологическое состояние можно предположить?
2. Каких данных недостает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Какую рентгенограмму необходимо сделать для уточнения диагноза?

**НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПЕРЕЛОМЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВЫХ КОСТЕЙ СРЕДНЕЙ ЗОНЫ ЛИЦА**

**Задача 1.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 3.** Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 4.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боль и отек в области левой половины лица. Из анамнеза выяснено, что травму получил сутки назад в драке. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний: простудные болезни: два года назад получил перелом правого предплечья и правой голени в результате автоаварии. Год назад был перелом нижней челюсти слева в области подбородка. В настоящее время по общему статусу счита­ет себя здоровым. При местном осмотре определяется отек мягких тканей скуловой области слева с тенденцией к распространению на левую щеч­ную область, пальпаторно определяется некоторое западение мягких тка­ней и нарушение кривизны в области скуловой дуги слева. Рот открывает­ся на 2,0 см. В полости рта зуб 24 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе. Подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю слева в проекции зубов 33, 34, 35.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 5.** Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 7.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 8.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

 **Задача 9.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские и простудные болезни, хронический бронхит, воспаление легких в 20-летнем возрасте, около года назад был nepелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяются ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выражен­ный отек средней зоны лица с кровоизлиянием в области век и коньюктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парастезия мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом «ступеньки» в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации отмечается подвиж­ность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвиж­ности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется зна­чительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для подтверждения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 10.** Больная, 20 лет, доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на сильную головную боль, припухлость и ссадины на лице. Во время получения травмы сознание не теряла. Из пе­ренесенных заболеваний указывает на частые простудные болезни. При осмотре определяется отек мягких тканей в области носа и подглазничных областей: при пальпации в данных областях имеется болезненность, больше в проекции подглазничного отверстия слева. Прикус нарушен, по типу открытого.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**СОЧЕТАННЫЕ НЕОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ**

**ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

**Задача 1.** В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении лег­кового автомобиля, который врезался во встречный автобус. Больная без сознания, сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.

1. Какова очередность оказания специализированной помощи?
2. В каком отделении должна находиться больная?
3. Наметьте план лечения хирургом-стоматологом.

**Задача 2.** В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21 зуба, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение голов­ного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 3.** Больная, 20 лет, поступила в многопрофильную клинику с диагнозом: сотрясение головного мозга и перелом основания черепа в средней череп­ной ямке, перелом верхней челюсти с повреждением пазух, перелом ниж­ней челюсти, скуловой кости и дуги, левой ключицы и костей таза. Мно­жественные сочетанные повреждения получены в автокатастрофе. Брига­дой «скорой помощи» проведена противошоковая терапия, наложена трахеостома.

1. Какова преемственность оказания специализированной врачебной помощи?
2. Обоснуйте сроки оказания специализированной стоматологической помощи.

**Задача 4.** В клинику доставлен пациент, 32 лет, с травмой челюстно-лицевой области и нижних конечностей, после падения с 3-го этажа жилого дома. Была потеря сознания. Из перенесенных заболеваний указывает на воспа­ление легких, операцию на желудке и на перелом нижней челюсти справа около года назад. В настоящее время по общему статусу считает себя здо­ровым. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей в области средней зоны лица, пальпация которой резко болезненна, имеются кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон, прикус нарушен, пол­ного смыкания зубов в переднем отделе нет. В области угла нижней че­люсти справа пальпируется утолщение кости. Имеются переломы обеих голеней на разных уровнях.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для диагностики?

**Задача 5.** Больной обратился на вторые сутки после травмы челюстно-лицевой области. После нескольких ударов в область лица потерял сознание, на­блюдается тошнота, рвота. При местном осмотре отмечается отечность мягких тканей средней зоны лица, гематомы подглазничных областей, кровоизлияния в конъюктивы глаз с двух сторон. В полости рта опреде­ляется нарушение прикуса, отсутствуют 16, 26 зубы, вывихнуты 11, 21 зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Транспортная (временная) иммобилизация при переломах нижней челюсти
2. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 6** *Оперативное и консервативное лечение переломов верхней и нижней челюсти, скуловой кости и скуловой дуги. Осложнения. Уход, питание больных.*

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Консервативные методы иммобилизации. Иммобилизация с помощью назубных, зубонадесневых и надесневых шин.
2. Виды назубных проволочных шин, показания к наложению, техника изготовления и закрепления.
3. Показания к хирургическим методам иммобилизации костей лица.
4. Виды, преимущества и недостатки хирургических методов иммобилизации переломов костей лица.
5. Принципы оперативных вмешательств при переломах скуловой кости и дуги.
6. Принципы оперативных вмешательств при переломах верхней челюсти.
7. Принципы оперативных вмешательств при переломах нижней челюсти.

**Тестовые задания:**

**Вариант 1**

1. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

а) введение воздуховода

+б) вытягивание и фиксация языка

в) удаление инородного тела

г) трахеотомия

2. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается:

а) в удалении инородного тела

б) в трахеотомии

+в) в очистке полости рта, придания положения раненому, обеспечивающего свободное дыхание

г) во введении воздуховода

д) в восстановлении анатомического положения органа

3. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

+а) экономное иссечение тканей в области раны, наложение швов, использование первич­ной пластики, обшивания раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

б) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

в) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, тугое тампо­нирование раны

г) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки

д) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирова­ние раны

4. Основным симптомом перелома челюстей является:

а) носовое кровотечение

б) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

в) головная боль

+г) патологическая подвижность челюсти

5. Импровизированная повязка при переломах челюстей для транспортной иммобилизации:

а) компрессионно-дистракционный аппарат

+б) круговая теменно-подбородочная повязка

в) шапочка Гиппократа

г) аппарат Збаржа

д) круговая лобно-затылочная повязка

6. Ортопедические методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

+а) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

б) аппарат Збаржа

в) межчелюстное лигатурное связывание

г) остеосинтез

7. Оперативные методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

б) межчелюстное лигатурное связывание

в) аппарат Збаржа

+г) остеосинтез

Выберите несколько правильных ответов:

8. Транспортировка раненых с повреждением челюстно-лицевой области проводится положении:

+а) лежа на спине с повернутой набок головой

б) сидя

+в) лежа на животе

г) лежа на спине

9. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключает­ся:

а) перевязке сосуда на протяжении

+б) в тугой тампонаде раны

+в) пальцевом прижатии сосуда

г) в наложении жгута

10. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области являются:

+а) шок

б) пневмония

+в) кровотечение

г) периодонтит поврежденных зубов

+д) асфиксия

е) парез лицевого нерва

**Вариант 2**

1. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

а) дислокационная

б) клапанная

в) стенотическая

г) аспирационная

+д) обтурационная

2. Ранения лица отличаются от ран других областей:

+а) несоответствием внешнего вида раны с общим состоянием раненого

б) сроками эпителизации раны

в) течением раневого процесса

г) быстрым развитием осложнений

3. Вторичными ранящими снарядами называются:

а) зона некротических изменений костной ткани

б) разрывные пули

+в) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

г) стреловидные элементы

д) осколки снаряда

4. Для профилактики дислокационной асфиксии язык прошивается:

а) по средней линии

+б) на границе передней и средней трети

в) в передней трети

г) у корня

5. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

а) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, тугое тампонирование раны

б) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны

в) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки

+г) экономное иссечение тканей в области раны, наложение швов, использование первичной пластики, обшивания раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

д) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

6. На характер смещения; отломков при переломах нижней челюсти решающее влияние оказывает:

а) сила удара

+б) направление тяги мышц, прикрепленных к фрагментам челюсти

в) вес отломков, обусловленный их размером

7. Транспортную иммобилизацию отломков челюстей проводят:

+а) стандартной жесткой подбородочной пращей с опорной головной повязкой

б) ленточными назубными шинами

в) проволочными назубными шинами

г) назубными шинами и быстро твердеющими пластмассами

8. Основные жалобы при переломе челюстей:

а) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

б) боль, сухость во рту, кровоподтеки

+в) нарушение прикуса, боль, припухлость, кровоподтеки

9. Ортопедические методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) аппарат Збаржа

+б) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

в) остеосинтез

г) межчелюстное лигатурное связывание

Выберите несколько правильных ответов:

10. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключается:

+а) в тугой тампонаде раны

б) перевязке сосуда на протяжении

в) в наложении жгута

+г) пальцевом прижатии сосуда

**Вариант 3**

1. Симптом очков при переломах верхней челюсти возникает:

а) через 2 суток после травмы

б) через сутки после травмы

+в) сразу после травмы

г) в сроки более 2 суток после травмы

2. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными органами полости рта (языка) при их повреждении:

а) аспирационная

б) клапанная

в) стенотическая

+г) дислокационная

д) обтурационная

3. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается:

+а) в очистке полости рта, придания положения раненому, обеспечивающего свободное дыхание

б) в удалении инородного тела

в) в трахеотомии

г) во введении воздуховода

д) в восстановлении анатомического положения органа

4. Ранения лица отличаются от ран других областей:

а) быстрым развитием осложнений

б) сроками эпителизации раны

+в) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

г) течением раневого процесса

5. Последовательность этапов первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

а) вначале обрабатывается рана мягких тканей

+б) вначале обрабатывается костная рана

6. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации:

а) компрессионно-дистракционный аппарат

б) аппарат Збаржа

в) шапочка Гиппократа

г) круговая лобно-затылочная повязка

+д) пращевидная повязка

7. Оперативные методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

+а) остеосинтез

б) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

в) межчелюстное лигатурное связывание

г) аппарат Збаржа

8. Зуб, находящийся в линии перелома:

а) оставляют

б) фиксируют лигатурной проволокой

в) удаляют и реплантируют

+г) удаляют

Выберите несколько правильных ответов:

9. Наиболее существенными факторами риска развития травматического остеомиелита челюстей являются:

а) травма плохо изготовленным протезом

+б) зуб или корень зуба в линии перелома

в) острый лимфаденит

+г) неудовлетворительная репозиция и иммобилизация отломков

д) возраст больного

е) сила и направление повреждающего фактора

10. Окончательная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключается

+а) в перевязке сосуда на протяжении

б) в тугой тампонаде

+в) в перевязке или прошивании сосуда в ране

г) в пальцевом прижатии сосуда

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Транспортная (временная) иммобилизация при переломах нижней челюсти
2. Чтение и разбор рентгенограмм

**Тема 7** *Опухоли мягких тканей лица и полости рта. Опухоли челюстей. Опухоли слюнных желез.*

**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 неодонтогенных доброкачественных опухолях челюстно-лицевой области.
2. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявле­ния, диагностика доброкачественных опухолей челюстно-лицевой области.
3. Классификация, этиология, патогенез, клинические проявле­ния, диагностика злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
4. Опухоли мягких тканей — клинические проявления, диагнос­тика, лечение.
5. Опухоли челюстей — клинические проявления, диагностика, лечение.
6. Опухоли слюнных желез — клинические проявления, диагнос­тика, лечение.

**Тестовые задания:**

**Вариант 1**

1. Основным методом лечения фибром и папиллом челюстно-лицевой области является:

+а) иссечение в пределах здоровых тканей

б) прижигание

в) химиотерапия

г) лучевая терапия

2. Клиническая картина фиброзного эпулиса характеризуется:

а) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

б) ограниченным участком ороговения десны

+в) плотным безболезненным образованием на широком основании

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

3. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

а) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

б) болезненным дефектом костной ткани челюсти

в) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

г) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

+д) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

4. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

а) частичная резекция челюсти

б) криодеструкция

в) половинная резекция челюсти

+г) цистэктомия

д) склерозирование

5. Для раковой язвы на нижней губе и слизистой оболочке полости рта характерны признаки:

а) отсутствие болезненности, валикообразные плотные края, сальное дно с желтоватыми чешуйками

+б) умеренная болезненность, вывернутые, приподнятые края, некротические ткани на дне

в) резкая болезненность, истонченные края, стекловидные грануляции на дне

г) умеренная болезненность, края отечны, ярко гиперемированы, на дне - гнойно-фибринозный налет

6. Ранними симптомами злокачественных опухолей челюстей являются:

+а) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптом Венсана, утолщение челюсти

б) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

в) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

7. Основным методом лечения распространенного рака нижней губы и слизистой оболоч­ки полости рта является:

а) хирургический

б) электрокоагуляция опухоли

в) лучевая терапия

г) химиотерапия

+д) комбинированный метод

8. Одним из основных хирургических методов лечения рака челюстей является:

+а) половинная резекция челюсти

б) электрокоагуляция опухоли

в) операция Крайла

г) операция Колдуэлл-Люка

д) операция по Бильроту

Выберите несколько правильных ответов:

9. К органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) остеома

+б) эпулис

в) гемангиома

+г) амелобластома

д) остеобластокластома

10. Основными этиологическими факторами в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта являются: (укажите 2 правильных ответа)

+а) предраковые заболевания

б) гиперсаливация

+в) длительное раздражение слизистой оболочки механическими, химическими, температурными факто­рами

г) частичная аденгия

д) массивные зубные отложения

е) заболевания желудочно-кишечного тракта

**Вариант 2**

1. Основным клиническим признаком кавернозной гемангиомы является:

а) наличие флеболитов

б) боль при пальпации новообразования

в) наличие эрозий на поверхности новообразования без тенденции к кровоточивости

+г) уменьшение при надавливании и восстановление прежнего объема опухоли после прекращения давления

д) болезненный инфильтрат

2. Амелобластома относится к группе:

а) воспалительных заболеваний

б) опухолеподобных образований

в) предраков

г) злокачественных одонтогенных опухолей

+д) доброкачественных одонтогенных опухолей

3. Папиллома характеризуется:

а) наличием уплотнения; и слизистой оболочки вокруг её основания

б) быстрым ростом

+в) отсутствием уплотнения и слизистой оболочки вокруг её основания

г) болевыми ощущениями

4. Причины возникновения дермоидной кисты:

а) травма

б) перенесенный воспалительный процесс в мягких тканях

в) осложнение хронического периодонтита

+г) нарушение эмбрионального развитая челюстно-лицевой области

5. Остеома на рентгенограмме проявляется:

а) участком пониженной платности

+б) участком повышенной плотности с четкими контурами

в) участком остеопороза

г) участком повышенной плотности без четких контуров

6. Причины возникновения фолликулярной кисты:

+а) нарушение развития зачатка зуба

б) перенесенный остеомиелит челюсти

в) травма челюсти

г) осложнение хронического периодонтита

7. Основным методом лечения распространенного рака нижней губы и слизистой оболочки полости: рта является:

а) хирургический

б) лучевая терапия

в) электрокоагуляция опухоли

г) химиотерапия

+д) комбинированный метод

Выберите несколько правильных ответов:

8. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) физикальный

б) биохимический

+в) гистологический

г) ангиографический

д) иммунологический

+е) цитологический

9. Основными этиологическими факторами в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта являются: (укажите 2 правильных ответа)

+а) длительное раздражение слизистой оболочки механическими, химическими, температурными факторами

б) гиперсаливация

в) частичная адентия

+г) предраковые заболевания

д) заболевания желудочно-кишечного тракта

е) массивные зубные отложения

10. К органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) остеома

+б) эпулис

в) ангиома

+г) амелобластома

д) остеобластокластома

**Вариант 3**

1. Фиброма характеризуется:

а) изъязвлением покрывающей её слизистой оболочки

+б) медленным ростом

в) болевыми ощущениями

г) быстрым ростом

2. Уточнению диагноза дермоидной кисты помогает:

+а) цитологическое исследование пунктата

б) рентгенография

в) электромиография

г) исследование крови

3. Методом лечения кавернозной гемангиомы является:

а) лучевое воздействие

б) физиолечение

в) элекгрокоагуляция

г) прижигание

+д) склерозирующая терапия

4. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

а) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

б) болезненным дефектом костной ткани челюсти

в) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

+г) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

5. Причины возникновения радикулярной кисты:

+а) осложнение хронического периодонтита

б) перенесенный остеомиелит челюсти

в) травма челюсти

г) нарушение развития задатка зуба

6. Боковая киста шеи локализуется:

а) по переднему краю трапецевидной мышцы

б) в подподбородочной области

+в) в средней трети шеи, по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы

г) в поднижнечелюстной области

д) по средней линии шеи

7. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:

а) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

+б) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

в) размеров опухоли

г) жалоб больного

д) жалоб больного, размеров опухоли

8. Для раковой язвы на нижней губе и слизистой оболочке полости рта характерны признаки:

+а) умеренная болезненность, вывернутые, приподнятые края, некротические ткани на дне

б) отсутствие болезненности, валикообразные плотные края, сальное дно с желтоватыми чешуйками

в) резкая болезненность, истонченные края, стекловидные грануляции на дне

г) выраженная болезненность, края отечны, ярко гиперемированы, на дне - гнойно­фибринозный налет

9. Ранними симптомами злокачественных опухолей челюстей являются:

а) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

+б) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптом Венсана, утолщение челюсти

в) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

10. При метастазах рака органов челюстно-лицевой области в регионарные лимфатические узлы применяется операция:

а) Венсана

б) Колдуэлл-Люка

в) Редона

+г) Крайла

**Тексты ситуационных задач(типовые):**

**ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫЕ НОВООБРАЗОВАНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА, ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА, ЧЕЛЮСТЕЙ**

**Задача 1.** Больная, 70 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие новообразования в области переходной складки верхней челюсти слева. Обнаружила образование полгода назад. Болезненность появляется в этой области при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть, которым пользуется 10 лет. По переходной складке слева на уровне отсутствующих 17,16,15,14 имеется образование с широким основанием, напоминающее складку, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на боли, возникающие во время приема пищи в области верхней челюсти справа, при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть. Протез изготовлен 8 лет назад. Отмечает сухость во рту. В области отсутствующих фронтальных зубов на уровне 14,13,12,21 имеется новообразование в виде нескольких складок, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненность.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** Больная, 64 лет, обратилась с жалобами на обильное слюноотделение, невозможность приема пищи, боль при открывании рта. Определяется новообразование на переходной складке в области 16,15,14. Болезненность в этой области появляется при пользовании полным съемным протезом. У больной полная вторичная адентия. Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена. На уровне отсутствующих 16,15,14 имеется дольчатое образование на широком основании. Полные съемные протезы на нижнюю и верхнюю челюсти изготовлены 5 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на невозможность носить полный съемный протез нижней челюсти из-за новообразования на нижней челюсти слева. В области альвеолярного отростка нижней челюсти слева определяется новообразование, напоминающее складки слизистой оболочки полости рта, на широком основании, слизистая оболочка этой области гиперемирована, отечна. Полный съемный протез на нижнюю челюсть изготовлен 10 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на новообразование в области слизистой оболочки щечной области справа, округлой формы. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа определяется новообразование с четкими границами, бледно-розового цвета, размером 0,5 см, на широком основании. У больной вторичная частичная адентия.

1. О какой опухоли можно думать?
2. Составьте план лечения.

 **Задача 6.** Больная. 35 лет, обратилась с жалобами на жжение во рту, сухость, боль по линии смыкания зубов в области слизистой оболочки щечной области справа. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа имеется новообразование округлой формы, размером до 1,0 см, на широком основании.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите признаки, не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.
3. Составьте план лечения.

 **Задача 7.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на сухость в полости рта и наличие новообразования на слизистой оболочке щечной области слева. У больной частичная вторичная адентия, отсутствуют 36, 37, по линии смыка­ния зубов на слизистой оболочке щечной области слева имеется новообра­зование, размером 1,0 см, на широком основании, бледно-розового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 8.** Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 36, 37, затрудненное открывание рта, опреде­ляется болезненность во время приема пищи. На уровне 36, 37 имеется ново­образование в области слизистой оболочки, бледно-розового цвета, буг­ристой формы, размером 1,5x1,0 см, **3**7 покрыт одиночной металлической коронкой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести для этой цели?

**Задача 9.** Больная, 23 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 44, 45. Отмечает, что ранее уже проводилось оперативное вмешательство по поводу этого новообразования. В области 44, 45 на слизистой оболочке имеется новообразование округлой формы, бледно-розового цвета, безболезненное при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 10.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 25, 26, 27, которое медленно растет - мешает открыванию рта и приему пищи. От 25 до 27 фиксирован несъемный мостовидный протез. В области 25, 26, 27 на слизистой оболочке определяется новообразование с бугристым рельефом, бледно-розового цвета, размером 1,5x1,0 см. Мостовидный протез изготовлен 10 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 11.**Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость десен, болезненность при приеме пищи, наличие новообразования в области 34, 35, появившееся после лечения 34, 35. В области 34, 35 имеется образование ярко красного цвета, кровоточащее при пальпации.

1. Какое заболевание вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 12.** Больная, 25 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области 24, 25, 26, кровоточащее при приеме пищи. Беременность - 32 неде­ли. В области 24, 25, 26 определяется новообразование ярко красного цвета, размером 1,5x1,0 см, кровоточащее при пальпации. Зубы интактные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 13.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на вновь появившуюся опу­холь (после удаления прошло полгода) в области 35, 36, болезненность при приеме пищи. В области 35, 36, 37 (35, 36, 37 под мостовидным протезом) имеется новообразование синюшного-красного цвета с рельефом отпечаток зубов, плотно-эластичной консистенции, кровоточит при пальпации.

1. Какое заболевание можете предположить?
2. Какое дополнительное исследование возможно провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 14.** Больная, 56 лет, направлена на консультацию из ортопедического отделения. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, кровоточи­вость десен в области верхней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток справа и слева на верхней челюсти симметрично утолщен. Ниж­ние жевательные зубы контактируют с новообразованием.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 15.** Больной, 57 лет, обратился с жалобами на новообразование в под­челюстной области справа, росло медленно, замечено случайно. В правой подчелюстной области имеется новообразование, размером 5,0x7,0 см, тестовидной консистенции, не спаяно с кожей, подвижное, безболезнен­ное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Сбор анамнеза
2. Составление плана лечения

**Тема 8** *Врожденные и приобретенные дефекты и деформации лица и челюстей. Принципы восстановительной и пластической хирургии. Защита истории болезни. Итоговое занятие.*

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация дефектов и деформаций лица.
2. Планирование, показания и противопоказания к проведению восстановительных операций.
3. Клиническое обследование больных перед проведением восстановительной операции.
4. Пластика местными тканями. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
5. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем. Выбор места для формирования стебля Филатова.
6. Техника операции. Этапы пластики филатовским стеблем.
7. Виды свободных кожных трансплантатов. Показания к свободной пересадке кожи. Техника операции.
8. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей. Способы фиксации пересаженных трансплантатов.
9. Пластика лоскутами на питающей ножке.
10. Этиология и патогенез врожденных расщелин верхней губы и неба.
11. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба.
12. Структура центра диспансеризации.
13. Основные специалисты центра диспансеризации. Их задачи и объем работы.

**Задание к письменным контрольным работам:**

1. Показания к проведению восстановительных операций.
2. Противопоказания к проведению восстановительных операций.
3. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
4. Виды местно-пластических операций.
5. Этапы пластики филатовским стеблем
6. Понятия о первичной и вторичной костной пластике челюстей.

**Темы для курсовой работы:**

**I. Основы стоматологии**

1. Кариес зубов. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
2. Осложнения кариеса. Пульпит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Осложнения кариеса. Периодонтит. Классификация. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Общие осложнения операции удаления зуба. Патогенез. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Подготовка пациентов с соматической патологией к операции удаление зуба.
5. Местные осложнения операции удаления зуба. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Подготовка пациентов с соматической патологией к операции удаление зуба.

**II. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области**

1. Периостит. Этиология, патогенез. Классификация. Острый периостит. Хронический периостит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
2. Остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Острый остеомиелит. Хронический остеомиелит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
3. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (Ангина Женсуля – Людвига). Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
4. Осложнения одонтогенных флегмон лица (тромбофлебит, тромбоз кавернозного синуса, медиастинит, сепсис). Клиника, методы диагностики. Лечение.
5. Лимфаденит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика.
6. Слюннокаменная болезнь. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
7. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.

**III. Травматические повреждения челюстно-лицевой области**

1. Повреждение мягких тканей челюстно-лицевой области. Классификация. Клиническая картина. Основные принципы первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области.
2. Перелом нижней челюсти. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
3. Перелом верхней челюсти. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
4. Перелом скуловой кости и дуги. Этиология, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.

**IV. Онкология челюстно-лицевой области**

1. Опухоли, опухолеподобные образования челюстно-лицевой области. Классификация, принципы классификации воз. Современные представления о биологической сущности опухолей. Теории канцерогенеза.
2. Одонтогенные опухоли челюстей. Амелобластома. Одонтома. Цементома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
3. Неодонтогенные остеогенные опухоли челюстей. Остеома. Остеоид-остеома. Остеобластома. Остеобластокластома. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
4. Опухолеподобные образования челюстей. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Диспластические процессы челюстей и других костей лицевого скелета. Фиброзная дисплазия. Херувизм. Эозинофильная гранулема. Солитарная костная киста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Доброкачественные новообразования сосудов. Гемангиома. Лимфангиома. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Липома челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
8. Опухолеподобные образования мягких тканей и слюнных желез челюстно-лицевой области. Ретенционная киста. Атерома кожи. Эпулис. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
9. Предраковые заболевания кожи, красной каймы губ, слизистой полости рта. Облигатные и факультативные формы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
10. Рак нижней губы. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
11. Рак языка. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
12. Рак нижней челюсти. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.
13. Рак верхней челюсти. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение и профилактика осложнений.

**V. Дефекты и деформации челюстно-лицевой области**

1. Пластика местными тканями. Основы планирования местно-пластических операций по А.А. Лимбергу.
2. Пластика лоскутами на питающей ножке (кожные или кожно-мышечные лоскуты на одной-двух питающих ножках, артериализированные лоскуты с осевым кровоснабжением, лоскуты на основе методов погружной кожной пластики, островные лоскуты, дублированные, сдвоенные). Показания. Виды. Оперативно-технические приемы. Достоинства и недостатки. Индийский способ ринопластики.
3. Показания к операции замещения дефекта челюстно-лицевой области филатовским стеблем. Выбор места для формирования стебля Филатова. Техника операции. Этапы пластики филатовским стеблем.
4. Свободная пересадка органов и тканей (трансплантация).
5. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Этиология и патогенез. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденными расщелинами верхней губы и неба. Структура центра диспансеризации. Основные специалисты центра диспансеризации. Их задачи и объем работы.

**Практические задания для демонстрации практических навыков:**

1. Сбор анамнеза.
2. План обследования.

**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. |
| Защита курсовой работы | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся выполнены все требования к написанию и защите курсовой работы: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся выполнены основные требования к курсовой работе и ее защите, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем курсовой работы; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающийся допускает существенные отступления от требований к защите курсовой работы. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании курсовой работы или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся не раскрыта тема курсовой работы, обнаруживается существенное непонимание проблемы |

1. **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования

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

*Ситуационные задачи*

1. Больной, 34 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в 15 при приеме твердой пищи, боль появилась месяц назад. Объективно: на жевательной поверхности 15 глубокая кариозная полость, зондирование болезненное по дну полости, реакция на холод болезненная, кратковременная.
2. Поставьте диагноз в соответствии с МКБ-10
3. Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить диагноз?
4. Какой метод обезболивания потребуется?

**Эталон ответа:**

1. Диагноз – глубокий кариес 1.5 зуба. К02.1
2. ЭОД, применение кариес – детектора, прицельная рентгенография зуба или радиовизиография
3. Местная инфильтрационная анестезия
4. Представлена зубная формула пациента 37 лет.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | С |  |  |  | П |  |  |  | С |  |  | О |  |  |
| 1.8 | 1.7 | 1.6 | 1.5 | 1.4 | 1.3 | 1.2 | 1.1 | 2.1 | 2.2 | 2.3 | 2.4 | 2.5 | 2.6 | 2.7 | 2.8 |
| 4.8 | 4.7 | 4.6 | 4.5 | 4.4 | 4.3 | 4.2 | 4.1 | 3.1 | 3.2 | 3.3 | 3.4 | 3.5 | 3.6 | 3.7 | 3.8 |
|  | C |  |  | П |  |  |  |  | О |  |  |  |  |  |  |

1. Рассчитайте индекс интенсивности поражаемости зубов кариесом (Индекс КПУ).
2. Определить уровень интенсивности кариеса зубов согласно возрастной группе
3. Какие ключевые возрастные группы при определении распространенности и интенсивности кариеса зубов выделяет ВОЗ?

**Эталон ответа:**

1. КПУ = 7 (К-3, П-2, У-2)
2. Средний уровень интенсивности
3. 12 лет, 25-44 года
4. Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и самопроизвольные боли, наличие свища в области зуба 46. Зуб ранее лечен. Местно: зуб 46 под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании определяется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации зуба 46, в области которого лежит тень пломбировочного материала.

1. Поставьте диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Рекомендации пациенту после удаления зуба

**Эталон ответа:**

1. Диагноз: хронический периодонтит зуба 4.6, перфорация дна полости зуба
2. Зуб 4.6 подлежит удалению. Под мандибулярной анестезией следует удалить 4.6 зуб, провести кюретаж лунки и свищевого хода, провести гемостаз
3. Марлевый тампон выплюнуть через 10-15 минут.

Не употреблять пищу в течение 2х часов после удаления зуба.

В течение нескольких дней после удаления зуба рекомендовано пережёвывать пищу на противоположной стороне.

В день удаления не полоскать полость рта, не греть щёку на стороне удаления.

Не рекомендуется посещение бани, сауны, бассейна, спортзала в течение 3х дней после удаления зуба.

Со следующего дня после удаления – ротовые ванночки (ромашка)

1. Задача 3. Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°С. При поступлении: температура тела 38.0°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 17, 16. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

**Эталон ответа:**

1. Диагноз – острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа
2. Необходимо определить причинные зубы, определить их подвижность и реакцию на перкуссию. Определить состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти справа, цвет, определяется ли болезненность при пальпации и наличие участков флюктуации.
3. Дополнительно следует провести: рентгенологическое исследование в области верхней челюсти справа для определения состояния переапикальных тканей 1.6, 1.7, так как в условии задачи не указано разрушены ли они, ОАК и ОАМ.
4. Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°С. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего по­явилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болез­ненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева опреде­ляется раневая поверхность с размозженными краями, заполненная некро­тическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизис­той оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений.
5. Поставьте диагноз.
6. Определите план обследования и лечения.
7. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, дайте им объяснение.

**Эталон ответа:**

1. Диагноз – флегмона щечной области слева
2. Дополнительно следует провести рентгенологическое обследование зубов и челюстей для выявления возможных очагов одонтогенного инфицирования и решить вопрос об их устранении. После этого – вскрытие флегмоны щеки слева под местной анестезией с премедикацией или под наркозом. Назначение антибактериальной, противовоспалительной, десенсебилизирующей, дезинтоксикационной терапии.
3. Несущественными для данного заболевания признаками является наличие на слизистой оболочке щек участков гиперкератоза, которые могут свидетельствовать о существующем у больного предраковом заболевании. После снятия воспалительных явлений необходимо лечить данную патологию.

1. Больная, 70 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие новообразования в области переходной складки верхней челюсти слева. Обнаружила образование полгода назад. Болезненность появляется в этой области при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть, которым пользуется 10 лет. По переходной складке слева на уровне отсутствующих 17,16,15,14 имеется образование с широким основанием, напоминающее складку, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненна.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

1. Диагноз – дольчатая фиброма в области верхней челюсти справа
2. Лечение – иссечение до надкостницы, при невозможности закрытия раны местными тканями, рану вести под йодоформной турундой.
3. Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.
4. Проведите обоснование диагноза.
5. Поставьте диагноз.
6. Составьте план лечения.
7. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Эталон ответа:**

1. Диагноз ставится на основании данных анамнеза (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а также на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
2. Диагноз – перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
3. Лечение – шинирование челюстей с наложением назубной, гнутой проволочной шины Тигерштедта с зацепными петлями и межчелюстной резиновой тягой. Проведение общей антибактериальной и противовоспалительной терапии, физлечение на область перелома.
4. Предшествующий перелом скуловой кости не имеет значения для составления плана лечения по поводу перелома нижней челюсти.
5. 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.
6. Составьте план обследования и лечения.
7. Близость каких анатомических образований и какие возможные осложнения следует учитывать при проведении операции?
8. Не является ли срок обращения больного противопоказанием к пластической операции?

**Эталон ответа:**

1. В связи с отсроченностью оказания хирургической помощи и возможными воспалительными явлениями рана обрабатывается растворами антисептиков и ведется под асептической повязкой. По мере очищения раны возможно провести пластику местными тканями или путем свободной пересадки ткани (расщепленный кожный трансплантант).
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.

*Манипуляционные упражнения*

9. Описать рентгенограмму и поставить рентгенологический диагноз

**Эталон ответа:**

* + 1. Проекция снимка.
		2. Оценка качества снимка (физико-технические характеристики: оптическая плотность, контрастность, резкость изображения; отсутствие артефактов и вуали).
		3. Состояние верхнечелюстных пазух (положение, форма, величина, контуры, пневматизация).
		4. Состояние видимых отделов челюстей и зубов.
		5. Рентгенологическое (клинико-рентгенологическое) заключение.
		6. Рекомендации.

10. Наложить пращевидную повязку как метод временной иммобилизации челюстей

**Эталон ответа:**

Для изготовления используют широкий марлевый бинт, круговые туры которою проходят через подбородок и теменные кости, обходя ушные раковины поочередно спереди и сзади.

11. Составить план обследования и лечения пациента с одонтогенной флегмоной дна полости рта

**Эталон ответа:**

*Флегмона дна полости рта* – распространенное гнойное заболевание между слизистой оболочкой полости рта и челюстно-подьязычной мышцей, иногда поражаются поднижнечелюстные области и подподбородочный треугольник.

|  |  |
| --- | --- |
| Общее состояние | Общее состояние больного тяжелое температура повышается до 41,0°С, нарастают явления интоксикации. |
| Жалобы | Интенсивные боли, невозможность глотания, ограничение открывания рта, затруднение дыхания и речи. |
| Внешний осмотр | Лицо одутловатое. Рот полуоткрыт. Больной старается занять вынужденное положение с фиксированной головой. Открывание рта затрудненное, ограниченное. Возможно нарушение дыхания. |
| Пальпация | Плотный, болезненный разлитой инфильтрат расположенный на уровне зубов до поднижнечелюстных и подподбородочной областей. |
| Осмотр рта | Язык увеличен в размерах вследствие инфильтрации, приподнят к нёбу, часто сухой и покрыт грязно-коричневым налетом. Подъязычные складки инфильтрированы, выбухают, иногда выше коронок зубов. Бахромчатые складки отёчны и часто покрыты фибринозным налетом, видны отпечатки зубов. |
| Рентгенограмма | На рентгенограмме очаги одонтогенной инфекции в области причинных зубов |
| Лечение | Разрезы в поднижнечелюстных областях справа и слева, оставляя между ними кожную перемычку шириной до 1-2 см. Если процесс локализован во фронтальном отделе полости рта, то дополнительно проводят разрез по средней линии этой области. При наличии распространенного гнойного процесса занимающие все анатомические образования дна полости рта проводится воротниковый разрез от угла нижней челюсти слева до угла нижней челюсти справа отступя 1,5 -2 см от края нижней челюсти с частичным пересечением волокон челюстно-подъязычной мышцы и последующим активным дренированием. |

**Тестовые задания** для проведения промежуточной аттестации формируются на основании представленных теоретических вопросов и практических заданий. Тестирование обучающихся проводится в информационной системе Университета

**Тема: Кариес зубов и его осложнения**

1. Деминерализация эмали при развитии кариеса возникает вследствие:

а) хронической травмы зуба

б) действия холодной и горячей пищи

+в) действия органических кислот

г) действия минеральных кислот

д) действия щелочей

2. Конгломерат микроорганизмов, полисахаридов, протеинов и липидов, фиксированных на поверхности эмали - это:

а) кутикула зуба

б) пелликула зуба

в) пищевой налет

+г) микробная бляшка

д) твердые назубные отложения

3. Классификация кариеса зубов по глубине поражения:

+а) в стадии пятна, поверхностный, средний, глубокий

б) острый, хронический

в) эмали, дентина, цемента

г) фиссурный, пришеечный, циркулярный.

4. Химические, термические, механические раздражители вызывают кратко­временные боли при кариесе:

а) среднем

+б) глубоком

в) поверхностном

г) в стадии пятна

5. Доврачебная помощь при кариесе зубов:

а) назначение анальгетиков

б) удаление остатков пищи и тампон с обезболивающим средством

+в) удаление остатков пищи и полоскание

г) препарирование зубов и пломбирование

6. Острый пульпит может быть: (укажите правильные ответы)

а) фиброзным

+б) очаговым

+в) диффузным

г) гангренозным

д) гипертрофическим

7. Для некротизации пульпы как этапа лечения пульпита используют пре­парат:

а) йод

б) камфорофенол

+в) мышьяковистую пасту

г) камфору

8. Первая помощь при пульпите состоит из:

а) удаления остатков пищи из кариозной полости

б) проведения инфильтрационного обезболивания

в) полоскания содовым раствором

+г) удаления остатков пищи, наложения тампона с обезболивающими сред­ствами

9. В гнойной стадии острого воспаления периодонта в полости рта опре­деляется:

а) цианотичность десны

б) бледность десны

в) отсутствие изменений

+г) гиперемия, отечность десны в области пораженного зуба

10. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

+а) удаление зуба

б) назначение массивных доз антибиотиков

в) физиотерапевтические процедуры

г) периостотомия

11. Причиной развития кариеса зубов является:

а) лучевое повреждение эмали;

б) температурное повреждение эмали;

в) механическое повреждение эмали;

+г) деминерализация эмали

12. Классификация кариеса зубов по глубине поражения:

+а) в стадии пятна, поверхностный, средний, глубокий

б) острый, хронический

в) эмали, дентина, цемента

г) фиссурный, пришеечный, циркулярный.

13. При кариесе зубов возникают кратковременные боли от раздражителей:

а) механических

б) температурных

в) химических

+г) от всех названных

14. Наиболее частый путь инфицирования пульпы:

а) по артериолам (гематогенное инфицирование)

+б) по дентинным канальцам из кариозной полости

в) через одно из верхушечных отверстий при наличии пародонтального кармана

г) по лимфатическим сосудам (лимфогенное инфицирование)

15. Для острого пульпита характерны боли:

а) кратковременные от раздражителей

+б) приступообразные, самопроизвольные, ночные

в) постоянные ноющие

г) длительные постоянные

16. Первая помощь при пульпите состоит из:

а) удаления остатков пищи из кариозной полости

б) проведения инфильтрационного обезболивания

в) полоскания содовым раствором

+г) удаления остатков пищи, наложения тампона с обезболивающими средствами

17. Основной причиной возникновения периодонтитов является:

+а) инфекция, проникающая из воспаленной пульпы

б) воздействие внезапного удара

в) вредные привычки

г) аллергическая реакция

18. Наличие ощущения «выросшего зуба» характерно для:

а) пародонтита

б) хронического пульпита

в) острого пульпита

г) хронического периодонтита

+д) острого периодонтита

19. Отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита наиболее благоприятен через:

а) пародонт с формированием пародонтального кармана

+б) корневой канал

в) систему гаверсовых каналов с распространением под надкостницу

г) образующийся свищевой ход

20. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

+а) удаление зуба

б) назначение массивных доз антибиотиков

в) физиотерапевтические процедуры

г) периостотомия

21. Причиной развития кариеса зубов является:

а) лучевое повреждение эмали;

б) температурное повреждение эмали;

в) механическое повреждение эмали;

+г) деминерализация эмали

22. Зубной щеткой с поверхности зуба удаляется

а) пелликула

+б) мягкий зубной налет

в) налет курильщика

г) наддесневой зубной камень

23. При употреблении углеводов наиболее значимым фактором,

обуславливающим создание кариесогенной ситуации в полости рта, явля­ется:

а) тип принятого сахара

б) количество принятого сахара

в) форма приема сахара

+г) частота приема сахара

24. Распространенность кариеса зубов выражается

а) в абсолютных единицах

+б) в процентах

в) в относительных единицах

25. Лечение в несколько сеансов проводят следующие формы кариеса:

а) в стадии пятна

б) поверхностного кариеса

в) среднего кариеса

+г) глубокого кариеса

26. Система активной стоматологической помощи населению, направленная на выявление, лечение и профилактику осложнений стоматологических заболеваний - это:

а) диспансеризация

+б) санация полости рта

в) профилактика

27. Для острого пульпита характерны боли:

а) кратковременные от раздражителей

+б) приступообразные, самопроизвольные, ночные

в) постоянные ноющие

г) длительные постоянные

28. Основной причиной возникновения периодонтитов является:

+а) инфекция

б) воздействие внезапного удара

в) вредные привычки

г) аллергическая реакция

29. Наличие свищевого хода характерно для обострения хронического:

а) фиброзного периодонтита

б) гранулематозного периодонтита

+в) гранулирующего периодонтита

г) гангренозного пульпита

30. При невозможности создания оттока экссудата из периодонта через корневой канал в случае острого гнойного периодонтита показано:

+а) удаление зуба

б) назначение массивных доз антибиотиков

в) физиотерапевтические процедуры

г) периостотомия

**Тема: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области**

1. Основной причиной развития периостита является:

а) ушиб мягких тканей лица

б) опухоли альвеолярного отростка

в) обострение хронического гайморита

+г) обострение хронического периодонтита

д) перелом нижней челюсти

2. Наиболее частый путь распространения воспалительного экссудата из периодонта в надкостницу:

а) по кровеносным сосудам

б) по лимфатическим сосудам

в) вдоль нервных волокон

+г) по гаверсовым и фолькмановским каналам

3. В день обращения при периостите челюстей необходимо:

+а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефлексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

4. По течению остеомиелит классифицируется на:

+а) острый, подострый, хронический

б) острый, хронический

в) ограниченный, диффузный

г) подострый, хронический

5. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается

а) в подвижности всех зубов на челюсти

б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже

+в) в ознобах, повышении температуры до 40°С, симптоме Венсана, подвижности зубов

г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

6. Причинный зуб при остром одонтотенном остеомиелите необходимо:

+а) удалить

б) раскрыть

в) запломбировать

г) депульпировать

д) реплантировать

7. Для лечения остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием:

а) канамицин, бисептол

+б) линкомицин, фузидин натрия

в) ампициллин, секурапен

г) эритромицин, оксациллин

д) пенициллин, метилурацил

8. Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:

а) после проведения курса физиотерапевтического лечения

б) формирования секвестра

+в) сформировавшегося секвестра

г) после курса антибактериальной терапии

9. Абсцесс и флегмона - это воспаление:

а) мышцы

б) слизистой оболочки

в) кости

+г) клетчатки

д) железы

10. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является

а) тризм

б) гиперемия кожи в области нижней губы

в) отек крыло-челюстной складки

+ г) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

д) отек и гиперемия щечных областей

11. Наиболее типичным клиническим признаком периостита является:

а) асимметрия лица

б) подвижность всех зубов

в) затрудненное открывание рта

г) выбухание подъязычных валиков

+д) гиперемия и отек переходной складки в проекции «причинного» зуба

12. В день обращения при периостите челюстей необходимо:

а) вскрыть гнойный очаг

б) начать иглорефпексотерапию

в) сделать новокаиновую блокаду

г) назначить физиотерапевтическое лечение

+д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

13. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

а) острый паротит

б) перелом челюсти

в) острый лимфаденит

г) обострение хронического периодонтита

+д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

14. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти проявляется:

а) в подвижности всех; зубов на челюсти

б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже

+в) в ознобах, повышении температуры до 40°С, симптоме Венсана, подвижности зубов

г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

15. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается:

а) в удалении причинного зуба

б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

+д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

16. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвест­ре заключается:

+а) в секвестрэктомии

б) в санации полости рта

в) в антибактериальной терапии

г) в периостотомии в области причинного зуба

д) в антибактериальной терапии, иссечении

17. Наиболее частой причиной развития флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области явля­ется:

а) гнойничковые заболевания кожи лица

б) грипп и другие инфекционные заболевания

в) повреждения кожи челюстно-лицевой области

+г) одонтогенные очаги инфекции

д) внесение инфекции на игле при выполнении

18. Наиболее тяжелым осложнением флегмон нижних отделов лица является:

а) паротит

+б) медиастинит

в) парез лицевого нерва

г) гематома мягких тканей

д) тромбоз синусов головного мозга

19. Необходимость выполнения трахеостомии из-за нарушения дыхания чаще возникает при флегмоне:

а) подподбородочной области

б) околоушно-жевательной области

+в) дна полости рта

г) щечной области

д) поднижнечелюстной области

20. При абсцессах и флегмонах основным лечебным мероприятием является:

а) лечение антибиотиками

б) лечение сульфаниламидами

в) удаление зуба

+г) вскрытие гнойного очага

21. Наиболее частой причиной развития периостита являются: (укажите правильные ответы)

+а) перикоронит

б) ушиб мягких тканей лица

+в) альвеолит

г) обострение хронического гайморита

+д) острый пародонтит

е) перелом нижней челюсти

22. Наиболее типичным клиническим признаком периостита является:

а) асимметрия лица

б) подвижность всех зубов

в) затрудненное открывание рта

г) выбухание подъязычных валиков

+д) гиперемия и отек переходной складки

23. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе:

а) окаймляющем угол нижней челюсти

б) в подподбородочной области по средней линии

в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке

+г) слизистой и надкостницы по переходной складке

д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

24. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

а) острый паротит

б) перелом челюсти

в) острый лимфаденит

г) обострение хронического периодонтита

+д) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма

25. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:

а) подвижность всех зубов на челюсти

б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки

+в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов

г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

26. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается:

а) в удалении причинного зуба

б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон

в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании

г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании

+д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

27. При хроническом остеомиелите секвестры удаляют от начала заболевания через:

а) 2-3 недели

б) 3-4 недели

+в) 5-8 недель

г) 1 неделю

28. Наиболее частой причиной развития флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области является:

а) гнойничковые заболевания кожи лица

б) грипп и другие инфекционные заболевания

в) повреждения кожи челюстно-лицевой области

+г) одонтогенные очаги инфекции

д) внесение инфекции на игле при выполнении местного обезболивания

29. Развитие флегмоны челюстно-лицевой области приводит к нарушению функции:

а) жевания

б) глотания

в) дыхания

г) речи

+д) возможно нарушение всех указанных функций

30. При абсцессах и флегмонах основным лечебным мероприятием является:

а) лечение антибиотиками

б) лечение сульфаниламидами

в) удаление зуба

+г) вскрытие гнойного очага

**Тема: Травмы челюстно-лицевой области**

1. Ранения лица отличаются от ран других областей:

а) течением раневого процесса

б) быстрым развитием осложнений

в) сроками эпителизации раны

+г) несоответствием внешнего вида раны с общим состоянием раненого

2. Вторичными ранящими снарядами называются:

а) разрывные пули

б) осколки снаряда

в) стреловидные элементы

г) зона некротических изменений костной ткани

+д) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

3. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

а) клапанная

б) стенотическая

+в) обтурационная

г) аспирационная

д) дислокационная

4. Для профилактики дислокационной асфиксии язык прошивается:

а) у корня

б) в передней трети

в) по средней линии

+г) на границе передней и средней трети

5. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключается: (укажите правильные ответы):

а) в наложении жгута

+б) в тугой тампонаде раны

в) перевязке сосуда на протяжении

+г) пальцевом прижатии сосуда

6. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки

в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирование раны

+г) экономное иссечение тканей в области раны, наложение швов, использование первичной пластики, обшивания раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, тугое тампонирование раны

7. На характер смещения; отломков при переломах нижней челюсти решающее влияние оказывает:

+а) направление тяги мышц, прикрепленных к фрагментам челюсти

б) вес отломков, обусловленный их размером

в) сила удара

8. Транспортную иммобилизацию отломков челюстей проводят:

а) проволочными назубными шинами

б) назубными шинами и быстро твердеющими пластмассами

в) ленточными назубными шинами

+г) стандартной жесткой подбородочной пращей с опорной головной повязкой

9. Основные жалобы при переломе челюстей:

а) боль, сухость во рту, кровоподтеки

+б) нарушение прикуса, боль, припухлость, кровоподтеки

в) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

10. Ортопедические методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) межчелюстное лигатурное связывание

б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

+г) наложение двучелюстных шин с; межчелюстной резиновой тягой

11. Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области являются: (укажите пра­вильные ответы)

а) пневмония

б) периодонтит поврежденных зубов

+в) асфиксия

г) парез лицевого нерва

+д) кровотечение

+е) шок

12. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

а) трахеотомия

б) введение воздуховода

в) удаление инородного тела

+г) вытягивание и фиксация языка

13. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается:

а) в трахеотомии

б) во введении воздуховода

в) в удалении инородного тела

г) в восстановлении анатомического положения органа

+д) в очистке полости рта, придания положения раненому, обеспечивающего свободное дыхание

14. Временная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключает­ся: (укажите правильные ответы):

а) в наложении жгута

+б) в тугой тампонаде раны

в) перевязке сосуда на протяжении

+г) пальцевом прижатии сосуда

15. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

а) антисептическая обработка, наложение швов и повязки

б) остановка кровотечения, антисептическая обработка, наложение швов и повязки

в) иссечение некротически измененных тканей, удаление кровяных сгустков, дренирова­ние раны

+г) экономное иссечение тканей в области раны, наложение швов, использование первич­ной пластики, обшивания раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

д) антисептическая обработка, иссечение некротически измененных тканей, тугое тампо­нирование раны

16. Основным симптомом перелома челюстей является:

а) головная боль

б) носовое кровотечение

+в) патологическая подвижность челюсти

г) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

17. Импровизированная повязка при переломах челюстей для транспортной иммобилизации:

а) аппарат Збаржа

б) шапочка Гиппократа

в) круговая лобно-затылочная повязка

г) компрессионно-дистракционный аппарат

+д) круговая теменно-подбородочная повязка

18. Транспортировка раненых с повреждением челюстно-лицевой области проводится положении: (укажите 2 правильных ответа)

а) сидя

б) лежа на спине

+г) лежа на животе

+д) лежа на спине с повернутой набок головой

19. Ортопедические методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) межчелюстное лигатурное связывание

б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

+г) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

20. Оперативные методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) межчелюстное лигатурное связывание

+б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

г) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

21. Ранения лица отличаются от ран других областей:

а) сроками эпителизации раны

б) течением раневого процесса

в) быстрым развитием осложнений

+г) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

22. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными органами полости рта (языка) при их повреждении:

а) клапанная

б) стенотическая

в) обтурационная

г) аспирационная

+д) дислокационная

23. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается:

а) в трахеотомии

б) во введении воздуховода

в) в удалении инородного тела

г) в восстановлении анатомического положения органа

+д) в очистке полости рта, придания положения раненому, обеспечивающего свободное дыхание

24. Окончательная остановка кровотечения у раненых в челюстно-лицевую область заключается (укажите правильные ответы):

а) в тугой тампонаде

+б) в перевязке или прошивании сосуда в ране

в) в пальцевом прижатии сосуда

+г) в перевязке сосуда на протяжении

25. Последовательность этапов первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области:

а) вначале обрабатывается рана мягких тканей

+б) вначале обрабатывается костная рана

26. Симптом очков при переломах верхней челюсти возникает:

+а) сразу после травмы

б) через сутки после травмы

в) через 2 суток после травмы

г) в сроки более 2 суток после травмы

27. Импровизированные повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации:

а) аппарат Збаржа

б) шапочка Гиппократа

+в) пращевидная повязка

г) круговая лобно-затылочная повязка

д) компрессионно-дистракционный аппарат

28. Наиболее существенными факторами риска развития травматического остеомиелита челюстей являются: (укажите 2 правильных ответа)

а) возраст больного

б) острый лимфаденит

в) травма плохо изготовленным протезом

г) сила и направление повреждающего фактора

+д) неудовлетворительная репозиция и иммобилизация отломков

+е) зуб или корень зуба в линии перелома

29. Оперативные методы окончательной иммобилизации переломов нижней челюсти:

а) межчелюстное лигатурное связывание

+б) остеосинтез

в) аппарат Збаржа

г) наложение двучелюстных шин с межчелюстной резиновой тягой

30. Зуб, находящийся в линии перелома:

а) фиксируют лигатурной проволокой

+б) удаляют

в) оставляют

г) удаляют и реплантируют

**Тема: Опухоли челюстно-лицевой области**

1. Папиллома характеризуется:

а) наличием уплотнения; и слизистой оболочки вокруг её основания

б) быстрым ростом

+в) отсутствием уплотнения и слизистой оболочки вокруг её основания

г) болевыми ощущениями

2. Причины возникновения дермоидной кисты:

а) перенесенный воспалительный процесс в мягких тканях

б) травма

в) осложнение хронического периодонтита

+г) нарушение эмбрионального развитая челюстно-лицевой области

3. Основным клиническим признаком кавернозной гемангиомы является:

+а) уменьшение при надавливании и восстановление прежнего объема опухоли после прекращения давления

б) наличие флеболитов

в) боль при пальпации новообразования

**г**) болезненный инфильтрат

д) наличие эрозий на поверхности новообразования без тенденции к кровоточивости

4. К органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) ангиома

б) остеома

в) остеобластокластома

+г) эпулис

+д) амелобластома

5. Амелобластома относится к группе :

а) предраков

б) воспалительных заболеваний

в) опухолеподобных образований

г) злокачественных одонтогенных опухолей

+д) доброкачественных одонтогенных опухолей

6. Остеома на рентгенограмме проявляется:

а) участком повышенной плотности без четких контуров

+б) участком повышенной плотности с четкими контурами

в) участком пониженной платности

г) участком остеопороза

7. Причины возникновения фолликулярной кисты:

а) перенесенный остеомиелит челюсти

б) травма челюсти

в) осложнение хронического периодонтита

+г) нарушение развития зачатка зуба

8. Основными этиологическими факторами в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта являются: (укажите 2 правильных ответа)

а) гиперсаливация

б) частичная адентия

в) массивные зубные отложения

+г) длительное раздражение слизистой оболочки механическими, химическими, температурными факторами

+д) предраковые заболевания

е) заболевания желудочно-кишечного тракта

9. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) физикальный

б) биохимический

+в) гистологический

г) ангиографический

д) иммунологический

+е) цитологический

10. Основным методом лечения распространенного рака нижней губы и слизистой оболочки полости: рта является:

а) электрокоагуляция опухоли

б) химиотерапия

в) хирургический

г) лучевая терапия

+д) комбинированный метод

11. Основным методом лечения фибром и папиллом челюстно-лицевой области является:

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) прижигание

+г) иссечение в пределах здоровых тканей

12. К органоспецифическим опухолям челюстно-лицевой области относятся: (укажите 2 правильных ответа)

а) гемангиома

б) остеома

в) остеобластокластома

+г) эпулис

+д) амелобластома

13. Клиническая картина фиброзного эпулиса характеризуется:

а) ограниченным участком ороговения десны

б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

+в) плотным безболезненным образованием на широком основании

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

14. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

а) болезненным дефектом костной ткани челюсти

+б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

15. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

+а) цистэктомия

б) криодеструкция

в) склерозирование

г) частичная резекция челюсти

д) половинная резекция челюсти

16. Основными этиологическими факторами в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта являются: (укажите 2 правильных ответа)

а) гиперсаливация

б) частичная аденгия

в) массивные зубные отложения

+г) длительное раздражение слизистой оболочки механическими, химическими, температурными факто­рами

+д) предраковые заболевания

е) заболевания желудочно-кишечного тракта

17. Для раковой язвы на нижней губе и слизистой оболочке полости рта характерны признаки:

а) резкая болезненность, истонченные края, стекловидные грануляции на дне

+б) умеренная болезненность, вывернутые, приподнятые края, некротические ткани на дне

в) отсутствие болезненности, валикообразные плотные края, сальное дно с желтоватыми чешуйками

в) умеренная болезненность, края отечны, ярко гиперемированы, на дне - гнойно-фибринозный налет

18. Ранними симптомами злокачественных опухолей челюстей являются:

а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

+в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптом Венсана, утолщение челюсти

19. Основным методом лечения распространенного рака нижней губы и слизистой оболоч­ки полости рта является:

а) электрокоагуляция опухоли

б) химиотерапия

в) хирургический

г) лучевая терапия

+д) комбинированный метод

20. Одним из основных хирургических методов лечения рака челюстей является:

а) электрокоагуляция опухоли

б) операция Крайла

в) операция по Бильроту

г) операция Колдуэлл-Люка

+д) половинная резекция челюсти

21. Фиброма характеризуется:

+а) медленным ростом

б) быстрым ростом

в) изъязвлением покрывающей её слизистой оболочки

г) болевыми ощущениями

22. Уточнению диагноза дермоидной кисты помогает:

а) рентгенография

б) электромиография

в) исследование крови

+г) цитологическое исследование пунктата

23. Методом лечения кавернозной гемангиомы является:

а) физиолечение

б) элекгрокоагуляция

в) лучевое воздействие

+г) склерозирующая терапия

д) прижигание

24. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:

а) болезненным дефектом костной ткани челюсти

+б) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия

в) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

25. Причины возникновения радикулярной кисты:

а) перенесенный остеомиелит челюсти

б) травма челюсти

+в) осложнение хронического периодонтита

г) нарушение развития задатка зуба

26. Боковая киста шеи локализуется:

а) по средней линии шеи

б) в подподбородочной области

в) в поднижнечелюстной области

г) по переднему краю трапецевидной мышцы

+д) в средней трети шеи, по переднему краю грудиноключично-сосцевидной мышцы

27. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:

а) жалоб больного

б) размеров опухоли

в) жалоб больного, размеров опухоли

г) размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов

+д) размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов

28. Для раковой язвы на нижней губе и слизистой оболочке полости рта характерны признаки:

а) резкая болезненность, истонченные края, стекловидные грануляции на дне

+б) умеренная болезненность, вывернутые, приподнятые края, некротические ткани на дне

в) отсутствие болезненности, валикообразные плотные края, сальное дно с желтоватыми чешуйками

в) выраженная болезненность, края отечны, ярко гиперемированы, на дне - гнойно­фибринозный налет

29. Ранними симптомами злокачественных опухолей челюстей являются:

а) гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

б) сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

+в) подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптом Венсана, утолщение челюсти

30. При метастазах рака органов челюстно-лицевой области в регионарные лимфатические узлы применяется операция:

а) Редона

+б) Крайла

в) Венсана

г) Колдуэлл-Люка

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

*(Компьютерный класс, информационная система Университета)*

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОК-1 способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать основные принципы, законы и категории философских знаний в их логической целостности и последовательности | Практическое занятие №2 Вопросы №1, 4, 5, 6, 7, 9, 10Практическое занятие №3 Вопросы № 6Практическое занятие №4 Вопросы № 1, 3, 6, 7Практическое занятие №6 Вопрос №4  |
| Уметь использовать основы философских знаний для оценивания и анализа различных социальных тенденций, явлений и фактов | практические задания № 8 |
| Владеть способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать полученную информацию | практические задания № 9 |
| 2 | ОПК-6 готовность к ведению медицинской документации | Знать правила оформления истории болезни стоматологического больного | Практическое занятие №1 Вопросы № 3, 4, 5, 8Практическое занятие №2 Вопрос №11 |
| Уметь оформлять медицинскую документацию стоматологического больного | практические задания № 4, 7 |
| Владеть навыками оформления медицинской документации стационарного больного | практические задания № 4, 7, 9 |
| 3 | ОПК-9 способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач | Знать этиологию, патогенез, проявления и исходы наиболее частых форм патологии органов и физиологических систем, принципы их этиологической и патогенетической терапии | Практическое занятие №1 Вопросы № 10, 11, 12, 13, 14Практическое занятие №2 Вопросы № 12Практическое занятие №3 Вопросы № 1, 2, 3, 8Практическое занятие №4 Вопросы № 2, 6, 7, 9, 10Практическое занятие №5 Вопросы № 4, 5, 6, 7, 8Практическое занятие №6 Вопросы № 5, 6, 7Практическое занятие №7 Вопросы № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8Практическое занятие №8 Вопросы № 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 |
| Уметь решать профессиональные задачи врача на основе патофизиологического анализа конкретных данных о патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях | практические задания № 10, 11 |
| Владеть основными методами оценки функционального состояния организма человека, навыками анализа и интерпретации результатов современных диагностических технологий | практические задания № 9 |
| 4 | ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания | Знать основные способы обследования стоматологических больных | Практическое занятие №1 Вопросы № 1, 2, 3, 6, 7Практическое занятие №2 Вопросы №2Практическое занятие №4 Вопросы № 5, 8Практическое занятие №5 Вопросы № 2Практическое занятие №8 Вопросы № 2 |
| Уметь собирать анамнез, основные жалобы пациента | практические задания №4 |
| Владеть методами дополнительного обследования пациентов | практические задания №6 |
| 5 | ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра | Знать международную классификацию болезней X пересмотра | Практическое занятие №1 Вопросы № 5, 9, 11, 13Практическое занятие №3 Вопросы № 3, 7Практическое занятие №5Вопросы № 1, 3Практическое занятие №7 Вопросы № 2, 3Практическое занятие №8 Вопросы № 1 |
| Уметь находить у пациентов патологические состояния, синдромы заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней | практические задания № 1 |
| Владеть методами проведения диагностических принципов по выявлению патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний | практические задания № 1, 3, 4, 5, 7, 8 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в форме тестирования

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

**Расчет дисциплинарного рейтинга по дисциплине осуществляется следующим образом:**

**Рд=Ртс+Рз,**

**Рд - дисциплинарные рейтинг**

**Рз - зачетный рейтинг**

**Ртс - текущий стандартизированный рейтинг**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) в соответствии с положением «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся» определены следующие правила формирования текущего фактического и бонусного рейтинга, обучающегося.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга обучающегося**

Текущий фактический рейтинг по дисциплине (модулю) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

- текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине;

- рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии);

- самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся.

По каждому практическому занятию обучающийся получает до 5,0 баллов по 5-балльной системе включительно. Количество баллов является среднеарифметической оценкой за тестирование, устный ответа, решение письменных заданий, оценку практических навыков.

За выполнение каждого задания по самостоятельной (внеаудиторной) работе обучающийся получает количество баллов в соответствии с критериями оценивания, указанными в ФОС.

**Правила перевода текущего фактического рейтинга в текущий стандартизированный рейтинг**

**Ртс = (Ртф\*70) / макс (Ртф)**

**Ртс** **- текущий стандартизированный рейтинг**

**Ртф – текущий фактический рейтинг**

**Макс (Ртф) – максимальное значение Ртф из диапазона, установленного преподавателем по дисциплине (модулю)**

**Виды деятельности, по результатам которых определяется бонусный фактический рейтинг**

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде | От 1 до 3 |

**4.2 Правила формирования дисциплинарного рейтинга обучающегося**

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |
| --- | --- |
| Дисциплинарный рейтинг по БРС | оценка по дисциплине (модулю) |
| Экзамен |  Зачет |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему**

|  |  |
| --- | --- |
| Зачетный рейтинг по БРС  | оценка по дисциплине (модулю) |
| экзамен, дифференцированный зачет |  зачет |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15- 20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

**Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы**

70 и менее % - менее 15 баллов, тестирование не зачтено

71 – 80% - 15 - 20 баллов

81 – 90% - 21 - 25 баллов

91 – 100% - 26 - 30 баллов

Если значение текущего рейтинга менее 35 баллов и (или) значение зачетного рейтингов менее 15 баллов, то дисциплина считается не освоенной и по результатам зачета выставляется «не зачтено».