

Электронная цифровая подпись



Утверждено 25 мая 2023 г.
протокол № 5
председатель Ученого Совета Прохоренко
И.О.
ученый секретарь Ученого Совета Бунькова
Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Форма обучения: очная
Срок обучения: 5 лет**

1.Перечень компетенций и оценка их формирования в процессе освоения дисциплины

В результате освоения ОПОП обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине(модулю) «Онкостоматология и лучевая терапия»:

| № п/п | Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций) | Код и наименование компетенции /Код и наименование индикатора достижения компетенции | Содержание компетенции/ индикатора достижения компетенции | Вопросы темы, проверяющие освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции | № Теста, проверяющего освоение компетенции/ индикатора достижения компетенции | № Задачи, проверяющей освоение компетенции/индикатора достижения компетенции | Формы СРС № Темы презентации/реферата и др. форм контроля проверяющего освоение компетенции/индикатора достижения компетенции | Наименование оценочного средства | Шкала оценивания |
|-------|---|--|--|---|---|--|---|---|--------------------------|
| 1 | Современные представления о биологической сущности опухолей. | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Организация онкологической службы. Статистика, классификация. МГКО ВОЗ. Понятие о номенклатуре онкологических заболеваний. Международная гистологическая классификация опухолей (МГКО).Онкологическая настороженность врача | 1;2;3;4;10 | 2 | 1;2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач.Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| | | иОПК-9.1 | Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния | Определение опухоли. Биологические черты и морфология опухолевых клеток. | 5;6;7;8;9 | 1 | 3;4 | | |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|--|------------|---|-----|--|--------------------------|
| | | | и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач | | | | | | |
| 2 | Теории канцерогенеза | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Этиологические факторы возникновения доброкачественных, злокачественных опухолей и предраков челюстно-лицевой области. Эндогенные и экзогенные факторы | 2;5;6;9;10 | 2 | 1 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| | | иОПК-9.1 | Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач | Механизм канцерогенеза. Теории возникновения опухолей. Общая морфологическая картина опухолей | 1;3;4;7;8; | 1 | 2;3 | | |
| 3 | Методы обследования онкологических больных | иОПК-5.1 | Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики | Правила сбора жалоб и анамнеза. Методы объективного обследования больных. | 3; | 1 | 1-3 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--|---|---------|---|--|--|--|
| | | | стоматологических заболеваний | | | | | | |
| | | иОПК-5.2 | Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Принципы первичного и повторного осмотра. Уровни диагностики опухолей (сверхранняя, ранняя, своевременная, поздняя) | 2;4 | | | | |
| | | иОПК-5.3 | Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач | Алгоритмы обследования больных. | 10 | | | | |
| | | иПК-1.1 | Получение информации от пациентов (их родственников/ законных представителей) | Опрос больного. Сбор жалоб и анамнеза | 3;5;6;7 | 1 | | | |
| | | иПК-1.2 | Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) | Сбор информации от пациентов и их законных представителей, интерпретация результатов сбора | 2 | | | | |
| | | иПК-1.3 | Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов | Понятие первичного и повторного осмотра. Интерпретация заключений врачей специалистов. | 8 | | | | |
| | | иПК-1.4 | Интерпретация данных дополнительных | Роль дополнительных методов обследования в | 1;4;9 | | | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------|--|--|------|-----|-----|--|--------------------------|
| | | | обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) | постановке диагноза | | | | | |
| | | иПК-1.5 | Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза | Понятие «предварительный диагноз». Алгоритм постановки предварительного диагноза | 10 | 2 | | | |
| | | иПК-1.6 | Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза | Алгоритм постановки окончательного диагноза | 10 | | | | |
| 4 | Врожденные кисты и свищи лица и шеи. | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Кератиновые кисты. Клиника, методы лечения. Дермоидная киста. Клиника, методы лечения. Бранхиальные кисты и свищи, тиреоглоссальные кисты и свищи шеи. Клиника, методы лечения | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 5 | Органоспецифические опухоли и одонтогенные кисты челюстей | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Клинические проявления радикулярной и фолликулярной кисты Клиническая картина эпюлиса, одонтомы, цементомы, амелобластомы, одонтогенной фибромы | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор | В соответствии с п.4.2.2 |

| | | | | | | | | | |
|---|--|----------|--|--|------|-----|-----|--|--------------------------|
| | | | | | | | | тематического больного, разбор истории болезни. | |
| 6 | Новообразования слизистой оболочки полости рта и кожи лица | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Хроническая трещина красной каймы губ. Гемангиома, липома, фиброма, атерома. Клинические и рентгнологические проявления. Лечение. Рак кожи лица. Этиология, клиника, лечение | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 7 | Новообразования губ и языка | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Ретенционные кисты малых слюнных желез. Локализация, методы лечения. Локализация. Бородавчатая форма рака губы. Плоскоклеточный рак. Периоды, клиника, принципы лечения Рак языка, гистологические формы, стадии | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 8 | Опухолеподобные заболевания челюстей | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Остеодисплазия. Процесс остеогенеза. Оссифицирующая фиброма. Эозинофильная гранулёма. Фиброзная дисплазия. Деформирующий остоз. Клинические проявления. | 1-10 | 1 | 1 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |

| | | | | | | | | | |
|----|--|----------|--|---|----------------------|-----|-----|--|--------------------------|
| 9 | Злокачественные поражения челюстей | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Рак и саркома нижней челюсти и околочелюстных тканей. Симптомы, рентгенологическая картина. Рак верхнечелюстной пазухи. Диф.диагностика, клинические проявления | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 10 | Опухоли слюнных желез | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Классификация опухолей слюнных желез Аденома, аденолимфома, смешанная опухоль. Клиника, диагностика, Мукоэпидермоидная опухоль. Клиника Раки, саркомы. Клиника | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 11 | Хирургические методы лечения регионарных лимфатических узлов | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Определение метастазирования. Классификация метастазов Операция Ванаха, Крайля. Принципы оперативного вмешательства Верхняя шейная эксцизия. Фасциально-фулярная эксцизия | 1-10 | 1-2 | 1-2 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |
| 12 | Методы лучевой терапии | иОПК-6.2 | Способен применять знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для | Показания для проведения лучевой терапии в зависимости от морфологической | 1;2;3;4;5;6;7;8;9;10 | 1-2 | 1 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное | В соответствии с п.4.2.2 |

| | | | | | | | | | |
|----|-----------------------------|----------|--|---|------|-----|-----|--|--------------------------|
| | | | назначения лечения | структуры и стадии опухоли (электронно-лучевая терапия; гамма-лучевая, дистанционно-лучевая и близкофокусная лучевая терапия) | | | | реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | |
| 13 | Осложнения лучевой терапии. | иОПК-2.2 | Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам | Классификация лучевых повреждений. Общая лучевая реакция. Ранние и поздние лучевые повреждения. | 1-10 | 1-2 | 1-4 | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение, решение ситуационных задач. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. | В соответствии с п.4.2.2 |

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- курация больного/ разбор тематического больного
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

Тема 1. Современные представления о биологической сущности опухолей.

1. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований:

1. ранних симптомов
2. препаратов для лечения
3. профессиональных вредностей
4. допустимых доз лучевой терапии

2. Под онкологической настороженностью понимают знание

1. профессиональных вредностей
2. допустимых доз лучевой терапии
3. поздних симптомов злокачественных новообразований
4. препаратов для лечения злокачественных новообразований
5. системы организации помощи онкологическим больным

3. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация

1. T N M
2. клиническая
3. пятибалльная
4. онкологического Центра

4. Больной с диагнозом «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» должен быть направлен

1. к районному онкологу
2. к специалисту-радиологу
3. к участковому терапевту
4. к хирургу общего профиля
5. к специалисту-стоматологу

5. Биологические черты опухолевых клеток:

1. в культуре кани имеют неупорядоченный рост
2. в культуре клеток растут в форме монослоя
3. при росте в культуре контактно ингибирование ослаблено
4. в них усилен эффект Пастера

6. Для опухолевых клеток характерен синтез:

1. антипротеаз
2. плазмина
3. протеаз
4. рецепторов к факторам роста

5. кейлонов

7. Для опухолевых клеток характерно:

1. усиление апоптоза
2. ослабление апоптоза

8. Атипичные клетки характерны для

1. миомы
2. фибромф
3. саркомы
4. ангиомы

9. Злокачественная опухоль из соединительной ткани

1. фиброма
2. киста
3. саркома

10. Признак, не характерный для злокачественной опухоли

1. прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы
2. четкие границы опухоли, метастазы не дает
3. развитие кахексии
4. микроскопически — «атипичные» клетки

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-5 | 3-1 | 4-1 | 5-1 | 6-4 | 7-2 | 8-3 | 9-3 | 10-2 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 2. Теории канцерогенеза

1. В основе механизмов канцерогенеза лежит:

1. активация механизмов апоптоза
2. нарушение регуляции клеточного цикла деления
3. супрессия трансформации протоонкогенов в онкогены

2. Основными этиологическими факторами в возникновении опухоли являются:

1. вторичная адентия
2. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
3. хроническая травма слизистой оболочки полости рта
4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

3. Для морфологической картины опухоли характерно наличие:

1. атипического ороговения
2. обызвествления миоцитов
3. воспалительного инфильтрата
4. инвазии в подэпителиальные ткани

4. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

1. гиперхроматоза ядер
2. обызвествления миоцитов
3. воспалительного инфильтрата
4. вторичного казеозного некроза
5. инвазии в подэпителиальные ткани

5. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1. гиперсаливация
2. частичная адентия
3. предраковые заболевания
4. массивные зубные отложения
5. заболевания желудочно-кишечного тракта

6. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

1. вредные привычки
2. вторичная адентия
3. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета

7. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:

1. гиперкератоза

2. гиперхроматоза ядер
3. атипического ороговения
4. инвазии в подэпителиальные ткани

8. Важнейшая мишень для канцерогенеза:

1. цитоплазматическая мембрана
2. ДНК клетки
3. саркоплазматический ретикулум
4. лизосомы

9. Раком курильщика называют:

1. рак мочевого пузыря:
2. рак желудка
3. рак легких
4. рак гортани

10. К эндогенным химическим канцерогенам относятся:

1. полициклические ароматические углеводороды;
2. свободные радикалы кислорода и оксида азота;
3. аминоканцерогены;
4. нитрозамины;
5. простые химические соединения

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-3 | 2-3 | 3-1 | 4-1 | 5-3 | 6-1 | 7-3 | 8-3 | 9-3 | 10-2 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 3. Методы обследования онкологических больных

1. К дополнительным методам исследования, проводимым для уточнения диагноза "злокачественное новообразование челюстно-лицевой области" относится:

1. физикальный
2. биохимический
3. цитологический
4. иммунологический
5. ангиографический

2. К основным методам обследования относятся:

1. опрос, рентгенография
2. опрос, осмотр
3. осмотр, ЭОД
4. ЭОД, рентгенография
5. перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболевания
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб
5. аллергоанамнеза

4. К дополнительным методам обследования относится:

1. опрос
2. осмотр полости рта
3. рентгенологическое обследование
4. сбор анамнеза
5. внешний осмотр

5. Опрос больного начинается с выяснения:

1. истории жизни
2. анамнеза заболеваний
3. перенесенных заболеваний
4. жалоб

6. Осмотр онкологического больного начинают с:

1. заполнения истории болезни
2. изучения рентгенограмм
3. внешнего осмотра

7. Сбор анамнеза онкологического больного начинают:

1. выяснения жалоб
2. пальпации лимфатических узлов
3. анамнеза болезни

8. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

1. наличие опухоли в костной ткани
2. уровень резорбции альвеолярной кости
3. интенсивность и распространенность воспалительных изменений

9. Противопоказаниями к проведению лабораторных и инструментальных методов обследования являются:

1. сахарный диабет
2. гипертонический криз
3. хронический обструктивный бронхит
4. хронический гайморит

10. Окончательный диагноз выставляется на основании:

1. Жалоб
2. Жалоб и данных анамнеза
3. Жалоб, анамнеза, данных объективного обследования
4. Данных осмотра, основных и дополнительных методов обследования

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-2 | 2-2 | 3-3 | 4-3 | 5-4 | 6-3 | 7-1 | 8-1 | 9-2 | 10-3 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 4 Врожденные кисты и свищи лица и шеи

1.Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

1. врожденными
2. одонтогенными
3. травматическими
4. онкологическими
5. воспалительными

2. Боковая киста шеи локализуется:

1. по средней линии шеи
2. в подподбородочной области
3. в поднижнечелюстной области
4. по переднему краю m. trapezius
5. в средней трети шеи, по переднему краю m. sternocleidomastoideus

3. Срединная киста шеи локализуется:

1. по средней линии шеи
2. над щитовидным хрящем
3. в области яремной вырезки
4. в поднижнечелюстной области
5. по переднему краю m. trapezius

4.Для подтверждения диагноза "боковая киста шеи" проводится исследование:

1. биохимическое
2. цитологическое
3. радиоизотопное
4. реакция Вассермана
5. динамики тимоловой пробы

5.Для подтверждения диагноза "боковой свищ шеи" проводится исследование:

1. цитологическое
2. радиоизотопное
3. реакция Вассермана
4. динамики тимоловой пробы
5. контрастная фистулография

6.Основным методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:

1. криотерапия
2. химиотерапия

3. лучевая терапия
4. динамическое наблюдение
5. оперативное вмешательство

7. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их:

1. перевязка
2. иссечение
3. прошивание
4. криодеструкция
5. склерозирование

8. Боковой свищ шеи располагается в области:

1. щитовидной артерии
2. общей сонной артерии
3. лицевой артерии и вены
4. лицевой вены и верхней щитовидной артерии
5. внутренней яремной вены и наружной сонной артерии

9. Боковая киста шеи располагается:

1. над щитовидной артерией
2. над лицевой артерией и веной
3. над подключичной артерией и веной
4. над бифуркацией общей сонной артерии
5. над лицевой веной и верхней щитовидной артерией

10. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез:

1. в надключичной области
2. по переднему краю m. trapezius
3. по переднему краю жевательной мышцы
4. горизонтально по верхней шейной складке

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-5 | 3-2 | 4-2 | 5-5 | 6-5 | 7-2 | 8-5 | 9-4 | 10-4 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 5 Органоспецифические опухоли и одонтогенные кисты челюстей

1. Основным клиническим проявлением кисты нижней челюсти является:

1. боль
2. симптом Венсана
3. нарушение глотания
4. плотное обызвествленное образование
5. безболезненная деформация в виде вздутия

2. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
2. с нечеткими границами в области образования
3. в виде нескольких полостей с четкими контурами
4. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

3. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется:

1. ограниченным участком ороговения десны
2. рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
3. плотным безболезненным образованием на широком основании
4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

4. Клиническая картина ангиоматозного эпюлиса характеризуется:

1. ограниченным участком ороговения десны
2. рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны, красного цвета
3. плотным безболезненным образованием на широком основании
4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

5. Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
 2. с четкими контурами и тенью зуба в полости
 3. с нечеткими границами в области образования
 4. в виде нескольких полостей с четкими контурами
 5. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
- 6. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:**
1. цистэктомия
 2. криодеструкция
 3. склерозирование
 4. частичная резекция челюсти
 5. половинная резекция челюсти
- 7. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется:**
1. безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
 2. рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
 3. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 4. плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- 8. Основным методом лечения мягкой одонтомы является:**
1. цистэктомия
 2. химиотерапия
 3. лучевая терапия
 4. резекция челюсти
 5. выскабливание оболочки новообразования
- 9. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:**
1. прорастание кисты в полость носа
 2. одиночная киста с одним корнем в полости
 3. прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 4. большие размеры (более 3 зубов в полости)
 5. деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
- 10. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если:**
1. прорастает в верхнечелюстную пазуху
 2. она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 3. в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-3 | 2-2 | 3-3 | 4-4 | 5-2 | 6-1 | 7-1 | 8-4 | 9-2 | 10-3 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 6. Новообразования слизистой оболочки полости рта и кожи лица

1. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны:

1. с невусом
2. с липомой
3. с фибромой
4. с папилломой
5. с гиперемией кожи

2. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа:

1. кавернозной
2. капиллярной
3. артериальной

3. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:

1. пульсация
2. наличие флеболитов
3. боль при пальпации
4. болезненный инфильтрат
5. эрозии без тенденции к кровоточивости

4. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются:

1. прошивание
2. электрорезекция
3. лучевое воздействие

4. склерозирующая терапия
5. криодеструкция, лазерокоагуляция
- 5. Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:**
 1. жалоб больного
 2. размеров опухоли
 3. жалоб больного, размеров опухоли
 4. размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
 5. размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
- 6. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта относят :**
 1. химиотерапию
 2. криодеструкцию
 3. лучевую терапию
 4. комбинированное лечение
 5. симптоматическую терапию
- 7. Чаще всего липома локализуется в области:**
 1. щечной
 2. лобной
 3. височной
 4. околоушно-жевательной
- 8. Основным методом лечения липомы является;**
 1. химиотерапия
 2. криодеструкция
 3. комбинированное
 4. лучевая терапия
 5. иссечение вместе с капсулой
- 9. Для твердой фибромы характерно наличие в ней:**
 1. незрелой фиброзной ткани
 2. зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном
 3. зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
- 10. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:**
 1. гиперсаливация
 2. частичная адентия
 3. массивные зубные отложения
 4. хроническая травма слизистой оболочки
 5. заболевания желудочно-кишечного тракта

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-3 | 3-1 | 4-5 | 5-5 | 6-4 | 7-1 | 8-5 | 9-3 | 10-4 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 7. Новообразования губ, языка

- 1. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:**
 1. щек
 2. верхней губы
 3. нижней губы
 4. кончика языка
 5. нижней поверхности языка
- 2. Метод лечения ретенционной кисты губы:**
 1. физиотерапевтический
 2. склерозирующая терапия
 3. криотерапия
 4. хирургический
 5. верно 1) и 2)
- 3. Наиболее частый путь метастазирования при раке губы:**
 1. гематогенный;

2. имплантационный;
3. лимфогенный;
4. периневральный.

4. Злокачественная опухоль губы обычно локализуется:

1. в углах рта
2. на верхней губе
3. на нижней губе
4. по срединной линии

5. Бородавчатая форма рака губы характеризуется:

1. бурным ростом
2. быстрой инфильтрации подлежащих тканей
3. распадом опухоли

6. Гистологической формой рака языка чаще бывает:

1. аденокарцинома
2. железистый рак
3. меланома
4. плоскоклеточный неороговевающий рак
5. плоскоклеточный ороговевающий рак

7. Адекватный объем хирургического вмешательства при местно-распространенном раке языка:

1. атипичная резекция языка
2. гемиглоссэктомия
3. расширенная глоссэктомия
4. тотальная глоссэктомия

8. Заключительный диагноз при подозрении на опухоль ставится на основании:

1. морфологического исследования послеоперационного материала
2. пункционной биопсии
3. макроскопии послеоперационного материала
4. эхографии
5. компьютерной томографии

9. Первичным элементом подслизисто-инфильтративной формы начальной стадии рака языка является:

1. гумма
2. гиперкератоз
3. трещина, язва
4. подслизистый инфильтрат
5. некроз слизистой оболочки

10. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется :

1. первичным очагом до 1 см распространяющимся на всю глубину слизистой оболочки
2. язвой до 1,5-2 см, распространяющейся до мышечного слоя односторонние метастазы
3. язвой, распространяющейся на соседние органы множественные регионарные и отдаленные метастазы
4. язвой, распространяющейся на соседние анатомические образования множественные метастазы

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-3 | 2-4 | 3-3 | 4-3 | 5-3 | 6-5 | 7-4 | 8-1 | 9-3 | 10-2 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 8. Опухолеподобные заболевания челюстей

1. У больного установлен диагноз хондромы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените:

1. кюретаж;
2. резекцию участка челюсти;
3. консервативное лечение;
4. сглаживание деформированного участка.

2. К остеодисплазии не относятся:

1. деформирующий остоз (болезнь Педжета);
2. херувизм;
3. болезнь Олбрайта;
4. акромегалия.

3.Лечение оссифицирующей фибромы заключается в следующем:

1. всегда проводится только удаление опухоли вместе с капсулой путем кюретажа;
2. удаляется опухоль вместе с капсулой путем проведения кюретажа, а при рецидиве выполняется поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;
3. обязательно проводится поднадкостничная резекция пораженного участка челюсти;
4. удаляется опухоль без кюретажа патологического очага.

4.У больного установлен диагноз периферической остеомы (экзостоза) нижней челюсти.

Укажите вариант Вашего лечения:

1. вылушивание;
2. консервативное лечение;
3. сглаживание деформированного участка;
4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

5.Патологическое разрастание костной ткани в результате предшествующих одонтогенных и неодонтогенных воспалительных процессов - это:

1. экзостоз;
2. гиперостоз;
3. остеофит;
4. торус.

6.Клинически оссифицирующая фиброма челюстей протекает как:

1. остеома
2. фиброма;
3. фиброзная остеодисплазия;
4. фибросаркома.

7.Ширина ободка склерозированной кости, расположенной вокруг патологического очага при остеид-остеоме, имеет прямую зависимость от:

1. возраста больного;
2. длительности течения заболевания;
3. локализации опухоли на верхней или нижней челюсти;
4. наличия обострения воспалительных явлений.

8. Нарушение процесса зубообразования - частичная первичная адентия, характерно для:

- 1.херувизма
2. фибромы
3. саркомы Юинга
4. остеомы
5. ретикулярной саркомы

9. К гистиоцитозу X относится:

1. нейрофиброматоз
- 2.эозинофильная гранулема
3. амелобластома
4. меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
5. миксома челюстных костей

10.Процесс остеогенеза при остеодисплазии может быть нарушен на какой его стадии:

1. фиброзной;
2. хрящевой;
3. остеидной;
4. на любой из ранее перечисленных стадии.

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-2 | 2-4 | 3-2 | 4-3 | 5-2 | 6-3 | 7-2 | 8-1 | 9-2 | 10-4 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 9. Злокачественные поражения челюстей

1.Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются:

1. деформация челюсти, подвижность зубов
- 2.сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
3. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

2. Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется:

1. истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
2. деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
3. диффузным увеличением кости, чередованием участков уплотнения и разрежения картиной "матового стекла"
4. разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
5. периостальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости

3. Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются:

1. безболезненный инфильтрат мягких тканей
2. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти
4. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

4. Рентгенологическая картина остеолитической формы саркомы челюсти характеризуется:

1. деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
2. истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений
3. разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
4. периостальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости

5. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли
4. комбинированное лечение
5. симптоматическую терапию

6. У больного установлен диагноз остеосаркомы нижней челюсти. Укажите правильный вариант лечения:

1. вылушивание;
2. консервативное лечение;
3. сглаживание деформированного участка
4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

7. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать:

1. с ретенционной кистой
2. с полиморфной аденомой
3. с хроническим в/ч синуситом
4. с дистопией третьих моляров

8. У больного установлен диагноз остеобластомы нижней челюсти. Какое лечение Вы примените:

1. кюретаж;
2. резекцию участка челюсти;
3. вылушивание;
4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

9. Развитию вторичного рака нижней челюсти способствует:

1. сахарный диабет
2. строение костной ткани
3. предраковые заболевания
4. дистопия третьих моляров
5. особенности кровоснабжения

10. Рентгенологическая картина остеобластической формы саркомы челюсти характеризуется:

1. деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами
2. истончением кортикального слоя кости множеством кистозных просветлений
3. разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования
4. периостальными наслоениями (спикулами), отсложкой надкостницы, краевой деструкцией кости

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-1 | 3-3 | 4-3 | 5-3 | 6-4 | 7-4 | 8-2 | 9-5 | 10-1 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 10. Опухоли слюнных желез

1.Рак околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует: 1.в шейные лимфоузлы

2. в глубокие шейные лимфоузлы
3. в заглоточные и шейные лимфоузлы
4. в легкие и кости гематогенным путем
5. в поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы
6. в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфоузлы

2.Аденокистозная карцинома околоушной слюнной железы на ранних стадиях метастазирует:

- 1.в шейные лимфоузлы
2. в глубокие шейные лимфоузлы
3. в заглоточные и шейные лимфоузлы
4. в легкие и кости гематогенным путем
5. в поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы
6. в подподбородочные и поднижнечелюстные лимфоузлы

3. Наиболее эффективный метод лечения ретенционных кист подъязычных слюнных желез:

1. цистотомия
2. цистэктомия
3. цистаденэктомия
4. криотерапия
5. склерозирование

4. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез заключается в удалении кисты:

1. с железой
2. с частью железы
3. кисты с железой и окружающими тканями

5.При удалении ретенционных кист малых слюнных желез иссекаются:

1. киста
2. часть оболочки кисты
3. часть слизистой оболочки и киста с железой
4. часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями

6.Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

1. карцинома
2. цилиндрома
3. мукоэпидермоидная
4. ацинозноклеточная
5. мономорфная аденома

7.Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

1. томографии
2. контрастной рентгенографии
3. открытой хирургической биопсии
4. пункционной биопсии
5. морфологического исследования послеоперационного материала

8.Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

1. цилиндрома
2. лимфаденома
3. онкоцитоз
4. плеоморфная аденома
5. мономорфная аденома

9.Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на слюнной железе:

1. поднижнечелюстной
2. околоушной
3. подъязычной
4. малой слизистой оболочки щеки

5. верно 1) и 3)

10. Комбинированный метод лечения новообразований:

1. хирургический + физиотерапевтический
2. криотерапия + хирургический
3. склерозирующая терапия + хирургический
4. лучевая терапия + хирургический
5. хирургический + лекарственная терапия

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-4 | 3-1 | 4-3 | 5-д | 6-3 | 7-5 | 8-4 | 9-2 | 10-4 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 11. Хирургические методы лечения регионарных лимфатических узлов

1. Какой метод лечения является оптимальным при плоскоклеточном раке кожи лица метастазами в регионарные лимфоузлы:

1. хирургический
2. лучевой
3. криодеструкция
4. комбинированный метод

2. При подвижных регионарных метастазах рака кожи лица выполняются следующие операции, за исключением:

1. футлярно-фасциальная лимфаденэктомия
2. операция Крайла
3. удаление пораженных лимфоузлов околоушной области с паротидэктомией
4. операция Дюкена

3. К локальным методам лечения рака кожи не относятся:

1. лучевая терапия
2. иссечение опухоли
3. криотерапия
4. системная химиотерапия

4. Для выбора плана лечения онкологического больного необходимо знать:

1. Локализацию опухоли
2. Стадию заболевания
3. Морфологическую структуру опухоли, степень её дифференцировки
4. Все перечисленное

5. Сочетание «N0» обозначает:

1. недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов
2. нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов
3. одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов

6. Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируют в виде:

1. N0
2. Nx
3. N1 – 3
4. M1

7. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается:

1. метастазирование против тока лимфы
2. метастазирование по току лимфы
3. и тот, и другой
4. ни то, ни другое

8. Методом морфологической верификации злокачественного новообразования является:

1. рентгеноскопия
2. биопсия опухоли
3. УЗИ
4. компьютерное обследование

5. термография

9. Символ «М» применяется для обозначения:

1. метастазов в отдаленных органах
2. метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
3. и того, и другого
4. ни того, ни другого

10. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли
4. комбинированное лечение
5. симптоматическую терапию

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-4 | 2-4 | 3-4 | 4-4 | 5-2 | 6-4 | 7-2 | 8-2 | 9-3 | 10-3 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 12. Методы лучевой терапии

1. У пациента обнаружена опухоль полусферической формы, размером 4x4x2 мм, расположенная на нижней губе (гистология: базальноклеточный рак). Выберите оптимальный метод лучевой терапии:

1. дистанционная лучевая терапия
2. близкофокусная лучевая терапия
3. аппликационная лучевая терапия
4. внутритканевая лучевая терапия
5. внутриполостная лучевая терапия

2. У больного выявлена гиперемия и легкая инфильтрация левой половины мягкого неба.

Левая небная миндалина увеличена, на ней глубокие язвы величиной размером 1x0.8 см плотными

1. дистанционная лучевая терапия
2. близкофокусная лучевая терапия
3. аппликационная лучевая терапия
4. внутритканевая лучевая терапия
5. лучевая терапия противопоказана

3. У больного диагностирована опухоль цилиндрической формы в области слюнной железы диаметром 10 мм. Выберите оптимальный метод лучевой терапии:

2. близкофокусная лучевая терапия
3. аппликационная лучевая терапия
4. внутритканевая лучевая терапия
5. внутриполостная лучевая терапия
6. комбинированная лучевая терапия

4. Выбор оптимальной дозы излучения зависит от:

1. гистологической структуры опухоли
2. вида ионизирующего излучения

5. Основным методом лечения липомы является:

1. химиотерапия
2. криодеструкция
3. комбинированное
4. лучевая терапия
5. иссечение вместе с капсулой

6. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака нижней губы :

1. 20 Грей
2. 40 Грей
3. 60 Грей
4. 80 Грей
5. 100 Грей

7. Наиболее чувствительна к лучевой терапии:

1. фибросаркома
2. остеосаркома
3. хондросаркома
4. гемангиоэндотелиома
5. ретикулосаркома

8. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли
4. комбинированное лечение
5. симптоматическую терапию

9. К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. СВЧ-гипертермию
3. лучевую терапию
4. комбинированное лечение
5. симптоматическую терапию

10. Основным методом лечения липомы является:

1. химиотерапия
2. криодеструкция
3. комбинированное
4. лучевая терапия
5. иссечение вместе с капсулой

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-4 | 2-3 | 3-4 | 4-1 | 5-3 | 6-5 | 7-3 | 8-3 | 9-4 | 10-5 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

Тема 13. Осложнения лучевой терапии

1. Лучевой остеонекроз челюстей возникает:

1. в результате дистанционной лучевой терапии злокачественных опухолей языка и слизистой оболочки полости рта
2. после многократных рентгенологических исследований и проведения компьютерной томографии у онкологических пациентов;
3. после проведения компьютерной томографии пациентам, принимающим бисфосфонаты;
4. при удалении грануляций в области лунки зуба диодным лазером.

2. Спонтанный патологический перелом челюсти на фоне диффузного остеорадионекроза челюсти:

1. возможен при любой травме пораженной челюсти
2. является ятрогенным осложнением
3. является осложнением после сегментарной резекции челюсти с замещением дефекта реконструктивной пластиной
4. является следствием травматичного удаления зуба в области участка остеонекроза.

3. Остеонекрэктомия – это операция по удалению:

1. некротизированной кости
2. некротизированных мягких тканей
3. периостальных наслоений
4. с секвестров кости.

1. лейкоплакию
2. остеонекроз
3. пародонтоз
4. эритроплакию.

5. Зияние некротизированной кости в полости рта:

1. всегда сопровождается выраженным болевым синдромом
2. лечится кератопластическими средствами

3. успешно лечится путём внутрикостного введения линкомицина

4. является основным симптомом остеонекротического процесса

6.Для выявления остеонекрозов челюстей наиболее информативна:

1. компьютерная рентгеновизуография

2. магнитно-резонансная компьютерная томография

3. мультиспиральная компьютерная томография

4. рентгенография костей лица в прямой и боковой проекциях.

7. Для тотальных остеонекрозов челюстей: ОПК

1.типично образование мелких пластинчатых секвестров

2. характерна патологическая подвижность 2-3 зубов

8. В чем проявляется местная лучевая реакция?

1. уменьшение гемопоза

2. снижение артериального давления

3. воспалительная реакция со стороны облученных тканей

4. снижение иммунитета.

9.Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют:

1.антигистаминные препараты

2.витамины

3.седативные средства

4.правильные ответы а) и б)

5.все ответы правильные

10.К лучевым реакциям относится: О

1.фиброз

2.лучевая язва

3.эритема кожи

4.лучевой рак

Ответы

| | | | | | | | | | |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 1-1 | 2-1 | 3-1 | 4-2 | 5-4 | 6-3 | 7-1 | 8-3 | 9-5 | 10-3 |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|

2.2.Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

Тема 1. Современные представления о биологической сущности опухолей.

1. Структура онкологического диспансера

2.Классификация опухолей по клиническому течению

3.Морфологическая структура опухолей

4.Классификация опухолей по степени дифференцировки и тканевой принадлежности

Тема 2. Теории канцерогенеза

1.Факторы, способствующие возникновению новообразований челюстно-лицевой области

2.Вирусно-генетическая теория возникновения опухолей

3.Гормональная теория

Тема 3.Методы обследования онкологических больных

1.Показания и противопоказания для проведения дополнительных методов обследования

2.Диагностические возможности различных методов обследования

3.Клинико-лабораторная диагностика опухолей

Тема 4.Врожденные кисты и свищи лица и шеи.

1.Этиология и патогенез срединной и боковой кист шеи

2.Клиническая картина боковой и срединной кист шеи

Тема 5.Органоспецифические опухоли и одонтогенные кисты челюстей

1.Рентгенологическая картина радикулярно й и фолликулярной кисты

2.Общие принципы лечения органоспецифических опухолей

Тема 6. Новообразования слизистой оболочки полости рта и кожи лица

1.Этиологические факторы в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта

2.Хирургические методы лечения злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта

рта

Тема 7. Новообразования губ и языка

1.Пути метастазирования при раке губы

2.Хирургические вмешательства при местно-распространенном раке языка

Тема 8. Опухолеподобные заболевания челюстей

1. Хирургические методы лечения хондромы челюсти, оссифицирующей фибромы, экзостозов челюстей

Тема 9. Злокачественные поражения челюстей

1. Классификация злокачественных поражений челюстей

2. Лечение остеобластом нижней челюсти

Тема 10. Опухоли слюнных желез

1. Клинические проявления промежуточной опухоли

2. Диагностика опухолей слюнных желез

Тема 11. Хирургические методы лечения регионарных лимфатических узлов

1. Ортоградное лимфогенное метастазирование

2. Принципы оперативного вмешательства на лимфатическом аппарате шеи (операция Ванаха, Крайля, верхняя шейная эксцизия, фасциоларно-футлярная эксцизия)

Тема 12. Методы лучевой терапии

1. Электронно-лучевая терапия, дистанционно-лучевая и близкофокусная терапия

Тема 13. Осложнения лучевой терапии.

1. Причины возникновения лучевого некроза

2. Остеорадионекроз челюстей. Клинические проявления

3. Ранние и поздние лучевые повреждения

4. Показания и противопоказания к остеонекротомии.

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1. Современные представления о биологической сущности опухолей.

Задача 1

У женщины 28 лет на десне в области верхнего 3-го зуба справа обнаружено грибовидное образование до 1 см белесоватого цвета. Из образования взят биоптат. Гистологически образование состоит из соединительной ткани с тонкостенными сосудами и большим количеством гигантских клеток типа остеокластов. Назовите гистологические формы этого заболевания.

Ответ

Гистологические формы эпюлисов: фиброзный, ангиоматозный, гигантоклеточный.

Задача 2

У мужчины 50 лет на десне в области верхнего 2-го зуба слева обнаружено грибовидное образование до 0,8 см белесоватого цвета. Из образования взят биоптат. Гистологически образование состоит из соединительной ткани с тонкостенными сосудами и большим количеством гигантских клеток типа остеокластов.

1. Какое заболевание обнаружено у больной?

2. К какой группе заболеваний оно относится?

Ответ

1. Гигантоклеточный эпюлис.

2. Опухолевидные заболевания.

Тема 2. Теории канцерогенеза

Задача 1

Больная С, 60 лет, обратилась с жалобами на появление уплотнения в подчелюстной области слева. При пальпации обнаружен узел, спаянный с кожей. Проведена пункция и гистологическое исследование выявленного узла.

1. Из каких клеток (эпителиальных или соединительно тканых) развивается рак?

2. Что такое инвазивный рост опухоли?

Ответ

1. Из эпителиальных клеток;

2. Проникновение клеток опухоли в окружающие нормальные ткани с развитием в них деструкции;

Задача 2

Больной М, 48 лет, обратился с жалобами на появление уплотнения в подчелюстной области слева. При пальпации обнаружен узел, спаянный с кожей. Проведена пункция и гистологическое исследование выявленного узла.

Назовите факторы риска, способствующие развитию злокачественной опухоли.

Ответ

Генетическая предрасположенность, действие канцерогенов, снижение механизмов антибластомной резистентности организма, психоневрологические синдромы (психозы, слабоумие), эндокринопатии, тромбгеморрагические синдромы, вредные привычки (табакокурение), диета богатая животными жирами и копчеными продуктами, нитраты, пестициды в пище и воде;

Тема 3. Методы обследования онкологических больных

Задача 1

В отделение хирургической стоматологии обратился больной с жалобами на безболезненное образование в области нижней челюсти слева. Считает себя больным около года, когда впервые обратил внимание на опухоль.

1. Составьте алгоритм обследования больного

Ответ

1. Подробный сбор жалоб и анамнеза. Назначение дополнительных методов обследования (рентгенограммы, цитологическое исследование)

Задача 2

Больной А., 35 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области премоляров пальпация которой безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.

1. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

2. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?

Ответ

1. Данные анамнеза: давность заболевания, наблюдались ли ранее признаки воспаления, данные о состоянии зубов соответственно этой оболочке. Рентгенологическое обследование, ЭОД.

2. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов.

Тема 4. Врожденные кисты и свищи лица и шеи

Задача 1

К хирургу-стоматологу в поликлинику по месту жительства обратился пациент М. 23 лет с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа и боль, которые появились сутки назад после переохлаждения. Припухлость увеличилась на следующий день, усилилась боль. Температуры тела — 37,2°C. Клинически в поднижнечелюстной области справа определяются отек и инфильтрация мягких тканей, кожа гиперемирована, поднижнечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта явлений воспаления не выявлено. При проведении ортопантограммы верхней и нижней челюсти очагов хронической одонтогенной инфекции не выявлено. Пациенту назначен курс комплексной противовоспалительной терапии (антибиотик, антигистаминный препарат, компрессы с Димексидом), контрольный осмотр на следующий день. Цель обследования — УЗИ органов шеи. Во время контрольного осмотра на следующий день отмечено уменьшение боли, напряжение мягких тканей в поднижнечелюстной области уменьшилось. Результат УЗИ: увеличенные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области справа.

Проведите диагностику, дифференциальную диагностику данной патологии, определите план обследования, лечения.

Ответ

1. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа.

2. Дифференциальная диагностика проводится с опухолями поднижнечелюстных слюнных желез, боковой кистой шеи, дермоидной кистой, каротидной хемодектомой. При необходимости верификации диагноза проводится пункционная биопсия, КТ диагностика. Курс комплексной противовоспалительной терапии — 7–10 дней

Задача 2

Пациентка А. 42 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в верхнем отделе шеи спереди, которое появилось около месяца назад и начало увеличиваться в размере. Образование причиняет дискомфорт, жалоб на боль нет. Клинически в

верхнем отделе шеи спереди определяется округлой формы образование размером 4 см в диаметре, безболезненное при пальпации, кожа над образованием в цвете не изменена. Образование связано с подъязычной костью и смещается во время акта глотания

Проведите диагностику, определите план обследования и лечения.

Проведите диагностику данной патологии

1. Врожденная срединная киста шеи.

2. Для верификации диагноза проводятся пункционная биопсия, УЗИ органов шеи, КТ-диагностика, может быть проведено ЯМР-исследование. При подтверждении диагноза показано хирургическое лечение — цистэктомия с резекцией тела подъязычной кости

Тема 5. Органоспецифические опухоли и одонтогенные кисты челюстей

Задача 1

Больной Н., 25 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти справа. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 1.2, 1.3, 1.4 пальпация которой безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?

Ответ

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.

2. По возможности результаты цитологического исследования.

Задача 2



Больная Д., 25 лет обратилась с жалобами на появление асимметрии лица за счет припухлости щечной области справа.

При осмотре конфигурация лица изменена за счет припухлости в щечной области справа. Кожа в цвете не изменена, в складку собирается. Пальпация мягких тканей щечной и поднижнечелюстной областей справа безболезненна.

В полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти справа в виде выбухания с четкими контурами округлой формы протяженностью от зуба 4.3 до зуба 4.6. Слизистая оболочка в области выбухания бледно-розового цвета. Пальпация безболезненна, однако в центре выбухания определяется участок податливости костной стенки.

1. Дайте название рентгенограммы и опишите ее.

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Расскажите этиологию и патогенез данного заболевания.

4. Укажите вид хирургического лечения и обоснуйте его.

5. Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

Ответы

1. Ортопантограмма. На рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами, нижняя граница которого доходит до края нижней челюсти. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 4.5, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 4.4, у которого периодонтальная щель на всем

протяжении дистальной поверхности корня не определяется. Имеется также причинный зуб 8.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса.

2.Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический перио-донтит зуба 8.5. Дистоция, ретенция зуба 4.5 и дистопия зуба 4.4.

3.Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки эмбрионального эпителия зубооб-разовательной пластинки - клетки Маляссе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление.

4.Цистотомия с удалением причинного зуба 8.5. Обоснование - необходимость сохра-нения зачатка зуба 4.5; большой размер кисты и, как следствие, возможность пато-логического перелома нижней челюсти, а также в связи с риском травмирования сосудисто-нервного пучка.

5.Травма сосудисто-нервного пучка: кровоотечение и нарушение двигательной и чув-ствительной функций зоны иннервации n. Mandibularis; травма зачатка зуба 4.5, вплоть до его удаления. Патологический перелом нижней челюсти. Рецидив кисты

Тема 6. Новообразования слизистой оболочки полости рта и кожи лица

Задача 1

Больной, 40 лет, жалуется на длительно существующую трещину в центральном отделе красной каймы нижней губы. Табакокурение с 16 лет. По средней линии красной каймы нижней губы имеется глубокая трещина, длиной 1,0 см., характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует.

1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2.Составьте план лечения.

3.Когда показан хирургический метод лечения?

Ответ

1.На основании анамнеза и клинических данных ставится диагноз - хроническая трещина красной каймы нижней губы.

2.Консервативное лечение.

3.При неэффективности консервативного лечения.

Задача 2

Пациент М. 63 лет обратился в клинику с жалобами на образование в щечной области, безболезненное, плотное которое в последнее время стало увеличиваться. Из анамнеза, образование существует около 5 лет. На вид образование размером около 4 см, при пальпации безболезненное, мягкой консистенции, с четкими границами, кожа над ним в цвете не изменена.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Какие вспомогательные методы исследования используются для уточнения диагноза?

3.Предложите план лечения.

Ответ

1.Липома.

2.Цитологическое исследование.

3.Удаление образования вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием.

Тема 7. Новообразование губ и языка

Задача 1

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шею слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Тактика лечения этого больного?

Ответ:

1.рак нижней губы.

2. В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.

Задача 2

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева

1. Ваш предварительные диагнозы?

2. Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Ответы:

1. Метастазы в л\злы шеи.

2. УЗИ исследования с пункцией из увеличенного л/узла с последующим проведением операции или химио-лучевого лечения

Тема8. Опухолеподобные заболевания челюстей

Задача 1

Больная, 30 лет, проживает в сельской местности. Обратилась в клинику по поводу деформации альвеолярного отростка в переднем отделе верхней челюсти, которое появилось и постепенно увеличивалось в размере в течении 8-ми месяцев. Признаки воспаления и температуры тела не отмечались. Фронтальные зубы верхней челюсти стали подвижными. Боль и интенсивное увеличение образования отмечается в течении последнего месяца. Верхняя губа и концевой отдел носа резко приподняты вверх. Образование от 1.4 до 2.4 с вестибулярной поверхности верхней челюсти, слегка бугристое и болезненное при пальпации. При рентгенологическом исследовании определяется участок деструкции костной ткани передней стенки верхней челюсти в виде участков уплотнения и очагов разрежения с нечеткими границами. Проведенное гистологическое исследование показало картину хондромы, но отличающуюся более выраженной клеточной и полиморфной структурой и наличием значительного количества атипичных клеток с крупными или двойными ядрами. Митозы отмечаются редко.

1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2.Наметьте план лечения.

3.Какая рентгенологическая картина характерна для хондросаркомы?

Ответ

1.На основании анамнеза и местного статуса можно предположить любое остеогенное новообразование, доброкачественную опухоль, но указание о появлении болей и ускорения роста в течении последнего месяца, рентгенологического исследования, а также результата морфологического исследования предполагает хондросаркому верхней челюсти .

2.Учитывая, что хондросаркома плохо поддается лучевой терапии, необходимо ограничиться оперативным лечением - резекцией верхней челюсти.

3.Характеризуется чередованием разрежения с мелкими плотными вкраплениями

Тема9. Злокачественные поражения челюстей

Задача 1

У больного К., 43 лет, горнорабочего, имеется деформация верхней челюсти справа, гнойно-кровянистое выделение из носа, затрудненное носовое дыхание, онемение кожи подглазничной области, подвижность 14, 15, 16, 17 зубов. На рентгенограмме придаточных пазух носа отмечается затемнение гайморовой пазухи и резорбция ее наружной стенки. Из анамнеза выяснено, что больной несколько лет страдает правосторонним гайморитом, по поводу чего ЛОР-врачом проводилось лечение путем промывания верхнечелюстной пазухи. Поставьте предварительный диагноз.

Ответ

Злокачественная опухоль верхней челюсти.

Задача 2

К какой стадии, согласно классификации TNM, следует отнести плоскоклеточный ороговевающий рак нижней челюсти с наличием язвы на альвеолярном отростке до 2,0 см в диаметре и одностороннего подвижного лимфоузла до 1,0 см?

Ответ:

T2N1M0.

Ответ:3

Тема 10. Опухоли слюнных желез

Задача 1

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась асимметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

1.Тактика действия врача?

2.Наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

1.УЗИ исследование околоушной области и регионарных зон, пункция под контролем УЗИ из очага уплотнения, компьютерная томография

2.Диагноз дифференцируется между плеоморфной аденомой и раком околоушной слюнной железы.

Задача 2

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

1.Тактика действия врача?

2.Наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

1.УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла.

2.Метастазы в л/узлы шеи.

Тема 11. Хирургические методы лечения регионарных лимфатических узлов

Задача 1

У курильщика 68 лет появилось плотное безболезненное образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытое корочкой размерами 1,0 см. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2,0 см.

1.Расскажите об основных принципах лечения.

2.Предложите тактику лечения этого больного?

Ответ

1.Лечение рака губы проводится комбинированным способом и предусматривает излечение как первичного очага, так и зон первичного метастазирования. При III стадии первичный очаг излечивают лучевым методом с использованием ДГТ или брахитерапии. Остаточная опухоль убирается резекцией губы. После полной регрессии опухоли делают одномоментную двустороннюю фасциально-футлярную экзизию. При наличии регионарных метастазов операции предшествует лучевая терапия в СОД 30 - 40 Гр одновременно с лучевой терапией первичной опухоли. Этим добиваются уменьшения размеров лимфоузлов.

2.С учётом стадии заболевания показано комбинированное лечение, лучевая терапия на первичную опухоль и на метастатические узлы, хирургическое удаление в случае наличия резидуальной опухоли, двусторонняя шейная фасциально-футлярная лимфаденэктомия.

Задание 2

Мужчина 56 лет жалуется на подвижность моляров верхней челюсти слева, периодические боли, ощущение тяжести и кровянистое отделяемое из левой половины носа. Болеет 5 месяцев. На протяжении последнего месяца похудел, появилась слабость. На рентгенограмме: гайморита слева затемнена, костная ткань в области альвеолярного отростка на уровне моляров слева разрушена. Выставлен диагноз: рак верхней челюсти слева. Укажите принципы лечения данной опухоли?

Ответ:

Комбинированное лечение.

Тема 12. Методы лучевой терапии

Задача 1

Больной К, 55 лет обратился в клинику с новообразованием в области подчелюстной железы справа диаметром 8 мм. Диагностирована цилиндрома подчелюстной слюнной железы. Какой метод лучевой терапии показан в данном случае.

Ответ:

Внутриканальная лучевая терапия

Задача 2

Больной обратился в клинику на припухлость левой половины мягкого неба. Небная миндалина увеличена, на ней глубокое изъязвление размером 0,5 мх0,8 см с плотными краями и некротическим налетом. Назовите оптимальный метод лучевой терапии: ОПК-6.2

Ответ:

аппликационная лучевая терапия

Тема 13. Осложнения лучевой терапии

Задача 1

Мужчина 34 лет, через сутки после возвращения из командировки, во время которой принимал участие в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС обратился к участковому врачу с жалобами на угнетенное состояние, головную боль, головокружение, тошноту, повторную рвоту, понос с примесью крови. При осмотре выявлена небольшая отечность подкожной клетчатки, бледность кожных покровов. Со стороны нервной системы отмечались менингеальные явления: незначительная ригидность затылка, с. Кернига, патологические рефлексы Бабинского, Россолимо, Гордона, общая гиперестезия кожи. Вялость, сонливость, адинамия, тремор рук, потливость конечностей, озноб.

Каков наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

Острая лучевая болезнь. I. Период первичной реакции.

Он начинается непосредственно после облучения. Характерным для этого периода является угнетенное состояние, головная боль, головокружение, тошнота, рвота, понос всегда с примесью крови. В связи с повышением сосудистой проницаемости отмечается гиперемия кожи и небольшая отечность подкожной клетчатки, а при тяжелом поражении покровы бледны из-за развития коллапса, может наблюдаться потеря сознания. Таким образом, в начальном периоде лучевой болезни преобладают функциональные реакции перевозбуждения. Продолжительность I периода от нескольких часов до 2-3 дней.

Задача 2

Больная, 41 года, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в области боковой поверхности верхнего отдела шеи справа. Боль несколько усиливается при повороте головы. Впервые появилось образование и болезненность около 2 лет назад. В районной поликлинике был поставлен диагноз «хронический гиперпластический лимфаденит в области боковой» поверхности шеи справа. Проведена санация полости рта, назначалось противовоспалительное и физиолечение. После чего боль прошла, образование уменьшилось, размягчилось и практически не определялось при пальпации. После переохлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось, становилось болезненным. Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследования поставлен диагноз «боковая киста шеи справа в стадии воспаления». В чем заключалась диагностическая и тактическая ошибка врача в районной поликлинике?

Ответ:

Диагностическая ошибка заключается в том, что больному не полностью проведено обследование. Не проведено цитологическое исследование (диагностическая пункция), по результатам которой можно было бы с большей вероятностью предположить диагноз боковой кисты шеи. Тактическая ошибка заключалась в том, что, не исключив при помощи дополнительных методов обследования опухоли или опухолеподобного заболевания, неоднократно назначалось физиолечение, которое могло способствовать малигнизации. Ошибочным также было и то, что, несмотря на повторные рецидивы воспаления, после проведенной санации, курс лечения повторялся и не проводилось

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ ОДОНТОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСИТСЯ
 1. кератокиста
 2. фиброма
 3. папиллома
 4. келоид

- 2) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ ХАРАКТЕРА ОПУХОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. цитологический
 2. серологический
 3. иммунологический
 4. рентгенологический
- 3) МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ОТ ДЕРМОИДНЫХ И ЭПИДЕРМОИДНЫХ КИСТ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. пункция
 2. сиалография
 3. ангиография
 4. сцинтиграфия
- 4) РЕНТГЕНОГРАФИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ, ЯВЛЯЕТСЯ
 1. сиалография
 2. ортопантомография
 3. лимфография
 4. телерентгенография
- 5) СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЭПУЛИС МОЖЕТ БЫТЬ
 1. ангиоматозным
 2. кавернозным
 3. плоскоклеточным
 4. эпителиальным
- 6) РАНУЛОЙ НАЗЫВАЕТСЯ КИСТА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
 1. подъязычной
 2. малой
 3. поднижнечелюстной
 4. околоушной
- 7) ФОЛЛИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
 1. амелобластомой
 2. одонтомой
 3. твёрдой одонтомой
 4. цементомой
- 8) КИСТА ЧЕЛЮСТИ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
 1. опухолеподобное образование
 2. соединительнотканную опухоль
 3. эпителиальную опухоль
 4. стадию развития инфильтрата
- 9) ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ФОЛЛИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВИДЕ
 1. очага с чёткими границами и тенью зуба в полости
 2. «тающего сахара»
 3. полости с нечёткими границами
 4. очага с чёткими контурами в области верхушек или нескольких зубов
- 10) РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ОТТЕСНЯТЬ
 1. стенку нижнечелюстного канала
 2. клыковую ямку
 3. ярёмную вырезку
 4. подбородочный симфиз
- 11) НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННЫХ КИСТ ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. цистаденэктомия

2. цистотомия
3. криотерапия
4. склерозирование
- 12) К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТ
 1. криодеструкцию
 2. химиотерапию
 3. лучевую терапию
 4. фотодинамическую терапию
- 13) ОСНОВНЫМИ ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ В ВОЗНИКНОВЕНИИ ПРЕДРАКА ЯВЛЯЮТСЯ
 1. хроническая травма слизистой оболочки полости рта и вредные привычки
 2. вторичная адентия и несостоятельные ортопедические конструкции
 3. острые воспалительные процессы мягких тканей лица
 4. острые воспалительные процессы костей лицевого скелета
- 14) ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ МАЛИГНИЗАЦИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. однократная или хроническая травма
 2. дефицит витамина «В» в организме
 3. тяжёлая форма сахарного диабета
 4. курение
- 15) МАКРОПРЕПАРАТ (ИССЕЧЁННУЮ ПАТОЛОГИЧЕСКУЮ ТКАНЬ) ФИКСИРУЮТ ДЛЯ ПОСЛЕДУЮЩЕГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАСТВОРЕ
 1. 10% Формалина
 2. 70% Этилового спирта
 3. 5% Хлоргексидина
 4. 1% Формалина
- 16) ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ НАЗЫВАЮТ ИССЛЕДОВАНИЕ
 1. клеточного состава опухоли, полученного при пункции
 2. небольшой опухоли
 3. распространённости опухоли
 4. участка ткани опухоли
- 17) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ПЕРЕЛОМ СКУЛОГЛАЗНИЧНОГО КОМПЛЕКСА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. компьютерная томограмма средней зоны лица
 2. ортопантограмма
 3. рентгенограмма черепа в боковой проекции
 4. рентгенограмма черепа в прямой проекции
- 18) ПУНКЦИОННУЮ БИОПСИЮ ПРОВОДЯТ
 1. при глубоком залегании опухоли
 2. при поверхностном расположении опухоли
 3. при распаде опухоли
 4. в случае риска возникновения кровотечения из опухоли
- 19) КИСТЫ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСЯТСЯ К
 1. опухолеподобным образованиям
 2. опухолям
 3. воспалительным заболеваниям
 4. специфическим воспалительным заболеваниям
- 20) ФИБРОЗНУЮ ГИПЕРПЛАЗИЮ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ С
 1. эпулидом
 2. травматической язвой
 3. лейкоплакией
 4. эпителиальной злокачественной опухолью

- 21) К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ ФОРМА ЛЕЙКОПЛАКИИ
1. эрозивно-язвенная
 2. Таппейнера
 3. плоская
 4. мягкая
- 22) БАЗАЛИОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, КОТОРЫЙ ОТНОСЯТ К
1. злокачественным новообразованиям
 2. доброкачественным новообразованиям
 3. опухолеподобным заболеваниям
 4. предраковым заболеваниям
- 23) ОПУХОЛЬ ЯВЛЯЕТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ
1. пролиферацией собственных клеток организма
 2. некрозом тканей поражённого органа
 3. секвестрацией костной ткани
 4. образованием гнойных метастазов
- 24) РАК ЯВЛЯЕТСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ, ПРОИСХОДЯЩЕЙ ИЗ ТКАНИ
1. эпителиальной
 2. фиброзной
 3. костной
 4. жировой
- 25) МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ КЛЕТОК ОПУХОЛИ
1. с током лимфы и венозной крови
 2. путём прорастания капсулы
 3. по ходу мышечных волокон
 4. по ходу нервных стволов
- 26) ДЛЯ БОЛЬШИНСТВА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ХАРАКТЕРНО
1. наличие соединительнотканной капсулы
 2. инфильтративный рост
 3. наличие демаркационного вала
 4. быстрое распространение патологического процесса
- 27) СПОСОБНОСТЬ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ПОСРЕДСТВОМ ИМПЛАНТАЦИИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
1. злокачественных опухолей
 2. опухолеподобных заболеваний
 3. доброкачественных опухолей
 4. любых опухолей
- 28) ЧЕМ ВЫШЕ ДИФФЕРЕНЦИРОВКА ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК, ТЕМ ОПУХОЛЬ
1. медленнее растёт
 2. быстрее растёт
 3. быстрее метастазирует
 4. медленнее изъязвляется
- 29) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ВРОЖДЁННЫМ СВИЩОМ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ ЕГО
1. иссечение
 2. перевязка
 3. прошивание
 4. склерозирование
- 30) К ПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТ
1. небольшие размеры (в области 3 зубов)

2. прорастание кисты в полость носа
 3. прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 4. деструкцию наружной кортикальной пластинки челюсти
- 31) ОРОНАЗАЛЬНАЯ ЦИСТОТОМИЯ ПРОВОДИТСЯ У БОЛЬНЫХ ПРИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТАХ
1. прорастающих в верхнечелюстную пазуху
 2. оттеснивших полость носа
 3. оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 4. расположенных в области трёх и более зубов верхней челюсти
- 32) ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
1. всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
 2. корня "\"причинного\" зуба
 3. корней всех зубов, прилежащих к кисте
 4. зубов-антагонистов
- 33) ПОДГОТОВКА К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ ПЛОМБИРОВАНИЕ
1. корня "\"причинного\" зуба
 2. корней всех зубов, прилежащих к кисте
 3. всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
 4. тех зубов, корни которых запломбированы не полностью
- 34) ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТЭКТОМИЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ В ТЕХ СЛУЧАЯХ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ
1. оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
 2. прорастает поднадкостнично
 3. располагается во фронтальном отделе
 4. часто нагнаивается
- 35) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО С ФИБРОМАТОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. иссечение новообразования вместе с надкостницей
 2. химиотерапия
 3. лучевая терапия
 4. резекция челюсти
- 36) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КАВЕРНОЗНОЙ ГЕАНГИОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. склерозирующая терапия
 2. прошивание
 3. электрорезекция
 4. лучевое воздействие
- 37) ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. воспалительный процесс в периапикальных тканях
 2. порок развития одонтогенного эпителия
 3. аутоинфекция
 4. изолированный перелом альвеолярного отростка
- 38) КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. безболезненное выбухание участка челюсти
 2. гематома
 3. боль при открывании рта
 4. нарушение глотания
- 39) ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
1. опалесцирующей жидкости с кристаллами холестерина
 2. творожистой массы грязно-белого цвета
 3. прозрачной жидкости
 4. вязкой жидкости с фибринозными включениями

- 40) НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ
1. моляры
 2. премоляры
 3. резцы
 4. клыки
- 41) БОЛИ НЕЯСНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ, ИМИТИРУЮЩИЕ БОЛИ В ЗУБАХ, МОГУТ ВСТРЕЧАТЬСЯ ПРИ
1. остеогенной саркоме
 2. остеоме
 3. одонтоме
 4. гемангиоме
- 42) ВЗДУТИЕ КОСТИ ПРИ ВНУТРИКОСТНОЙ КИСТЕ ОБЪЯСНЯЕТСЯ
1. заполнением полости кисты трансудатом
 2. скоплением гноя в кистозной полости
 3. деструктивными изменениями вокруг кисты
 4. продуктивными изменениями в кости
- 43) ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРНО
1. ячеистое строение образования
 2. уплотнение костной ткани
 3. разряжение без чётких контуров
 4. наличие зуба в полости образования
- 44) АМЕЛОБЛАСТОМА РАЗВИВАЕТСЯ В
1. челюстях
 2. костях лицевого черепа
 3. костях мозгового черепа
 4. трубчатых костях
- 45) ПРИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ПРЕДЕЛАХ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ПРОВОДИТСЯ
1. частичная резекция верхней челюсти
 2. резекция верхней челюсти
 3. половинная резекция верхней челюсти
 4. химиотерапия
- 46) ДОСТУП ДЛЯ ОПЕРАЦИИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ СПОСОБОМ
1. внутриротовым
 2. по Евдокимову
 3. по Рудько
 4. по Диффенбаху
- 47) АТЕРОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ, ВОЗНИКШЕЕ ВСЛЕДСТВИЕ
1. закупорки сальной железы
 2. закупорки потовой железы
 3. закупорки слюнной железы
 4. отложения атероматозных масс в сосудах
- 48) СИРИНГОМА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ОПУХОЛЬ ЖЕЛЕЗЫ
1. потовой
 2. сальной
 3. малой слюнной
 4. большой слюнной
- 49) ДОБРОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ, ПРОИСХОДЯЩАЯ ИЗ ПОКРОВНОГО ЭПИТЕЛИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ
1. папилломой

2. фибромой
 3. карциномой
 4. саркомой
- 50) КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
 2. ограниченным участком ороговения десны
 3. рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
 4. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
- 51) КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
 2. болезненным дефектом костной ткани челюсти
 3. рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
 4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- 52) К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (ЧЛО) ОТНОСИТСЯ
1. цитологическое исследование кисты путём пункции
 2. цитологическое исследование язвы языка путём отпечатка
 3. ультразвуковое исследование опухоли
 4. магнитно-резонансная томография
- 53) ДИАГНОЗ "МЕЛАНОМА" МОЖЕТ БЫТЬ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ
1. эксцизионной биопсии
 2. инцизионной биопсии
 3. сердцевинной биопсии
 4. тонкоигольной пункции
- 54) ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ ТВЁРДОГО НЁБА МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ
1. цилиндроме
 2. аденолимфоме
 3. полиморфной аденоме
 4. папилломе
- 55) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА АМЕЛОБЛАСТОМЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. деструкцией кости в виде множественных очагов разрежения, разделённых костными перегородками
 2. костными изменениями типа "\"тающего сахара\""
 3. резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всём протяжении
 4. диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всём протяжении
- 56) ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРНО
1. наличие мелких полостей, разделённых костными перегородками
 2. очаговое разрежение в виде кисты с чёткими границами
 3. разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
 4. наличие кисты с зачатком зуба
- 57) ПУНКТАТ ВРОЖДЁННОЙ КИСТЫ ШЕИ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД
1. прозрачной опалесцирующей жидкости
 2. гноя
 3. лимфы
 4. крови
- 58) ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНЫ ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ
1. с чёткими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
 2. в виде "\"тающего сахара\""
 3. с нечёткими границами в области одного или нескольких зубов

4. в виде нескольких полостей с чёткими контурами
- 59) ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛАХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ ПОСЛЕ ПРИЁМА НЕБОЛЬШИХ ДОЗ АЛКОГОЛЯ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
 1. лимфогранулематоза
 2. метастазов плоскоклеточного рака
 3. метастазов меланомы
 4. синдрома Шёгрена
- 60) ПОД ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ НАСТОРОЖЁННОСТЬЮ ПОНИМАЮТ ЗНАНИЕ
 1. ранних симптомов заболевания
 2. допустимых доз лучевой терапии
 3. препаратов для лечения
 4. результатов биопсии
- 61) К ПОКАЗАНИЯМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ОТНОСЯТ
 1. небольших размеров кисту, расположенную в пределах 1-2 зубов
 2. большие кисты верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа и нёбной пластинки
 3. кисту, в полость которой проецируются 3 и более интактных зуба
 4. обширные кисты с резким истончением основания
- 62) ПРОФИЛАКТИКОЙ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. лечение хронических форм периодонтита
 2. профессиональная гигиена полости рта
 3. отбеливание зубов
 4. удаление сверхкомплектных зубов
- 63) К СПЕЦИАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ, ОТНОСИТСЯ
 1. биопсия
 2. осмотр
 3. перкуссия
 4. аускультация
- 64) ОСНОВНЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ В РАЗВИТИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. хроническая травма
 2. вторичная адентия
 3. гиперсаливация
 4. наличие зубных камней
- 65) ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕННЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЧАСТИЧНОЕ УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ, НАЗЫВАЮТСЯ
 1. паллиативные
 2. бескровные
 3. экстренные
 4. радикальные
- 66) НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. наличие соединительнотканного тяжа с внутрикостным очагом деструкции
 2. рентгенография зубов
 3. электроодонтодиагностика (ЭОД) «причинного» зуба
 4. цитологическое исследование свищевого содержимого
- 67) КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ
 1. в области фуркации 3.6 зуба
 2. у верхушки переднего щёчного корня 1.6 зуба

3. у верхушек обеих корней 4.6 зуба
 4. в области верхушки корня 3.1 зуба
- 68) ЛЕЧЕНИЕ ЛИПОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. хирургическом иссечении
 2. динамическом наблюдении
 3. лучевой терапии
 4. устранении причинного фактора
- 69) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОБЛИГАТНЫХ ПРЕДРАКОВ ПРЕДПОЧТЕНИЕ ОТДАЮТ
1. иссечению
 2. лазеротерапии
 3. рефлексотерапии
 4. динамическому наблюдению
- 70) ПРИ ИССЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ НУЖНО ОТСТУПИТЬ ОТ ЕЁ КРАЯ НА (В СМ)
1. 3
 2. 2
 3. 1
 4. 0,5
- 71) ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТЕОБЛАСТОКЛАСТОМЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
1. резекции челюсти в пределах здоровых тканей
 2. выскабливании с выделением оболочки
 3. удалении причинных зубов
 4. иссечении изменённой слизистой оболочки

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3.Промежуточная аттестация по дисциплине (модулю) включает в себя зачет

Форма промежуточной аттестации – зачет с оценкой

Вопросы к зачёту:

1. Организация онкологической службы.
2. Статистика, классификация. МГКО ВОЗ.
3. Современные представления о биологической сущности опухолей. Онкологическая настроженность, онкологическая доктрина.
4. Предрасполагающие факторы возникновения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области
5. Методы обследования пациентов с целью диагностики онкологических заболеваний.
6. Специальные методы исследования (ЭОД, рентгенодиагностика, морфологические методы, исследования крови).
7. Разработка алгоритма постановки предварительного и окончательного диагноза
8. Эозинофильная гранулёма. Клинические проявления. Лечение
9. Фиброзная дисплазия. Клинические проявления. Лечение
10. Херувизм. Клинические проявления. Лечение
11. Деформирующий остоз (болезнь Педжета). Клинические проявления. Лечение
12. Одонтома, цементома, адамантинома. Клинические и рентгенологические проявления. Лечение
13. Фоликулярная киста. Клиника, диагностика, лечение
14. Радикулярная киста. Клиника, диагностика, лечение
15. Эпулис. Клиника, диагностика, лечение Кератиновые кисты. Клиника, лечение
16. Дермоидная киста. Клиника, лечение.
17. Бранхиальные кисты и свищи, тиреоглоссальные кисты и свищи шеи. Клиника, лечение
18. Гемангиома, липома, фиброма, атерома. Клинические и рентгенологические проявления. Лечение
19. Рак кожи лица. Этиология, клиника, лечение
20. Плоскоклеточный рак. Периоды, клиника, принципы лечения
21. Ретенционная киста губы. Причины, клинические проявления, лечение.

- 22.Рак губы. Стадии, клиника, лечение
- 23.Рак языка. Стадии, клиника, лечение
- 24.Классификация злокачественных поражений челюстей
- 25.Рак верхнечелюстной пазухи. Диф.диагностика, клинические проявления
- 26.Рак, саркома верхней и нижней челюсти. Стадии, клиника, лечение.
- 27.Классификация опухолей слюнных желез
- 28.Аденома, аденолимфома, смешанная опухоль. Клиника, диагностика, лечение
- 29.Промежуточная опухоль: ацинозно-клеточная
- 30.Мукоэпидермоидная опухоль. Клиника, лечение
- 31.Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Ортоградное лимфогенное метастазирование
- 32.Классификация метастазов.
- 33.Операция Ванаса, Крайля. Принципы оперативного вмешательства
- 34.Верхняя шейная экцизия. Фасциально-футлярная экцизия. Принципы оперативного вмешательства
- 35.Показания для проведения лучевой терапии в зависимости от морфологической структуры и стадии опухоли (электронно-лучевая терапия; гамма-лучевая, дистанционно-лучевая и близкофокусная лучевая терапия)
- 36.Классификация лучевых повреждений.
- 37.Общая лучевая реакция.
- 38.Ранние и поздние лучевые повреждения.
- 39.Остеорадионекроз челюстей, клиника, диагностика, лечение.
- 40.Остеонекротомия.

3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине

1. Показания и противопоказания к местной анестезии в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
2. Инъекционные методы местного обезболивания
3. Неинъекционные методы местного обезболивания
4. Анестетики, применяемые для местного обезболивания в хирургической стоматологии. Характеристика и механизм действия
5. Новокаин. Характеристика и механизм действия
6. Лидокаин. Характеристика и механизм действия
7. Тримекаин. Характеристика и механизм действия
8. Современные карпульные анестетики. Характеристика, механизм действия
9. Вазоконстрикторы, механизм действия
10. Адреналин. Характеристика, механизм действия
11. Норадrenalин. Характеристика, механизм действия
12. Аппликационная анестезия. Виды. Показания.
13. Интерлигаментарная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
14. Инфильтрационная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
15. Инфраорбитальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
16. Туберальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
17. Нёбная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
18. Резцовая анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
19. Мандибулярная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, способы, осложнения
20. Торусальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
21. Ментальная анестезия. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения

22. Анестезия по Берше-Дубову-Уварову. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
23. Анестезия щёчного нерва. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
24. Анестезия язычного нерва. Топографо-анатомическое обоснование, техника, показания, осложнения
25. Анестезия третьей ветви тройничного нерва у овального отверстия
26. Топографическая анатомия третьей ветви тройничного нерва
27. Топографическая анатомия второй ветви тройничного нерва
28. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков.
29. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
30. Причины и клиника аллергической реакции, анафилактического шока у больных после местного обезболивания, оказание помощь, профилактика

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой *разделов (тем)* учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

| Формируемая компетенция | Содержание компетенции | Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций) | Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ОПК-2 | Способен анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок | Знать: Мировой и отечественный опыт по повышению качества оказания медицинской помощи и профилактики профессиональных ошибок | | | | | |
| | | Уметь: Анализировать собственный опыт профессиональной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок | | | | | |
| | | Владеть: Навыками решения профессиональных задач в рамках правового поля и с использованием современных знаний для обогащения личного опыта с целью предотвращения профессиональных ошибок | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------------------|--|--|---|--|--|--|--|
| <p>ОПК-2.2.</p> | <p>Демонстрирует способность анализировать свою профессиональную деятельность с позиций ее соответствия нормативным и профессиональным стандартам</p> | <p>Знать: Методы анализа медицинской деятельности, опыт развития отечественной и зарубежной медицины</p> | <p>отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы</p> | <p>отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.</p> | <p>имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала</p> | <p>показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса</p> | <p>показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса</p> |
| | | <p>Уметь: Использовать аналитическое и клиническое мышление для грамотного анализа клинических ситуаций и принятия профессиональных решений на основе использования профессиональных стандартов обследования и лечения больных стоматологического профиля</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса</p> | <p>Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса</p> |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|---|--|
| | | | | | | ые неточности | |
| | | Владеть: Навыками оказания медицинской помощи больным стоматологического профиля с использованием стандартов диагностики и лечения стоматологических заболеваний для предотвращения профессиональных ошибок | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|---|---|---|---|
| ОПК-5 | Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Знать: Клиническую картину, методы диагностики стоматологических заболеваний у взрослых и детей, Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
|--------------|--|--|--|---|---|---|---|

| | | | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|--|--|
| | | | | | | смысл предлагаемого вопроса | |
| | | <p>Уметь: Использовать данные обследования пациентов для установления диагноза пациента</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности</p> | <p>Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса</p> |
| | | <p>Владеть: Навыками диагностического поиска, проведения дифференциальной диагностики с целью установления диагноза пациента при решении профессиональных задач</p> | <p>Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p> | <p>Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки</p> | <p>Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины</p> | <p>Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности</p> | <p>Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности</p> |

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|---|---|---|---|
| | | | | | | и | |
| иОПК-5.1 | Способен использовать методы сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента; результаты специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний | Знать: правила сбора жалоб, анамнеза, показания и противопоказания для проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных методов обследования | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: Выявлять признаки стоматологических заболеваний с помощью сбора анамнеза, объективного обследования стоматологического пациента, специальными и дополнительными методами исследования для | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |

| | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|---|---|--|---|
| | | диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний | | | | материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | |
| | | Владеть: Навыками применения результатов обследования пациентов для для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| иОПК-5.2 | Демонстрирует способность проводить и интерпретировать данные первичного и повторных осмотров пациента, обосновывать необходимость и объем лабораторных, инструментальных и дополнительных методов исследования с целью | Знать: принципы первичного и повторного осмотра, диагностические возможности различных методов обследования в стоматологии | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|--|
| | установления диагноза при решении профессиональных задач | | | | | раскрывает смысл предлагаем ого вопроса | |
| | | <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограмм ы, радиовизиограммы, ортопантограммы , томограммы (на плечных и цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач</p> | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональн ых задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала , но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательн ости | Обучающийся может использоват ь теоретическ ие знания материала самостоятел ьно, логично и последовате льно интерпрети рует материалы учебного курса, но допускает существенн ые неточности | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |
| | | <p>Владеть: Навыками установления диагноза пациентам на основе интерпретации полученных в ходе обследования данных</p> | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большой частью навыков в соответстви и с требования ми РП дисциплин ы и может реализовать их в своей профессион альной деятельност | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональн ой деятельности |

| | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|---|---|---|---|
| | | | | | | и | |
| иОПК-5.3 | Разрабатывает алгоритм обследования пациента для установления диагноза при решении профессиональных задач | Знать: Существующие алгоритмы обследования пациентов с различной патологией; Этиологию, патогенез, диагностику часто встречающихся заболеваний | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: Обосновывать необходимость и объем основных и дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |

| | | | | | | | |
|--------------|--|---|---|---|--|---|--|
| | | цифровых носителях)) для установления диагноза при решении профессиональных задач | | | | материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | |
| | | Владеть: Навыками разработки диагностического алгоритма на основе сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| ОПК-6 | Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач | Знать: Основные принципы лечения пациентов, основные методы вспомогательного, в т.ч. хирургического лечения, общие и функциональные методы лечения пациентов Основы фармакологии, клинической фармакологии | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|--|--|---|
| | | <p>Уметь: Обосновывать схему, план и тактику ведения пациентов, медицинские показания и противопоказания к операции</p> | | | | | |
| | | <p>Владеть: Навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по специальности с использованием современных методов лечения, разрешенных для применения в медицинской практике методами оценки фармакологической активности действующего вещества на организм, микроорганизмы или паразиты в тканях и жидкостях или поверхностях тела</p> | | | | | |
| иОПК-6.2 | Способен применить знания о медикаментозных и немедикаментозных методах лечения для назначения | <p>Знать: Стандарты медицинской помощи при различных заболеваниях</p> | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно |

| | | | | | | | |
|--|----------------|---|--|--|--|---|---|
| | лечения | | затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: Обосновывать, планировать и применять основные методы лечения различных заболеваний у детей и взрослых | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |
| | | Владеть: Навыками применения медикаментозных и немедикаментозных методов лечения у | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП | Владеет большей частью навыков в соответствии с | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может |

| | | | | | | | |
|--------------|--|--|--|--------|------------|---|--|
| | | пациентов с различной патологией | | ошибки | дисциплины | требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| ОПК-9 | Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач | Знать: Основные морфофункциональные, физиологические и патофизиологические, возрастнополовые и индивидуальные особенности строения и развития челюстно-лицевой сферы | | | | | |
| | | Уметь: оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в челюстно-лицевой для решения профессиональных задач | | | | | |
| | | Владеть: Навыками использования знаний о строении, физиологических и патофизиологических процессах в | | | | | |

| | | | | | | | |
|-----------------|--|---|--|---|---|---|---|
| | | челюстно-лицевой области для выявления физиологических состояний и патологических процессов для решения профессиональных задач | | | | | |
| иОПК-9.1 | Демонстрирует умение оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические состояния и процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач. | Знать: морфофункциональные особенности, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: применять знания о морфофункциональных особенностях, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы |

| | | | | | | | |
|-------------|---|---|---|---|--|---|--|
| | | для решения профессиональных задач на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях в рамках изучаемой дисциплины | ых задач в рамках РП | ошибки | неточности, нарушения логической последовательности | логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | учебного курса |
| | | Владеть: Навыками оценивания морфофункциональных, физиологических и патологических состояний и процессов в организме человека на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях для решения профессиональных задач в рамках изучаемой дисциплины | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| ПК-1 | Проведение обследования пациента с целью установления диагноза | Знать: методы обследования пациента с целью установления диагноза | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|---|
| | | | предложенные основные и дополнительные вопросы | большими затруднениями излагает материал. | формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | льно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: провести обследование пациента | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |
| | | Владеть: навыками постановки диагноза | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей |

| | | | | | | | |
|----------------|---|--|--|---|--|---|--|
| | | | | | | дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | профессиональной деятельности |
| иПК-1.1 | Получение информации от пациентов (их родственников/законных представителей) | Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей); | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильно формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: оценить состояние пациента | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|---|---|--|---|---|
| | | | | | логической последовательности | льно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | |
| | | Владеть: методами сбора информации от пациентов (их родственников/законных представителей) | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| иПК-1.2 | Интерпретация результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) | Знать: этиологию, патогенез и клиническую картину, особенности течения, осложнения и исходы стоматологических заболеваний | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|---|
| | | | | | изложении программного материала | учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | вопроса |
| | | Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |
| | | Владеть: Навыками интерпретации результатов сбора информации от пациентов (их родственников / законных представителей) | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |

| | | | | | | | |
|----------------|---|--|--|---|---|---|---|
| | | | | | | альной деятельности | |
| иПК-1.3 | Интерпретация данных первичного и повторного осмотров, результатов лабораторных, инструментальных методов исследования и заключений консультаций врачей-специалистов | Знать: Объем первичного и повторного осмотров, значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: Проводить первичный и повторный осмотр пациентов, обосновывать и планировать объем обследования пациентов | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |

| | | | | | | | |
|----------------|---|---|--|---|---|--|---|
| | | | | | | материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | |
| | | Владеть: Навыками интерпретации данных первичного и повторного осмотра пациентов, лабораторных и инструментальных исследований, данных консультаций пациентов врачами-специалистами | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| иПК-1.4 | Интерпретация данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях)) | Знать: Значение специальных и дополнительных методов исследования для диагностики и дифференциальной диагностики заболеваний | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |

| | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|--|--|
| | | | | | | раскрывает смысл предлагаемого вопроса | |
| | | <p>Уметь: Обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП</p> | <p>Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности</p> | <p>Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса</p> | |
| | | <p>Владеть: Навыками интерпретации данных дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях))</p> | <p>Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины</p> | <p>Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки</p> | <p>Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины</p> | <p>Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности</p> | |

| | | | | | | | |
|----------------|---|--|--|---|---|---|---|
| | | носителях)) | | | | и | |
| иПК-1.5 | Разработка алгоритма постановки предварительного диагноза и установление предварительного диагноза | Знать: клиническая картина, симптомы основных заболеваний и пограничных состояний у взрослых и детей, их диагностика | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |
| | | Уметь: Анализировать полученные результаты обследования | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |

| | | | | | | | |
|----------------|--|--|--|---|---|--|---|
| | | | | | | материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | |
| | | Владеть: методикой разработки алгоритма постановки предварительного диагноза | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |
| иПК-1.6 | Разработка алгоритма постановки окончательного диагноза, постановка окончательного диагноза | Знать: Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем | отсутствия знаний основных понятий и определений дисциплины обучающийся показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы | отсутствия знаний значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал. | имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала | показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; но не полностью | показывает отличные знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; раскрывает весь смысл предлагаемого вопроса |

| | | | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|---|---|
| | | | | | | раскрывает смысл предлагаемого вопроса | |
| | | Уметь: Проводить дифференциальную диагностику на основе полученной информации | Обучающийся не может использовать теоретические знания по дисциплине для решения практических профессиональных задач в рамках РП | Обучающийся не может использовать теоретические знания части программного материала, допускает существенные ошибки | Обучающийся может использовать теоретические знания материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, нарушения логической последовательности | Обучающийся может использовать теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса, но допускает существенные неточности | Обучающийся использует теоретические знания материала самостоятельно, логично и последовательно интерпретирует материалы учебного курса |
| | | Владеть: методикой разработки алгоритма постановки окончательного диагноза | Не владеет навыками в соответствии с требованиями РП дисциплины | Не владеет навыками части программного материала, допускает существенные ошибки | Владеет частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины | Владеет большей частью навыков в соответствии с требованиями РП дисциплины и может реализовать их в своей профессиональной деятельности | Владеет всеми навыками в соответствии с требованиями РП дисциплин и может реализовать их в своей профессиональной деятельности |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|
| | | | | | | И | |
|--|--|--|--|--|--|---|--|

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

| № | Компоненты контроля | Характеристика |
|----|-------------------------------|---|
| 1. | Способ организации | традиционный; |
| 2. | Этапы учебной деятельности | Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация |
| 3. | Лицо, осуществляющее контроль | преподаватель |
| 4. | Массовость охвата | Групповой, индивидуальный; |
| 5. | Метод контроля | Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение. Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. Решение ситуационных задач(темы 6,7,8) |

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

Для разбора тематического больного

❖ Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

❖ Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

❖ Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.