

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургической стоматологии**

Учебный план 31050350_15_13сд.pli.xml
31.05.03 Стоматология

Квалификация **специалист**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **5 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 180

в том числе:

аудиторные занятия 90

самостоятельная работа 72

экзамены 18

Виды контроля в семестрах:

экзамены 10

зачеты 9

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		Итого	
Неделя	18		17,7			
Вид занятий	УП	РПД	УП	РПД	УП	РПД
Лекции	18	10		6	18	16
Практические	36	28	36	63	72	91
В том числе	3	3	3	3	6	6
Итого ауд.	54	38	36	69	90	107
Контактная	54	38	36	69	90	107
Сам. работа	18	2	54		72	2
Часы на			18	18	18	18
Итого	72	40	108	87	180	127

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Зав. кафедрой, Мамытова Анара Бейшеневна; старший преподаватель, Сабирова Азиза Ибрагимовна

Рецензент(ы):

д.м.н., Зав. кафедрой детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Чолокова Гулнар Сатаркуловна

Рабочая программа дисциплины

Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 29.09.2015 протокол № 2.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургической стоматологии

Протокол от 28.08.2015 г. № 1

Срок действия программы: 2015-2020 уч.г.

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеневна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
16.11.2016 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2016-2017 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 02.09.2016 г. № 2

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
06.11.2017 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2017-2018 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 06.10.2017 г. № 2

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
11.10.2018 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2018-2019 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 28.08.2018 г. № 1

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
04.09. 2019г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 29.08 2019 г. № 1

Зав. кафедрой Зав. кафедрой, д.м.н., профессор Мамытова Анара Бейшеновна

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины "челюстно-лицевая и гнатическая хирургия" является подготовка специалиста для обеспечения надлежащего качества оказания стоматологической помощи пациентам с челюстно-лицевой патологией.
1.2	
1.3	Задачами модуля являются:
1.4	
1.5	- ознакомление с принципами организации и работы отделений хирургической стоматологии, профилактики внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях по профилю хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, создание благоприятных условий лечения и пребывания больных в ЛПУ и условий труда медицинского персонала;
1.6	- ознакомление с мероприятиями по охране труда и технике безопасности, профилактике профессиональных заболеваний, осуществлением контроля за соблюдением и обеспечением противоэпидемиологических мероприятий;
1.7	- освоение методов профилактики стоматологических заболеваний населения, а также предупреждения осложнений в клинике хирургической стоматологии;
1.8	- освоение методов диагностики при обследовании больных с заболеваниями, повреждениями, дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
1.9	- освоение методов диагностики симптоматических проявлений соматических и инфекционных заболеваний в полости рта у пациентов хирургического стоматологического профиля;
1.10	- освоение методов консервативного и хирургического лечения, методов профилактики осложнений при хирургическом лечении, а также реабилитации больных с воспалительными заболеваниями, травмой, новообразованиями челюстно-лицевой области, заболеваниями парадонта, заболеваниями, повреждениями нервов, дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области при оказании амбулаторной стоматологической хирургической помощи;
1.11	- ознакомление с принципами организации и проведения экспертизы трудоспособности больных стоматологического хирургического профиля;
1.12	- ознакомление с делопроизводством в стоматологической хирургической клинике;
1.13	- ознакомление с организацией работы с медикаментозными средствами и соблюдением правил их хранения в стоматологической хирургической клинике;
1.14	- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров, подготовки рефератов, обзоров по современным научным проблемам в области хирургической стоматологии;
1.15	- формирование навыков общения и взаимодействия с коллективом, партнерами, пациентами и их родственниками.
1.16	- Экспертиза трудоспособности больных с челюстно-лицевой патологией;
1.17	- Реабилитационная деятельность больных с челюстно-лицевой патологией;
1.18	- Организационно-управленческая деятельность;
1.19	- Организация труда медицинского персонала в стоматологических организациях;
1.20	- Ведение учетно-отчетной медицинской документации;
1.21	- Научно-исследовательская деятельность по челюстно-лицевой хирургии;
1.22	- Участие в решении отдельных научно-исследовательских и научно-прикладных задач по разработке новых методов и технологий в области челюстно-лицевой хирургии.
1.23	- Заложение фундамента к изучению таких дисциплин, как онкостоматология, имплантология и реконструктивная хирургия.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Анатомия человека - анатомия головы и шеи	
2.1.2	Патофизиология - патофизиология головы и шеи	
2.1.3	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи	
2.1.4	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта	
2.1.5	Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Онкостоматология и лучевая терапия	
2.2.2	Имплантология и реконструктивная хирургия полости рта	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-6: способность к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
Знать:	
Уровень 1	У пациентов основные патологические состояния, симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Уровень 2	Характеристику учетно-отчетной медицинской документации в медицинских организациях стоматологического профиля
Уровень 3	Оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ.
Уметь:	
Уровень 1	Выявить основные симптомы, синдромы стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Уровень 2	Провести сравнение основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Уровень 3	Провести оценку основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с МКБ.
Владеть:	
Уровень 1	Навыками работы с основными клиническими проявлениями стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с международной статической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) у пациентов.
Уровень 2	Навыками сравнения основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ).
Уровень 3	Владеть навыками описания основных симптомов заболевания.

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- принципы организации и работы отделений хирургической стоматологии, профилактики внутрибольничных инфекций в лечебно-профилактических учреждениях по профилю хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, создание благоприятных условий лечения и пребывания больных в ЛПУ и условий труда медицинского персонала;
3.1.2	- ознакомление с мероприятиями по охране труда и технике безопасности, профилактике профессиональных заболеваний, осуществлением контроля за соблюдением и обеспечением противоэпидемиологических мероприятий;
3.1.3	- освоение методов профилактики стоматологических заболеваний населения, а также предупреждения осложнений в клинике хирургической стоматологии;
3.1.4	- освоение методов диагностики при обследовании больных с заболеваниями, повреждениями, дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области;
3.1.5	- освоение методов диагностики симптоматических проявлений соматических и инфекционных заболеваний в полости рта у пациентов хирургического стоматологического профиля;
3.1.6	- освоение методов консервативного и хирургического лечения, методов профилактики осложнений при хирургическом лечении, а также реабилитации больных с воспалительными заболеваниями, травмой, новообразованиями челюстно-лицевой области, заболеваниями парадонта, заболеваниями, повреждениями нервов, дефектами и деформациями тканей челюстно-лицевой области при оказании амбулаторной стоматологической хирургической помощи;
3.1.7	- ознакомление с принципами организации и проведения экспертизы трудоспособности больных стоматологического хирургического профиля;
3.1.8	- ознакомление с делопроизводством в стоматологической хирургической клинике;
3.1.9	- ознакомление с организацией работы с медикаментозными средствами и соблюдением правил их хранения в стоматологической хирургической клинике;
3.1.10	- формирование навыков изучения научной литературы и официальных статистических обзоров, подготовки рефератов, обзоров по современным научным проблемам в области хирургической стоматологии;

3.1.11	- формирование навыков общения и взаимодействия с коллективом, партнерами, пациентами и их родственниками.
3.2	Уметь:
3.2.1	- наложить назубные шины,
3.2.2	- оказать помощь при вывихе нижней челюсти,
3.2.3	- назначить своевременное обследование и лечение,
3.2.4	- определить вид перелома.
3.2.5	- поставить диагноз при заболеваниях и повреждениях нервов челюстно-лицевой области;
3.2.6	- осуществлять профилактику развития болевого синдрома в области лица и челюстей;
3.2.7	- оказывать первую врачебную помощь при развитии болевого синдрома;
3.2.8	- составлять план лечения больных с заболеваниями и повреждения нервов челюстно-лицевой области;
3.3	Владеть:
3.3.1	Оказания первой медицинской помощи при огнестрельных и неогнестрельных переломах.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1.						
1.1	Статистика и классификация повреждений мягких тканей и костей лица. Клиника и лечение повреждений мягких тканей и костей лица. Переломы зубов и альвеолярного отростка челюстей. /Лек/	9	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.2	Классификация повреждений мягких тканей и костей лица. Характеристика повреждений мягких тканей ЧЛЮ. Характеристика повреждений зубов и альвеолярного отростка челюстей. /Пр/	9	7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	3	Интерактивные формы обучения. Проведение манипуляций на фантомах по ЧЛГХ.
1.3	Переломы нижней челюсти . Клиника , диагностика , дифференциальная диагностика. /Лек/	9	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.4	Переломы нижней челюсти . Классификация , клиника, диагностика, лечение (неоперативное, оперативное , ортопедическое). /Пр/	9	7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.5	Переломы верхней челюсти. Клиника , диагностика , дифференциальная диагностика. /Лек/	9	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.6	Переломы верхней челюсти . Переломы костей средней зоны лица (костей носа, скуловой кости, скуловой дуги, сочетанные переломы костей средней зоны лица) /Пр/	9	7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.7	Переломы скуловой кости и скуловой дуги. Переломы костей носа. Клиника , диагностика , дифференциальная диагностика, лечение. /Лек/	9	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.8	Осложнения травматического повреждения ЧЛЮ. Ранние и поздние осложнения. /Пр/	9	7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.9	Осложнение огнестрельных переломов челюстей. Травматический остеомиелит челюстей. Этиология , патогенез, клиника, диагностика , лечение. Непосредственные и ранние осложнения при травмах челюстно-лицевой области. Поздние осложнения. /Лек/	9	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	

1.10	Виды травм челюстно-лицевой области /Ср/	9	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	СРС-это самостоятельная работа студента это воспроизведение участниками группы патологических ситуаций в ЧЛО на фантомах и муляжах. Деловая игра проводится в небольших группах (3-5 участников). Участники получают задание на карточках (на доске, листах бумаги и т.д.), обыгрывается ситуация и представляют (показывают) всей группе. Преподаватель может сам раздавать ситуации для последующего их решения. Преимущество этого метода в том, что каждый из участников может представить себя в предложенной ситуации в качестве врача, принять решение с его выполнением на муляже или фантоме. Данная форма работы применяется для моделирования поведения и эмоциональных реакций людей в тех или иных ситуациях путем конструирования игровой ситуации, в которой такое поведение
------	--	---	---	------	-------------------	---	--

							предопределен о заданными условиями.
1.11	Статистика и классификация повреждений мягких тканей и костей лица . Клиника и лечение. Повреждение мягких тканей . Переломы зубов и альвеолярных отростков челюстей. Переломы костей средней зоны лица. Классификация , клиника, диагностика и лечение. /Пр/	10	14	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.12	Питание и уход за пострадавшими с травмами зубов челюстей, лица и шеи. Физиотерапия и система медицинской реабилитации /Лек/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.13	Вывихи нижней челюсти. Переломы нижней челюсти. Классификация , клиника, диагностика, оперативные и неоперативные методы лечения. /Пр/	10	7	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	3	Интерактивные формы обучения. Проведение манипуляций на фантомах по ЧЛПХ.
1.14	Общие принципы организации, содержание , силы и средства оказания стоматологической помощи в военной стоматологии в мирное время, а также в экстремальных условиях. Особенности повреждения мягких тканей и костей лицевого скелета. /Лек/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.15	Классификация повреждений мягких тканей ЧЛЮ. Клиническое лечение повреждений мягких тканей ЧЛЮ. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.16	Перелом костей средней зоны лица. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.17	Классификация повреждений мягких тканей ЧЛЮ. Клиническое лечение повреждений мягких тканей ЧЛЮ. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.18	Статистика , этиология, классификация травм ЧЛЮ. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л2.1	0	
1.19	Характеристика повреждений зубов и альвеолярного отростка челюстей. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.20	Классификация повреждений мягких тканей ЧЛЮ. Клиническое лечение повреждений мягких тканей ЧЛЮ. /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.21	Переломы нижней челюсти . Классификация. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.22	Переломы нижней челюсти . Клиника. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.23	Переломы нижней челюсти . Диагностика. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.24	Переломы нижней челюсти . Лечение (неоперативное /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.25	Переломы нижней челюсти. Лечение . (оперативное , ортопедическое). /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.26	Переломы верхней челюсти . Классификация , диагностика /Пр/	10	4	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.27	Переломы костей средней зоны лица (костей носа, скуловой кости, скуловой дуги, /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.28	Сочетанные переломы костей средней зоны лица)/Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.29	Осложнения травматического повреждения ЧЛЮ. Ранние осложнения. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	

1.30	Осложнения травматического повреждения ЧЛЮ. Поздние осложнения. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.31	Питание и уход пациентов с травматическими повреждениями ЧЛЮ. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.32	Общие принципы оказания помощи с травмой ЧЛЮ: временная. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.33	Общие принципы оказания помощи с травмой ЧЛЮ: квалифицированная, специализированная. /Пр/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	
1.34	Переломы верхней челюсти . Классификация , диагностика /Лек/	10	2	ПК-6	Л1.2 Л1.1 Л2.1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

В каждом семестре проводится:

1.текущий контроль с целью определения качества усвоения лекционного материала. Проводится на лабораторно-практических занятиях, по контрольным вопросам, тестам, решения ситуационных задач. График контроля с 1 по 7 неделе, с 9 по 12 неделе, с 13 по 18 неделе.

Максимальный рейтинговый балл текущего контроля – 13 баллов.

2.Рубежный контроль проводится после завершения изучения модульной единицы. Например, рубежный контроль проводится на 8-й 12-й неделе и 18 неделе.

Максимальный рейтинговый балл рубежного контроля – 14 баллов.

3.Итоговый контроль – зачет в конце 1-го семестра.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Классификация травм челюстно-лицевой области.

Клиника и лечение травм мягких тканей лица.

Классификация и механизм развития переломов челюстей.

Механизм и смещения отломков челюстей при их переломах.

Консервативные способы лечения переломов верхней челюсти.

Оперативные способы лечения переломов верхней челюсти.

Консервативно-оперативные способы лечения переломов верхней челюсти.

Ортопедические способы лечения переломов нижней челюсти.

Временная иммобилизация при переломах челюстей.

Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти.

Физиотерапевтические методы лечения больных с травмами челюстно-лицевой области.

Клиника и лечение вывихов зубов.

Клиника и лечение переломов зубов.

Клиника и лечение вывихов нижней челюсти.

Реабилитация больных с травмами челюстно-лицевой области.

Организация медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации.

Особенности боевых повреждений челюстно-лицевой области.

Ожоги лица. Особенности клиники и лечения.

Проявления лучевой болезни в органах полости рта и челюстно-лицевой области.

Питание и уход за больными и ранеными в челюстно-лицевой области.

Медицинская реабилитация и освидетельствование раненных в челюстно-лицевую область

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов согласно тематике разделе в ПРИЛОЖЕНИИ №2

ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ.

1.Куда чаще всего смещается отломок при переломах скуловой кости

А)вниз, внутрь, латерально

Б)вверх, внутрь

В)вверх, вниз, латерально

Г)латерально

2.Вправление скуловой кости проводят:

А)крючком Лимберга

Б)пинцетом

В)Гладкой шинной скобой

Г)иглодержателем

3.Первичную хирургическую обработку (ПХО) , проводимую в первые 24 часа после ранения принято называть:

А)отсроченной

Б)первичной

В)ранней первичной

- Г)вторичной
4. Частичное повреждение язычной артерии при обработке ран языка может привести к :
- А)некрозу языка
Б)некрозу передней трети языка
В)некрозу задней трети языка
Г)параличу языка
Д)воспалению языка
5. При ушивании раны языка направление линии швов избирают:
- А)в поперечном направлении
Б)в продольном
В)в косом
Г)а,в
6. При ушивании раны языка , неправильный выбор направления линии швов способствует:
- А)нарушению формы языка
Б)образованию рубца
В)нарушению формы и функции языка
Г)изменение цвета языка
7. Вследствии механического воздействия чаще всего возникают вывихи:
- А)фронтальных зубов нижней челюсти
Б)фронтальных зубов верхней челюсти
В)боковых зубов нижней челюсти
Г)боковых зубов верхней челюсти
Д)зубов «мудрости»
8. Различают вывихи зубов:
- А)вестибулярный, оральный
Б)медиальный , дистальный
В)полный, неполный, вколоченный
Г)а,б
9. Различают следующие переломы нижней челюсти у взрослых:
- А)полные, неполные, вколоченные
Б)прямой, отраженный, патологический
В) одиночные, двойные, множественные
Г)односторонние, двусторонние
Д) по типу «ивовой веточки»
10. Типы переломов верхней челюсти по Леффор:
- А)верхний и нижний
Б)верхний и средний
В)нижний, средний, верхний
Г)передний, задний, средний
11. Переломы верхней челюсти всегда сопровождаются:
- А)отеком и удлинением лица
Б)носовым кровотечением
В)сотрясением или ушибом головного мозга
Г)а, б, в
Д)тремором рук
12. Переломы скуловой кости и дуги могут быть:
- А)закрытыми, открытыми
Б)линейными, оскольчатыми
В)односторонние, двусторонние
Г)одиночными или в сочетании с переломами других костей лица
Д)а, б, в, г
13. Контрактура это:
- А)проникновение в сустав инфекции
Б)сведение челюстей
В)хроническое заболевание сустава дистрофического характера
14. Прозопалгии это:
- А)луночковые боли , обусловленные проникновением инфекции
Б)нарушение прикуса
В)лицевые боли , обусловленные поражением нервов лица и челюстей
Г)хроническое заболевание сустава дистрофического характера

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
 Доклад с презентацией
 Реферат
 Теоретические задания
 Ситуационная задача
 Шкала оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №3

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**6.1. Рекомендуемая литература****6.1.1. Основная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Мамытова А.Б., Ургуналиев Б.К., Молдалиев Э.К.	Травматология челюстно-лицевой области: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014
Л1.2	Мамытова А.Б., Айдарбекова А.А.	Хирургическая стоматология: Учебник	Бишкек: Изд-во КРСУ 2014

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий**6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии**

6.3.1.1	Традиционно-образовательные технологии - лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщения знаний и способов действий передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе хирургической клиники с обязательным посещением больных.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системные мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач, к ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Так же практические занятия при проведении которых используются методики мозгового штурма.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы а так же для ознакомления с интернет – источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекция – презентаций.

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	stomatologclub.ru
6.3.2.2	http://www.e-stomatology.ru/link/common/
6.3.2.3	http://neostom.ru/
6.3.2.4	Электронная библиотека КРСУ - www.lib.krsu.edu.kg
6.3.2.5	Электронная библиотека МЗ КР

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Стоматологическое отделение Мед. центра КРСУ.
7.2	Национальный госпиталь МЗ КР отд. челюстно-лицевой хирургии.
7.3	Городская стоматологическая поликлиника № 4.
7.4	Национальный центр охраны материнства и детства.
7.5	Национальный центр онкологии.
7.6	ОсОО Стоматология.

7.7	Учебно-научный центр стоматологии при КГМА.
7.8	
7.9	Специальные помещения:
7.10	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, текущего контроля и промежуточной аттестации и др. на 112 рабочих мест, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья, доска аудиторная, интерактивная доска); набором демонстрационного оборудования для представления информации: мультимедиапроектор, компьютер.
7.11	Отделения базовых лечебно-профилактических учреждений города Бишкек.
7.12	
7.13	Компьютерный класс (учебная аудитория) для групповых и индивидуальных консультаций, для проведения курсового проектирования (выполнения курсовых работ), организации самостоятельной работы, в том числе, научно-исследовательской, оборудованная учебной мебелью на 14 посадочных мест, компьютерами с неограниченным доступом к сети Интернет, включая доступ к ЭБС.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 4 МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) — совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации больного студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 баллов — Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

1) Организационный этап занятия (время — до 2%):

- а) переключка;
- б) задание на дом следующей темы;
- в) мотивация темы данного практического занятия;
- г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;

2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):

- а) варианты тестового контроля I и III уровня;
- б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;

3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время — до 15%);

4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время — до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время — до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больных, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

II. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции — 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией — 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту — 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию — 2 час.

Всего в неделю — 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах. Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практический, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-

презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разной в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошел спустя рукава.

- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть даже другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говориться зачем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы приходится размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: ^,

-Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до .

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от до .

СИТУЦИОННАЯ ЗАДАЧА. Перечень заданий согласно тематике раздела из п. 5.1

Пациент А. 65 лет обратился с жалобами на постоянную ноющую боль в области лунки удаленного зуба 4.7 с иррадиацией в ухо, запах изо рта.

Развитие настоящего заболевания: со слов пациента, 3 дня назад был удален зуб 4.7 по поводу хронического периодонтита. Со вчерашнего вечера боль усилилась.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: со слов пациента гипертоническая болезнь, гастрит. Вич, сифилис, гепатит отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36.9°C.

Местный статус: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, слабо болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями.

В полости рта: края лунки удаленного зуба 4.7 покрыты фибринозным налетом. В альвеоле удаленного зуба 4.7 сгусток отсутствует, лунка заполнена остатками пищи.

Слизистая оболочка в области лунки удаленного зуба 4.7 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации.

Зубная формула:

0 0 0 0 K K K K K K 0 0 0 0 0

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

0 0 0 K K П K K 0 0

Вопросы

1. Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.

4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.

5. Перечислите возможные местные и общие осложнения

Ситуационные задачи ЧЛГХ 5 курс экзамен**Ситуационная задача № 1.**

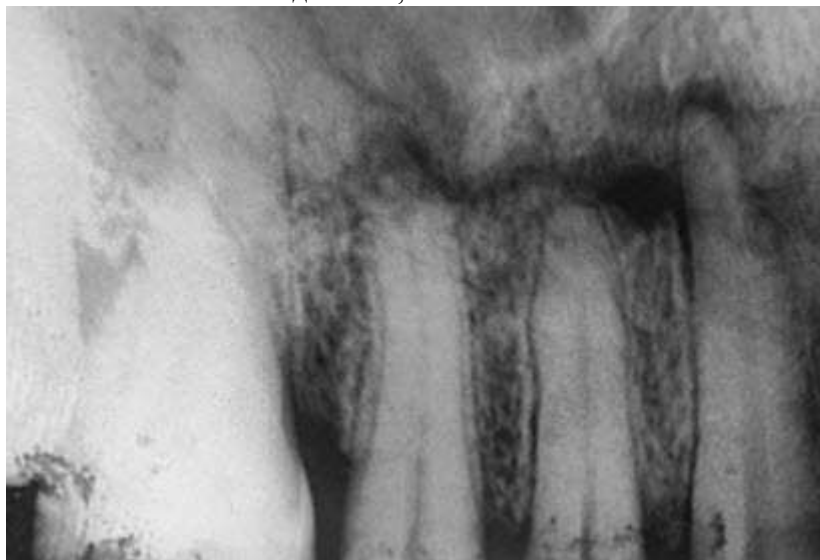
Больная Н 30 л. обратилась в ЧЛХ с жалобами на сильные боли в области ВНЧС справа, невозможность смыкания зубов, слюнотечение .

Из анамнеза установлено, что больная 1 час назад широко зевнула , после чего не смогла закрыть рот. Внешне : асимметрия лица , рот приоткрыт, отклонение нижней челюсти – в левую сторону. Пальпация области ВНЧС через кожу кпереди от козелка ушной раковины болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.
3. Возможные осложнения

Ситуационная задача №2

Машина скорой помощи доставила пострадавшего в стоматологическую поликлинику. На Рентген- снимке диагностирован перелом альвеолярного отростка от 3 до 5 зуба слева, перелом 1 и 2 зуба слева, на уровне шейки. Перелом корня 23 зуба. Местно отмечается отек мягких тканей верхней губы и подглазничной области слева, кожа над отеком в цвете не изменена, в складку берется, рот открывается свободно, отмечается отек мягких тканей в области 23,24,25 зубов , коронки 24,25 зубов отсутствуют, зубы подвижны II степени, 23 зуб подвижен III степени. Поставьте диагноз , ваш план лечения.

**Ситуационная задача №3**

Больной К. 28 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области угла нижней челюсти слева. Усиливающиеся при жевании, затрудненный прием пищи. 2 суток тому назад больной получил травму в области лица с лева, терял сознание. Симптом прямой нагрузки положителен, рот открывается на 2 см. прикус нарушен.

- 1.. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз



Ситуационная задача №4.

Больной Л. 26 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области угла нижней челюсти слева, усиливающиеся при открывании рта. 2 суток тому назад больной получил удар кулаком в лицо, терял сознание. В области угла нижней челюсти слева определяется отек мягких тканей в области угла нижней челюсти слева, кожа над отеком в цвете не изменена в складку берется, при пальпации болезненная. Симптом прямой нагрузки положителен. Рот открывается на 2 см. Прикус нарушен.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.

Ситуационная задача №5

Больной Г. 34 г. Обратился в ЧЛХ, с жалобами на боли в зубах во фронтальном отделе. При рентгенологическом обследовании альвеолярного отростка верхней челюсти обнаружено нарушение целостности корня 11 зуба в области верхушки. В анамнезе больной отмечает травму- полученную 1 день назад.

1. Диагноз



2. Тактика врача

Ситуационная задача №6

Больной К 34 г. обратился в ЧЛХ. Жалобы на подвижность зубов во фронтальном отделе верхней челюсти. Из анамнеза: получил травму 4 часа назад во время игры в футбол. Поврежденный зуб подвижен.

1. Поставьте диагноз

2. План лечения
3. Дополнительные методы обследования
4. Исход лечения



Ситуационная задача №7

Больной Д. 24 л. обратился в отделение ЧЛХ с жалобами на боль в области верхней челюсти с двух сторон, кровотечение из полости носа, невозможность плотного смыкания зубных рядов, удлинение средней зоны лица. Из анамнеза : около часа назад попал в ДТП ,сознания не терял. На вопросы отвечает вяло, отмечает сильную головную боль , тошноту, головокружение.

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования вы можете использовать?

Ситуационная задача №8

Пострадавший Б., 18 лет, обратился к врачу через 3 суток после травмы нижней губы. При осмотре – состояние удовлетворительное, температура тела – 37,0. Края раны отечны, кожа вокруг гиперемирована. Края раны покрыты серым налетом, имеется скудное гнойное отделяемое. Подбородочные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Ваш диагноз
2. Какова тактика врача в отношении раны?

Ситуационная задача №9

На прием обратился пострадавший А., 22 лет, с жалобами на наличие раны верхней губы, вывихнутый зуб ,головную боль, головокружение. Из анамнеза известно, что травму получил в результате избиения неизвестным лицом , сознание терял кратковременно. После удара была кратковременная потеря сознания, однократная рвота, не принесящая облегчения.

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования вы можете использовать?



Ситуационная задача №10

Больной М., 36 лет, жалуется на резкие боли в области 13 от любых раздражителей. Травма на производстве час назад. Объективно: отек тканей верхней губы, сквозная рана 1х1 см, покрыта сгустком, 13 – коронка отсутствует, на месте отлома зуба, выбухает ярко-красная ткань пульпы, резко болезненная при дотрагивании.

1. Поставить диагноз
2. Лечение

Ситуационная задача №11

Больной К. 19 лет, во время игры в футбол упал и получил травму переднего отдела верхней челюсти. При осмотре выяснилось, что 12, 11, 21, 22 выдвинуты из лунок, подвижны и смещены в небную сторону. Кроме того, отмечается разрыв слизистой оболочки в области указанных зубов и кровоизлияние.

1. Установить вид травмы
2. Поставить диагноз

Ситуационная задача №12

Больной К., 26 лет, обратился через день после травмы в стоматологическую поликлинику. Установлен диагноз: перелом альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне 11, 21, 23 со смещением 23 в линии перелома, 1/3 его коронки отломана.

1. Ваш план лечения

Ситуационная задача №13

У больного перелом нижней челюсти в области подбородочного отдела слева. Костные фрагменты оголены, подвижны, резко подвижны. Отмечается полная вторичная адентия.

1. План лечения
2. Определите способ иммобилизации отломков челюстей

Ситуационная задача №14

В клинику челюстно-лицевого отделения поступил больной с жалобами на боли в области угла нижней челюсти слева, нарушение прикуса, боли при глотании, отек мягких тканей в подчелюстной области слева, t до 39°C . Локально : отмечается нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в подчелюстной области слева, кожа над отеком гиперимированная в складку не берется, пальпаторно определяется разлитой болезненной инфильтрат. Открывание рта ограничено до 1,0 см болезненно, отмечается положительный симптом нагрузки с патологической подвижностью костных фрагментов нижней челюсти в области угла слева. Прикус нарушен. Из анализа: получил травму 10 дней назад в состоянии алкогольного опьянения.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы диагностики необходимо применить?
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №15

Больной попал в ДТП и получил травму в подбородочную область, после чего почувствовал резкую боль в области подбородка и ВНЧС слева. При осмотре – кровоизлияние в мягкие ткани подбородка, патологическая подвижность в области 31, 41 зубов, припухлость в верхнем отделе околоушно-жевательной области слева и болезненная пальпация, прикус нарушен.

1. Укажите методы диагностики.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.



Ситуационная задача №16

Больной 45 лет получил производственную травму час назад. При осмотре : пострадавший заторможен, головная боль, тошнота. Лицо удлинено. Из носа кровотечение, дыхание через нос отсутствует. Прикус открытый.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Ситуационная задача №17

У больного Д. поступил с жалобами на боли и отек мягких тканей в области носа, а также кровотечение из него. Из анамнеза 1 час назад получил травму в результате падения.

Объективно: отмечается кровотечение из обеих половин носа, отек мягких тканей носа пальпаторно отмечается симптом крепитации отломков в области перегородки носа. Со стороны полости рта без особенностей.

1. Диагноз
2. Составьте план лечения

Ситуационная задача №18

Больной Б. доставлен после ДТП, которое произошло часом ранее. Больной без сознания, дыхание сохранено, отмечается множественные ссадины и раны лица, а также разлитой отек мягких тканей лица. Со стороны полости рта прикус нарушен отмечается патологическая подвижность костных фрагментов верхней и нижней челюстей.

На данных КТ – исследований отмечается множественный перелом костей черепа.

1. План лечения



Ситуационная задача №19

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при надкусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

При внешнем осмотре: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

подвижность коронок 11,12 II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

1. Поставьте диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Какова тактика врача при таком переломе зуба?

Ситуационная задача № 20

В отделение челюстно-лицевой хирургии был доставлен больной после автоаварии. Больной в сознании, на вопросы отвечает, адекватен. Из анамнеза: в момент столкновения он ударился о спинку сидения автомобиля. В момент удара сознание не терял, рвоты не было, тошноты также не отмечалось. Было кровотечение изо рта в течение 30 минут с момента травмы. При осмотре определяется отек верхней губы, на коже которой имеются мелкие ссадины. В полости рта смыкание зубов не нарушено.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 21

В клинику обратился больной с наличием раны в щечной области слева, длинной до 3 см. Края раны неровные, глубина до мышечного слоя, рана покрыта корочкой, края раны слабо гиперемизированы, отечные. С момента травмы прошло 2,5 суток.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите вид хирургической обработки.
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 22

У больного с наличием раны щечной области слева, через неделю после проведения ПХО произошло нагноение раны, а еще через неделю открылось кровотечение.

1. Следствием чего может быть кровотечение?
2. Как оно называется?

Ситуационная задача № 23

В отделение челюстно-лицевой хирургии был госпитализирован больной с обширной раной правой половины лица. Рана получена в следствии удара разбитой бутылкой, умеренно кровоточит, мягкие ткани отечные, края раны неровные.

1. Каких данных недостаточно для постановки диагноза?
2. Назначьте план обследования.
3. Назовите вид оперативного лечения, и отчего он будет зависеть.

Ситуационная задача № 24

Больной жалуется на боли в левой скуловой области и ограничение открывания рта, онемение верхней губы и крыла носа слева. Из анамнеза: травму получил 2 часа назад, в результате драки. При осмотре отмечается западание тканей левой скуловой дуги. По нижнему краю глазницы отмечается симптом «ступеньки».

1. Поставьте предварительный диагноз,
2. Обследуйте больного.

Ситуационная задача № 25

Больной 15 дней назад получил удар кулаком в лицо. После травмы было кровотечение из носа, возникла припухлость тканей в области носа. Когда припухлость прошла, больной обнаружил деформацию носа. Локально: выявлено искривление спинки носа вправо и западание в области ската носа слева. Носовое дыхание левой половины затруднено. Патологическая подвижность в области костей носа не определяется, пальпация слегка болезненна.

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 26

Больной доставлен в отделение на носилках через 40 минут после автоаварии. Терял сознание, на сколько не помнит во время транспортировки дважды была рвота. В области кожи лба и носа множественные ссадины, значительных размеров гематома. Местно: при осмотре лица отмечается асимметрия, за счет западания спинки носа, пальпация носа резко болезненна, определяется, патологическая подвижность носовых костей, крепитация мягких тканей, из носовых ходов умеренное кровотечение. Носовое дыхание затруднено. Ваша тактика?

Ситуационная задача № 27

Больной, 70 лет, жалуется на затрудненное открывание рта, онемение в подглазничной области и левой половине верхней губы. 10 дней назад по пути с работы упал и ударился лицом о бордюр. Сознание не терял, рвоты и тошноты не было. Отмечал незначительное кровотечение из носа, отек и гематому в левой скуловой области. Лечился компрессами, за медицинской помощью не обращался. Общее состояние удовлетворительное. Местно: кожные покровы в цвете не изменены, имеется западание левой скуловой области, «ступенька» по нижнему краю глазницы. Рот открывается на 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите наиболее рациональный метод оперативного лечения.

Ситуационная задача №28

У больного М. после травмы ЧЛЮ развился значительный отек лица, появилось кровоизлияние в нижние веки с обеих сторон, парестезия кожи подглазничной области, кровотечение из носа. Пальпаторно: определяется

острый костный выступ по нижнему краю глазницы с обеих сторон. Имеется кровоизлияние в переходную складку у первых верхних моляров.

1. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 29

После автоаварии каретой скорой помощи в клинику доставлен больной с небольшим отеком лица. Отмечается кровоизлияние в подглазничные области слева и справа. Слева расходящееся косоглазие. Из носа выделяется розоватая с мелкими кровяными сгустками жидкость. Парестезия нижнего века, крыла носа и верхней губы справа. Острые костные выступы – на нижнем крае глазницы справа и лобном отростке верхней челюсти слева. Прикус нарушен. Кровоизлияние в переходную складку у 17 и 16, а также переднюю небную дужку слева.

1. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 30

Больной 24 лет, после бытовой травмы отмечает кратковременную потерю сознания, тошноту. Жалуется на боли в области верхней челюсти, кровотечение из носа. В анамнезе у больного сотрясение головного мозга, хронический гастрит и левосторонний гайморит. Локально: отмечается отек мягких тканей среднего отдела лица, спинка носа деформирована, глазные щели сужены, за счет отека верхних и нижних век, кровоизлияние в склеру. Пальпаторно: острые костные выступы в области спинки носа, пальпация болезненна. Рот открывает в полном объеме носовое дыхание нарушено. На слизистой оболочкой переходной складки и верхней губы обнаружена неглубокая ушиблено-рваная рана. 12, 11, 21, 22 подвижны. Прикус не нарушен.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 31

Больной А., 27 лет, обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слева, нарушение прикуса, затрудненный, болезненный прием пищи. Из анамнеза: месяц назад в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на 5 неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Был направлен на оперативное лечение. При осмотре конфигурация лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. Со стороны полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1.5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному.

Ситуационная задача № 32

Больной В., 32 года, поступил в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза: 5 недель назад получил удар в область нижней челюсти справа. К врачу обратился через неделю после травмы, с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия двухчелюстных шин снова появилась умеренная припухлость в подчелюстной области справа, кожная над припухлостью гиперемирована, отечна. В области тела нижней челюсти справа имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. По общему статусу состояние больного удовлетворительное. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

Ситуационная задача № 33

Больной Р., 48 лет, обратился в клинику с диагнозом: травматический остеомиелит нижней челюсти справа. Жалобы предъявляет на подвижность фрагментов нижней челюсти, наличие деформирующих рубцов щечной области справа. Из анамнеза выяснено, что 3 года назад попал в автоаварию. Проводили ПХО ран лица, наложение двухчелюстной шины, отмечалось осложненное заживление. 1,5 мес. назад во время драки получил травму в области угла нижней челюсти справа, к врачу не обращался лечился дома. Заметил подвижность фрагментов нижней челюсти справа. При местном осмотре конфигурация лица изменена за счет рубцовой деформации щечной области справа, признаков воспаления нет. Отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Есть ли связь между наличием рубцов и подвижностью фрагментов нижней челюсти?

Ситуационная задача № 34

В клинику обратился больной с жалобами на отек верхней губы, боли в этой области. Из анамнеза выяснено, что около 16 часов назад получил удар тупым предметом в область губ. За помощью не обращался. При осмотре верхняя губа отечна, на слизистой верхней губы с вестибулярной стороны имеется множество мелких ушибов. Смыкание зубов не нарушено.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения.

Ситуационная задача № 35

Больной Ж., 35 лет обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на боли и припухлость в области нижней челюсти слева, затрудненный прием пищи, боли при глотании, нарушение прикуса. Со слов

больного травму получил сутки назад во время драки. В момент травмы сознание не терял. Рвоты, тошноты не отмечал. Местно: при осмотре лицо асимметрично за счет отека мягких тканей в области тела нижней челюсти слева. Кожа над отеком в цвете не изменена. Симптом прямой нагрузки на подбородок положительный. Открывание рта ограничено до 1,5 см, болезненно. Со стороны полости рта: слизистая оболочка между 46 и 45 зубами надорвана. Прикус нарушен.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения.

Ситуационная задача № 36

Больной А. 32 г. обратился в отделение ЧЛХ после травмы в результате ДТП. Объективно: Наблюдается отек верхних отделов лица, носовое кровотечение, удлинение срединной зоны лица, нарушение прикуса, патологическая подвижность костных фрагментов верхней челюсти.

1. Поставьте диагноз
2. Какое дополнительное обследование необходимо сделать больному
3. Какова будет тактика лечения

Ситуационная задача №37

Больной М. 19 лет обратился в отделение ЧЛХ, в результате падения появился отек нижних отделов лица, нарушение прикуса, невозможность приема пищи.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Надо ли проводить дополнительные методы исследования

Ситуационная задача №38

Больная А 34 года поступила в отделение ЧЛХ с жалобами на кровотечение из носа с права, ограничение открывания рта, чувство онемения кожи подглазничной области справа. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет западения скуловой области справа, пальпаторно в области скуловерхнечелюстного шва справа симптом “ступеньки”

1. Поставьте диагноз
2. Какой вид RN исследования необходимо провести

Ситуационная задача №39

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлости нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зубов верхней челюсти. Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял, тошноты не было. Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы - рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону,

резкая боль при перкуссии, из под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
-------------------------	-------------------------

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

ПП

1. Поставьте развернутый диагноз
2. Проведите дополнительное обследование
3. Окажите неотложную помощь

Ситуационная задача №40

В клинику обратился больной 28 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающуюся при ее движении и, жевании, неправильное смыкание зубов.

Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии. При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
-------------------------	-------------------------

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

СРП

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

1. Поставьте развернутый диагноз
2. За счет каких мышц произошло смещение отломков?
3. Определите объем вмешательства.

Ситуационная задача №41

Мужчина получил удар кулаком в лицо час назад. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей, гематома в области нижней челюсти, нарушение прикуса, симптом «ступеньки» по нижнечелюстному краю, крепитация отломков.

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи

Ситуационная задача №42

Во время падения мужчина ударился головой об асфальт. Жалуется на сильную головную боль, тошноту, головокружение. При осмотре: сознание спутанное, кожные покровы бледные, пульс 62-64 удара в минуту. В

височной области слева припухлость мягких тканей , из левого уха небольшое кровотечение. Больной избегает смотреть на свет . Левый зрачок несколько шире правого.

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Ситуационная задача №43

У женщины при удалении нижнего маляра появились боли в скуловой области. Рот полуоткрыт, подбородок выступает вперед. Под скуловыми дугами впереди суставного бугорка определяется выпячивание.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте алгоритм доврачебной помощи.

Ситуационная задача №44

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплевывает кровь, частично ее проглатывает.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи
3. Продемонстрируйте технику остановки носового кровотечения.

Промежуточные тесты по ЧЛГХ 5 курс 9 семестр

1 вариант

1. Первичную хирургическую обработку (ПХО) , проводимую в первые 24 часа после ранения принято называть:

- А) отсроченной
- Б) первичной
- В) ранней первичной
- Г) вторичной

2. Частичное повреждение язычной артерии при обработке ран языка может привести к:

- А) некрозу языка
- Б) некрозу передней трети языка
- В) некрозу задней трети языка
- Г) параличу языка
- Д) воспалению языка

3. При ушивании раны языка направление линии швов избирают:

- А) в поперечном направлении
- Б) в продольном
- В) в косом
- Г) а, в

4. Вследствии механического воздействия чаще всего возникают вывихи:

- А) фронтальных зубов нижней челюсти
- Б) фронтальных зубов верхней челюсти
- В) боковых зубов нижней челюсти
- Г) боковых зубов верхней челюсти
- Д) зубов «мудрости»

5. Различают следующие переломы нижней челюсти у взрослых:

- А) полные, неполные, вколоченные
- Б) прямой , отраженный , патологический
- В) одиночные , двойные, множественные
- Г) односторонние, двусторонние
- Д) по типу «ивовой веточки»

6. Вправление вывиха нижней челюсти проводят в положении больного :

- А) сидя на низком стуле
- Б) стоя
- В) лежа
- Г) в стом. кресле
- Д) на кушетке

7. Какие виды повреждений относятся к открытым и первично инфицированным:

- А) ссадины
- Б) царапины
- В) ушибы
- Г) раны
- Д) а,б,г

8. Компоненты первичной хирургической обработки:

- А) рассечение раны для ревизии
- Б) иссечение нежизнеспособных тканей

- В) наложение швов
- Г) а, б, в
- Д) удаление зуба

9. По срокам проведения к первичной отсроченной хирургической обработке относится обработка проведенная в :

- А) первые часы
- Б) первые сутки
- В) 2-3 – и сутки
- Г) свыше 2-3 суток

10. При развитии нагноения раны необходимо произвести :

- А) вскрытие гнойного очага
- Б) только промывание раны
- В) только назначение медикаментов
- Г) наблюдение
- Д) ничего не делать

11. В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:

- А) свежие, застарелые
- Б) открытые, закрытые
- В) односторонние , двусторонние
- Г)осложненные , не осложненные
- Д) линейные , оскольчатые

12. По характеру перелома неогнестрельные ранения подразделяются на :

- А) прямые, отраженные, патологические
- Б) без смещения отломков , со смещением, линейные, оскольчатые
- В) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
- Г) с наличием зуба в линии перелома; с отсутствием зуба в нижнем переломе
- Д) б, г

13. В зависимости от исходного состояния , неогнестрельные переломы нижней челюсти подразделяются на:

- А) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
- Б) прямой, отраженный, патологический
- В) без смещения отломков, со смещением отломков
- Г) а, б

14. К средствам временной иммобилизации при переломах верхней челюсти относятся :

- А) эластическая повязка
- Б) назубные проволочные шины
- В) остеосинтез
- Г) аппарат Рудько

15. При вывихе зуба проводится операция:

- А) коронно-радикулярная сепарация
- Б) реплантация
- В) гемисекция
- Г) резекция
- Д) ампутация корня

16. Ссадина это:

- А) закрытое механическое повреждение мягких тканей
- Б) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или СО
- В) нарушение целостности кожи мягких тканей на всю их толщину , вызванное механическим воздействием
- Г) наличие повреждения костей и костные осколки

17. Подвывих – это:

- А) полный вывих
- Б) неполный вывих
- В) острый вывих
- Г) боковой вывих
- Д) застарелый вывих

18. Признаки перелома фронтальных зубов верхней челюсти:

- А) боль на химические раздражители
- Б) боль на температурные раздражители
- В) боль на механические раздражители
- Г) боль при физической нагрузке
- Д) б, в

19. При каком виде перелома зубного корня рекомендуется проведение удаления зуба:

- А) косой
- Б) продольный
- В) оскольчатый
- Г) поперечный
- Д) а, б, в

20. С какого участка нижней челюсти нужно начинать обследование у больного с переломом нижней челюсти:

- А) с поврежденной стороны
- Б) с неповрежденной стороны
- В) с верхней челюсти
- Г) со скуловой кости

21. При срединном переломе нижней челюсти смещение отломков происходит в какой плоскости?

- А) сагитальной
- Б) фронтальной
- В) сагитальной и фронтальной
- Г) Трансверзальной

22. При переломе собственно ветви нижней челюсти:

- А) значительных смещений отломков обычно нет
- Б) большой фрагмент смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь
- В) Большой фрагмент смещается кнаружи, а малый вниз и вовнутрь
- Г) большой фрагмент смещается вниз и вовнутрь, а малый – вверх и Кнаружи

23. При переломе венечного отростка нижней челюсти наблюдается изменение прикуса:

- А) зубы - антогонисты не смыкаются на стороне повреждения
- Б) зубы – антогонисты смыкаются только на стороне повреждения
- В) все зубы между собой не смыкаются
- Г) изменений прикуса нет

24. Какой зуб не удаляется из линии перелома?

- А) полностью вывихнутый из лунки зуб
- Б) зуб с периапикальными изменениями
- В) с явлениями периодонтита и пародонтита тяжелой степени
- Г) ретинированный зуб
- Д) если обнажен корень находится в щели перелома

25. Первичная хирургическая обработка раны при переломе нижней челюсти проводится в том случае

- А) если имеется закрытый перелом
- Б) если имеется открытый перелом с обнажением костных фрагментов
- В) как при открытом так и при закрытом переломе
- Г) если не удалось правильно сопоставить отломки

26. К временной иммобилизации отломков челюсти не относится:

- А) круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка
- Б) стандартная транспортная повязка
- В) подбородочная праща Померанцевой – Урбановской
- Г) назубная шина Васильева

27. Гладкая шина скоба используется при:

- А) переломах венечного отростка
- Б) переломах мышелкового отростка
- В) линейных переломах нижней челюсти в пределах от центральных резцов до премоляров
- Г) линейных переломах нижней челюсти со смещением костных фрагментов

28. Распорочный изгиб в шине Тигерштедта располагается:

- А) в любом месте челюсти
- Б) только во фронтальном отделе
- В) на симметричных участках
- Г) в области отсутствующих 1-2 зубов

29. При каком переломе нижней челюсти отсутствуют показания к остеосинтезу:

- А) у больного с переломом нижней челюсти и наличии подвижных зубов при заболевании парадонта
- Б) у больного с переломом нижней челюсти и отсутствии зубов на последней
- В) у больного перелом нижней челюсти находящийся в пределах зубного ряда
- Г) при интерпозиции мягких тканей

30. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при множественном переломе нижней челюсти:

- А) 19-20 дней
- Б) 24 – 25 дней
- В) 29 – 30 дней
- Г) 40-45 дней

Промежуточные тесты по ЧЛГХ 5 курс 9 семестр

2 вариант

1. Распорочный изгиб в шине Тигерштедта располагается:

- А) в любом месте челюсти
- Б) только во фронтальном отделе
- В) на симметричных участках
- Г) в области отсутствующих 1-2 зубов

2. При каком переломе нижней челюсти отсутствуют показания к остеосинтезу:

- А) у больного с переломом нижней челюсти и наличии подвижных зубов при заболевании парадонта
- Б) у больного с переломом нижней челюсти и отсутствии зубов на последней
- В) у больного перелом нижней челюсти находящийся в пределах зубного ряда
- Г) при интерпозиции мягких тканей

3. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при множественном переломе нижней челюсти:

- А) 19-20 дней
- Б) 24 – 25 дней
- В) 29 – 30 дней
- Г) 40-45 дней

4. Подвывих – это:

- А) полный вывих
- Б) неполный вывих
- В) острый вывих
- Г) боковой вывих
- Д) застарелый вывих

5. Признаки перелома фронтальных зубов верхней челюсти:

- А) боль на химические раздражители
- Б) боль на температурные раздражители
- В) боль на механические раздражители
- Г) боль при физической нагрузке
- Д) б, в

6. При каком виде перелома зубного корня рекомендуется проведение удаления зуба:

- А) косой
- Б) продольный
- В) оскольчатый
- Г) поперечный
- Д) а, б, в

7. Первичную хирургическую обработку (ПХО), проводимую в первые 24 часа после ранения принято называть:

- А) отсроченной
- Б) первичной
- В) ранней первичной
- Г) вторичной

8. Частичное повреждение язычной артерии при обработке ран языка может привести к:

- А) некрозу языка
- Б) некрозу передней трети языка
- В) некрозу задней трети языка
- Г) параличу языка
- Д) воспалению языка

9. При ушивании раны языка направление линии швов избирают:

- А) в поперечном направлении
- Б) в продольном
- В) в косом

10. По срокам проведения к первичной отсроченной хирургической обработке относится обработка проведенная в:

- А) первые часы
- Б) первые сутки
- В) 2-3 – и сутки
- Г) свыше 2-3 суток

11. При развитии нагноения раны необходимо произвести :

- А) вскрытие гнойного очага

- Б) только промывание раны
- В) только назначение медикаментов
- Г) наблюдение
- Д) ничего не делать

12. В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:

- А) свежие, застарелые
- Б) открытые, закрытые
- В) односторонние, двусторонние
- Г) осложненные, не осложненные
- Д) линейные, оскольчатые

13. С какого участка нижней челюсти нужно начинать обследование у больного с переломом нижней челюсти:

- А) с поврежденной стороны
- Б) с неповрежденной стороны
- В) с верхней челюсти
- Г) со скуловой кости

14. При срединном переломе нижней челюсти смещение отломков происходит в какой плоскости?

- А) сагитальной
- Б) фронтальной
- В) сагитальной и фронтальной
- Г) Трансверзальной

15. При переломе собственно ветви нижней челюсти:

- А) значительных смещений отломков обычно нет
- Б) большой фрагмент смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь
- В) большой фрагмент смещается кнаружи, а малый вниз и вовнутрь
- Г) большой фрагмент смещается вниз и вовнутрь, а малый – вверх и Кнаружи

16. Вследствие механического воздействия чаще всего возникают вывихи:

- А) фронтальных зубов нижней челюсти
- Б) фронтальных зубов верхней челюсти
- В) боковых зубов нижней челюсти
- Г) боковых зубов верхней челюсти
- Д) зубов «мудрости»

17. Различают следующие переломы нижней челюсти у взрослых:

- А) полные, неполные, вколоченные
- Б) прямой, отраженный, патологический
- В) одиночные, двойные, множественные
- Г) односторонние, двусторонние
- Д) по типу «ивовой веточки»

18. Вправление вывиха нижней челюсти проводят в положении больного :

- А) сидя на низком стуле
- Б) стоя
- В) лежа
- Г) в стом. кресле
- Д) на кушетке

19. При переломе венечного отростка нижней челюсти наблюдается изменение прикуса:

- А) зубы - антогонисты не смыкаются на стороне повреждения
- Б) зубы – антогонисты смыкаются только на стороне повреждения
- В) все зубы между собой не смыкаются
- Г) изменений прикуса нет

20. Какой зуб не удаляется из линии перелома?

- А) полностью вывихнутый из лунки зуб
- Б) зуб с периапикальными изменениями
- В) с явлениями периодонтита и пародонтита тяжёлой степени
- Г) ретинированный зуб
- Д) если обнажен корень находится в щели перелома

21. Первичная хирургическая обработка раны при переломе нижней челюсти проводится в том случае

- А) если имеется закрытый перелом
- Б) если имеется открытый перелом с обнажением костных фрагментов
- В) как при открытом так и при закрытом переломе
- Г) если не удалось правильно сопоставить отломки

22. Какие виды повреждений относятся к открытым и первично инфицированным:

- А) ссадины
- Б) царапины
- В) ушибы
- Г) раны
- Д) а,б,г

23. Компоненты первичной хирургической обработки:

- А) рассечение раны для ревизии
- Б) иссечение нежизнеспособных тканей
- В) наложение швов
- Г) а, б, в
- Д) удаление зуба

24. К временной иммобилизации отломков челюсти не относится:

- А) круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка
- Б) стандартная транспортная повязка
- В) подбородочная праща Померанцевой – Урбановской
- Г) назубная шина Васильева

25. Гладкая шина скоба используется при:

- А) переломах венечного отростка
- Б) переломах мыщелкового отростка
- В) линейных переломах нижней челюсти в пределах от центральных резцов до премоляров
- Г) линейных переломах нижней челюсти со смещением костных фрагментов

26. По характеру перелома неогнестрельные ранения подразделяются на :

- А) прямые, отраженные, патологические
- Б) без смещения отломков , со смещением, линейные, оскольчатые
- В) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
- Г) с наличием зуба в линии перелома; с отсутствием зуба в нижнем переломе
- Д) б, г

27. В зависимости от исходного состояния , неогнестрельные переломы нижней челюсти подразделяются на:

- А) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
- Б) прямой, отраженный, патологический

- В) без смещения отломков, со смещением отломков
 Г) а, б

28. К средствам временной иммобилизации при переломах верхней челюсти относятся :

- А) эластическая повязка
 Б) назубные проволочные шины
 В) остеосинтез
 Г) аппарат Рудько

29. При вывихе зуба проводится операция:

- А) коронно-радикулярная сепарация
 Б) реплантация
 В) гемисекция
 Г) резекция
 Д) ампутация корня

30. Ссадина это:

- А) закрытое механическое повреждение мягких тканей
 Б) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или СО
 В) нарушение целостности кожи мягких тканей на всю их толщину , вызванное механическим воздействием
 Г) наличие повреждения костей и костные осколки

**Итоговые тесты по ЧЛГХ 5 курс 9 семестр.
 1 вариант.**

1. Куда чаще всего смещается отломок при переломах скуловой кости :

- А) вниз, внутрь, латерально
 Б) вверх, внутрь
 В) вверх, вниз, латерально
 Г) латерально

2. Вправление скуловой кости проводят:

- А) крючком Лимберга
 Б) пинцетом
 В) Гладкой шинной скобой
 Г) иглодержателем

3. Различают вывихи зубов:

- А) вестибулярный, оральный
 Б) медиальный , дистальный
 В) полный, неполный, вколоченный
 Г) а,б

4. Типы переломов верхней челюсти по Леффор:

- А) верхний и нижний
 Б) верхний и средний
 В) нижний, средний, верхний
 Г) передний, задний, средний

5. Переломы скуловой кости и дуги могут быть:

- А) закрытыми, открытыми
 Б) линейными, оскольчатыми
 В) односторонние, двусторонние
 Г) одиночными или в сочетании с переломами других костей лица
 Д) а, б, в, г

6. Контрактура это:

- А) проникновение в сустав инфекции
- Б) сведение челюстей
- В) хроническое заболевание сустава дистрофического характера

7. Ле Фор I это :

- А) перелом по верхнему типу (суббазальный)
- Б) по нижнему типу (субназальный)
- В) по среднему (суборбитальный)

8. Ле Фор II это :

- А) перелом по нижнему типу (субназальный)
- Б) по верхнему (суббазальный)
- В) по среднему (суборбитальный)

9. Ле Фор III это:

- А) перелом по нижнему типу (субназальный)
- Б) по среднему типу (суборбитальный)
- В) по верхнему (суббазальный)

10. К застарелым переломам нижней челюсти относятся:

- А) до недели
- Б) до 2-3 недель
- В) до суток
- Г) до 20 лет

11. Смещение отломков нижней челюсти зависит от :

- А) силы тяги жевательных мышц
- Б) от силы направления удара и массы тяжести отломка
- В) от срока давности получения травмы
- Г) а, б
- Д) а, в

12. Виды ран неогнестрельного происхождения в зависимости от ранящего предмета подразделяют на :

- А) колотые, резаные, ушибленные, рубленые, укушенные, рвано-ушибленные
- Б) бытовые, спортивные, ушные транспортные
- В) сквозные, слепые, касательные
- Г) пулевые, осколочные, шариковые

13. Неогнестрельные переломы нижней челюсти по локализации подразделяются на:

- А) прямые, отраженные, патологические
- Б) переломы тела челюсти
- В) переломы в области угла нижней челюсти
- Г) переломы в области ветви челюсти
- Д) б, в, г

14. Основной жалобой больного при переломе нижней челюсти является :

- А) боль в области нижней челюсти, усиливающаяся при движениях
- Б) хруст
- В) сведение челюстей
- Г) асимметрия лица
- Д) повышение t^0 тела

15. Симптом «ступеньки» это:

- А) нарушение непрерывности костной ткани
- Б) разрывы десны с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани
- В) подвижность зуба в линии перелома
- Г) перелом мышечкового отростка

16. К временным методам иммобилизации отломков челюстей относятся :

- А) остеосинтез внутрикостный
- Б) назубные проволочные шины
- В) праща Померанцевой – Урбанской
- Г) аппарат Рудько

17. К постоянным методам иммобилизации отломков челюстей относятся:

- А) круговая , бинтовая, теменно-подбородочная повязка
- Б) праща Померанцевой –Урбанской
- В) назубные проволочные шины
- Г) межчелюстное лигатурное связывание зубов

18. Симптом Малевича это :

- А) нарушение непрерывности зубного ряда
- Б) подвижность зуба в линии перелома
- В) появление звука треснувшего горшка при постукивании по зубам на верхней челюсти со стороны повреждения
- Г) разрывы десны с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани

19. Как называется рана , при которой произошло раздавливание тканей:

- А) ушибленная
- Б) резаная
- В) колотая
- Г) укушенная
- Д)разможенная

20. Сочетанная травма – это:

- А) одновременная уличная и дорожная травма
- Б) одновременная травма костной системы и мягких тканей ЧЛО, а также органов полости рта
- В) одновременно возникшая травма 2х и более органов , принадлежащих к различным анатомо- функциональным системам
- Г) одновременная травма (бытовая, уличная, транспортная и т.п.)

21. Воздействие на организм 2х и более поражающих факторов называется:

- А) множественным поражением
- Б) одиночным поражением
- В) сочетанным поражением
- Г) комбинированным поражением

22. Симптом «носового платка» используется в диагностике:

- А) переломов верхней челюсти
- Б) переломов костей носа
- В) переломов орбиты
- Г) переломов костей основания черепа

23. При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локализуется:

- А) в подглазничной области
- Б) в области скуло-челюстного шва
- В) в подглазничной области и в области скуло-челюстного шва
- Г) в области альвеолярного отростка и подглазничной области

24. При каком вывихе возможен разрыв суставной капсулы:

- А) остром
- Б) переднем
- В) заднем
- Г) двустороннем
- Д) неполном

25. Какой метод не относится к прямому остеосинтезу нижней челюсти:

- А) склеивание отломков
- Б) остеосинтез скобами
- В) рамки или пластинки , внедряемые в кость
- Г) костный шов
- Д) остеосинтез с помощью внеротовых аппаратов

26. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти:

- А) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа
- Б) окружающий шов с надсневными шинами или протезами
- В) костный шов
- Г) репонирующие - фиксирующие аппараты

27. При каком виде перелома зубного корня не проводится удаление зуба:

- А) косой
- Б) поперечный
- В) продольный
- Г) оскольчатый
- Д) а, б

28. Положение больших пальцев руки врача при вправлении вывиха нижней челюсти:

- А) на наружную поверхность нижней челюсти
- Б) на жевательные поверхности моляров нижней челюсти
- В) на внутреннюю поверхность нижней челюсти
- Г) за углы нижней челюсти
- Д) а, б

29. Как смещаются отломки при одиночном переломе тела нижней челюсти?

- А) большой отломок – вниз и кнаружи, а малый- кверху, кзади и вовнутрь
- Б) большой отломок – вверх и в сторону перелома, а малый вниз, кпереди и вовнутрь
- В) большой отломок – вниз и в сторону перелома, а малый кверху, кпереди и вовнутрь
- Г) большой отломок – вниз и в сторону перелома. А малый вниз, кзади и вовнутрь

30. При двухсторонних переломах нижней челюсти в области углов, контактируют:

- А) зубы на всем протяжении
- Б) только фронтальные зубы
- В) только коренные зубы
- Г) контакта зубов нет на всем протяжении

Итоговые тесты по ЧЛГХ 5 курс 9 семестр. 2 вариант.

1. К временным методам иммобилизации отломков челюстей относятся :

- А) остеосинтез внутрикостный
- Б) назубные проволочные шины
- В) праща Померанцевой – Урбанской
- Г) аппарат Рудько

2. К постоянным методам иммобилизации отломков челюстей относятся:

- А) круговая , бинтовая, теменно-подбородочная повязка
- Б) праща Померанцевой –Урбанской
- В) назубные проволочные шины
- Г) межчелюстное лигатурное связывание зубов

3. Симптом Малевича это:

- А) нарушение непрерывности зубного ряда
- Б) подвижность зуба в линии перелома
- В) появление звука треснувшего горшка при постукивании по зубам на верхней челюсти со стороны повреждения
- Г) разрывы десны с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани

4. Как называется рана , при которой произошло раздавливание тканей:

- А) ушибленная
- Б) резаная
- В) колотая
- Г) укушенная
- Д) разможенная

5. При каком виде перелома зубного корня не проводится удаление зуба:

- А) косой
- Б) поперечный
- В) продольный
- Г) оскольчатый
- Д) а, б

6. Положение больших пальцев руки врача при вправлении вывиха нижней челюсти:

- А) на наружную поверхность нижней челюсти
- Б) на жевательные поверхности моляров нижней челюсти
- В) на внутреннюю поверхность нижней челюсти
- Г) за углы нижней челюсти
- Д) а, б

7. Как смещаются отломки при одиночном переломе тела нижней челюсти?

- А) большой отломок – вниз и кнаружи, а малый – вверх, кзади и вовнутрь
- Б) большой отломок – вверх и в сторону перелома, а малый вниз, кпереди и вовнутрь
- В) большой отломок – вниз и в сторону перелома, а малый вверх, кпереди и вовнутрь
- Г) большой отломок – вниз и в сторону перелома. А малый вниз, кзади и вовнутрь

8. При двухсторонних переломах нижней челюсти в области углов, контактируют:

- А) зубы на всем протяжении
- Б) только фронтальные зубы
- В) только коренные зубы
- Г) контакта зубов нет на всем протяжении

9. Ле Фор I это :

- А) перелом по верхнему типу (суббазальный)
- Б) по нижнему типу (субназальный)
- В) по среднему (суборбитальный)

10. Ле Фор II это :

- А) перелом по нижнему типу (субназальный)
- Б) по верхнему (суббазальный)
- В) по среднему (суборбитальный)

11. Ле Фор III это:

- А) перелом по нижнему типу (субназальный)
- Б) по среднему типу (суборбитальный)
- В) по верхнему (суббазальный)

12. К застарелым переломам нижней челюсти относятся:

- А) до недели

- Б) до 2-3 недель
- В) до суток
- Г) до 20 лет

13. Сочетанная травма – это:

- А) одновременная уличная и дорожная травма
- Б) одновременная травма костной системы и мягких тканей ЧЛО, а также органов полости рта
- В) одновременно возникшая травма 2х и более органов, принадлежащих к различным анатомо- функциональным системам
- Г) одновременная травма (бытовая, уличная, транспортная и т.п.)

14. Воздействие на организм 2х и более поражающих факторов называется:

- А) множественным поражением
- Б) одиночным поражением
- В) сочетанным поражением
- Г) комбинированным поражением

15. Симптом «носового платка» используется в диагностике:

- А) переломов верхней челюсти
- Б) переломов костей носа
- В) переломов орбиты
- Г) переломов костей основания черепа

16. При переломе верхней челюсти по второму типу симптом ступеньки локализуется:

- А) в подглазничной области
- Б) в области скуло-челюстного шва
- В) в подглазничной области и в области скуло-челюстного шва
- Г) в области альвеолярного отростка и подглазничной области

17. Смещение отломков нижней челюсти зависит от :

- А) силы тяги жевательных мышц
- Б) от силы направления удара и массы тяжести отломка
- В) от срока давности получения травмы
- Г) а, б
- Д) а, в

18. Виды ран неогнестрельного происхождения в зависимости от ранящего предмета подразделяют на :

- А) колотые, резаные, ушибленные, рубленые, укушенные, рвано-ушибленные
- Б) бытовые, спортивные, ушочные транспортные
- В) сквозные, слепые, касательные
- Г) пулевые, осколочные, шариковые

19. Неогнестрельные переломы нижней челюсти по локализации подразделяются на:

- А) прямые, отраженные, патологические
- Б) переломы тела челюсти
- В) переломы в области угла нижней челюсти
- Г) переломы в области ветви челюсти
- Д) б, в, г

20. Основной жалобой больного при переломе нижней челюсти является :

- А) боль в области нижней челюсти, усиливающаяся при движениях
- Б) хруст
- В) сведение челюстей
- Г) асимметрия лица
- Д) повышение t^0 тела

21. Симптом «ступеньки» это :

- А) нарушение непрерывности костной ткани
- Б) разрывы десны с кровоизлиянием в окружающие мягкие ткани
- В) подвижность зуба в линии перелома
- Г) перелом мыщелкового отростка

22. Куда чаще всего смещается отломок при переломах скуловой кости :

- А) вниз, внутрь, латерально
- Б) вверх, внутрь
- В) вверх, вниз, латерально
- Г) латерально

23. Вправление скуловой кости проводят:

- А) крючком Лимберга
- Б) пинцетом
- В) Гладкой шинной скобой
- Г) иглодержателем

24. Различают вывихи зубов:

- А) вестибулярный, оральный
- Б) медиальный , дистальный
- В) полный, неполный, вколоченный
- Г) а,б

25. Типы переломов верхней челюсти по Леффор:

- А) верхний и нижний
- Б) верхний и средний
- В) нижний, средний, верхний
- Г) передний, задний, средний

26. Переломы скуловой кости и дуги могут быть:

- А) закрытыми, открытыми
- Б) линейными, оскольчатыми
- В) односторонние, двусторонние
- Г) одиночными или в сочетании с переломами других костей лица
- Д) а, б, в, г

27. Контрактура это:

- А) проникновение в сустав инфекции
- Б) сведение челюстей
- В) хроническое заболевание сустава дистрофического характера

28. При каком вывихе возможен разрыв суставной капсулы:

- А) остром
- Б) переднем
- В) заднем
- Г) двустороннем
- Д) неполном

29. Какой метод не относится к прямому остеосинтезу нижней челюсти:

- А) склеивание отломков
- Б) остеосинтез скобами
- В) рамки или пластинки , внедряемые в кость
- Г) костный шов
- Д) остеосинтез с помощью внеротовых аппаратов

30. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти:

- А) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа
- Б) окружающий шов с надсневными шинами или протезами
- В) костный шов
- Г) репонирующие - фиксирующие аппараты

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна -две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;

- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
 - принципы диспансеризации и реабилитации больных;
 - этические и деонтологические аспекты в детской хирургии
- Допускается несколько ошибок в содержании ответа.*

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент: -умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы; не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

**Технологическая карта дисциплины Местное обезболивание ,
3 курс V семестр. Количество ЗЕ – 4 , отчетность – зачет**

Название модулей	контроль	Формы контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	Неделя
1. Инъекционные виды местного обезболивания.	Модуль 1				
	Текущий контроль	Активность , посещаемость	10	15	9 неделя V семестр
	Рубежный контроль	тестирование	10	20	
2. Местные и общие осложнения местного обезболивания	Модуль 2				
	Текущий контроль	Активность , посещаемость	10	15	17 неделя V семестр
	Рубежный контроль	Тесты , ситуационные задачи	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (зачет)			20	30	18 неделя
Семестровый рейтинг			60	100	

**Технологическая карта дисциплины Местное обезболивание ,3 курс VI семестр.
Количество ЗЕ – 4 , отчетность - зачет.**

Название модулей	контроль	Формы контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	Неделя
1. Наркоз. Виды и средства для наркоза	Модуль 1				
	Текущий контроль	Активность , посещаемость	10	15	10 неделя
	Рубежный контроль	тестирование	10	20	
2. Осложнения общего обезболивания. Первичный реанимационный комплекс.	Модуль 2				
	Текущий контроль	Активность , посещаемость	10	15	17 неделя
	Рубежный контроль	Тесты , ситуационные задачи	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен)			20	30	
Семестровый рейтинг			60	100	

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.**(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра детской хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО ____ (фамилия, имя и отчество) ____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ: 1.

Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст (год, месяц, дата рождения). 3.

Пол.

4. Место жительства. 5.

Место работы.

6. Занимаемая должность.

7. Профессия, специальность.

8. Дата, время поступления в клинику. 9.

Дата выписки из клиники.

10. Количество койко-дней.

11. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке. 12.

Диагноз: а) направившего лечебного учреждения.

б) при поступлении в клинику.

в) клинический: * основное заболевание, *

осложнение основного заболевания,

* сопутствующее заболевание.

г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.

13. Операция: название, дата, время, продолжительность, метод обезболивания. 14.

Группа крови и резус-принадлежность.

15. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

16. Трудоспособность (восстановлена, временно утрачена, полная утрата, направлен на МСЭК).

II. ЖАЛОБЫ:

(кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesismorbi).

Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором.

Описание симптомов и динамики процесса производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность. У ранее оперированного больного обязательно выясняется характер и объем оперативного вмешательства, результаты послеоперационного лечения. Если больной переведен из другого лечебного учреждения желательно получить выписку из истории болезни.

IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ (Anamnesis vitae).

Отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился. Как проходило развитие в детстве, начало и как учился. Время наступления полового развития. Появление и характер, регулярность менструации у девочек.

Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки родителей: курение, алкоголь, наркотики.

Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей.

Посттрансфузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусоносительство СПИД.

V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

A. Объективное исследование общего состояния (Status praesens communis).

Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А.Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами). Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы.

Рост. Вес.

Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчёсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д. Слизистые оболочки: цвет, влажность, налёт, высыпания, изъязвления и т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д. Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей.

Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов.

Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная.

Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосково-ареолярного комплекса.

Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация.

Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях).

Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы.

Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревь, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы.

Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы

Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет.

Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д.

Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки тимпанического звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца, наличие трещин, опухолей, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов.

Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражённого органа (системы) – хирургический (локальный, или местный) статус (Statuslocalis).

В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса червеобразном отростке (остром аппендиците) подробно описывается объективное исследование всей системы пищеварительного тракта. Во избежание лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в хирургический статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Клинический диагноз выставляется у экстренных больных в течение

ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в хирургическую клинику, а у плановых больных он может быть выставлен в день поступления, но может быть уточнен в течение ближайших 3 дней.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

Оперативное лечение. При наличии показаний к оперативному лечению у данного больного оформляется предоперационный эпикриз и протокол операции, которые являются одними из отличительных черт истории болезни хирургического больного.

XII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Предоперационный эпикриз содержит такие сведения как краткое обоснование, полную формулировку клинического диагноза, объём и название предполагаемого оперативного вмешательства, использование метода обезболивания (местная, регионарная, внутривенная анестезия, интубационный наркоз). Указывается группа крови, резус-принадлежность больного, предполагается ли переливание аутокрови, донорской крови или кровезаменителей. Также указывается о том, что с больным проведена беседа об объеме предстоящей операции, возможные исходы, метод обезболивания, что больной после этого согласен на операцию и закрепил это своей подписью. При бессознательном, неадекватном состоянии больного решение об операции заверяется подписью сопровождающих родственников или консилиумом трех врачей (три подписи).

XIII. ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ (схема):

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ № ____.

Диагноз _____
 Название операции _____
 Хирург (ф.и.о.) _____
 Ассистенты (ф.и.о.) _____
 Операционная сестра (ф.и.о.) _____
 Анестезиолог (ф.и.о.) _____ Дата _____
 _____ Начало _____ Продолжительность _____ Описание
 хода операции

XIV. ДНЕВНИК

Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния хирургического больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

XV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз бывает предоперационным (описывалось выше), этапным, выписным, посмертным.

Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в хирургической клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе.

При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, оперативного вмешательства, локального и общего статуса при выписке, рекомендаций.

Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

