

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

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



**МОДУЛЬ: ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ**  
**Детская челюстно-лицевая хирургия**  
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой	Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии
Учебный план	31050350_18_1сд.plx 31.05.03 Стоматология
Квалификация	специалист
Форма обучения	очная
Программу составил(и):	к.м.н., Зав. кафедрой., Нуритдинов Р.М.; преподаватель., Джумалиев Н.Б.

**Распределение часов дисциплины по семестрам**

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	9 (5.1)		10 (5.2)		Итого	
	уп	рпд	уп	рпд		
Неделя	18		18			
Вид занятий	уп	рпд	уп	рпд	уп	рпд
Лекции	18	18			18	18
Практические	36	36	36	36	72	72
В том числе инт.	3	3	3	3	6	6
Итого ауд.	54	54	36	36	90	90
Контактная	54	54	36	36	90	90
Сам. работа	18	18	18	18	36	36
Часы на контроль			18	18	18	18
Итого	72	72	72	72	144	144

Программу составил(и):

к.м.н., Зав. кафедрой., Нуритдинов Р.М.; преподаватель., Джумалиев Н.Б.

Рецензент(ы):

д.м.н., профессор, зав. каф. хирургической стоматологии КРСУ., Мамытова А.Б.

Рабочая программа дисциплины

**Детская челюстно-лицевая хирургия**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 СТОМАТОЛОГИЯ (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 05.06.2018 г. № 1.

Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.

Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
04.09.2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от 26.08.2019 г. № 1  
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.



---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
\_\_\_\_\_ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2020 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
\_\_\_\_\_ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2021 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

---

---

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС  
\_\_\_\_\_ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры **Стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической хирургии**

Протокол от \_\_\_\_\_ 2022 г. № \_\_\_\_  
Зав. кафедрой Нуритдинов Р.М.

**1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1.1	Овладение студентом теорией и практикой применения методов диагностики, лечения и профилактики основных хирургических стоматологических заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области у детей.
-----	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП**

Цикл (раздел) ООП:	Б1.Б.36
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Заболевания головы и шеи
2.1.2	Детская стоматология
2.1.3	Клиническая стоматология
2.1.4	Клиническая практика (Помощник врача стоматолога (детского))
2.1.5	Протезирование зубных рядов (сложное протезирование)
2.1.6	Кариесология и заболевание твердых тканей зубов
2.1.7	Хирургия полости рта
2.1.8	Клиническая фармакология
2.1.9	Общая хирургия, Хирургические болезни
2.1.10	Патологическая анатомия - патологическая анатомия головы и шеи
2.1.11	Патофизиология - патофизиология головы и шеи
2.1.12	Гистология, эмбриология, цитология - гистология полости рта
2.1.13	Практикум по физиологии
2.1.14	Нормальная физиология - физиология челюстно-лицевой области
2.1.15	Пропедевтика
2.1.16	Анатомия человека - анатомия головы и шеи
2.1.17	Топографическая анатомия головы и шеи
2.1.18	Судебная медицина
2.1.19	Неврология
2.1.20	Педиатрия
2.1.21	Офтальмология
2.1.22	Оториноларингология
2.1.23	Внутренние болезни, Клиническая фармакология
2.1.24	Медицина катастроф
2.1.25	Фармакология
2.1.26	Лучевая диагностика
2.1.27	Биологическая химия - биохимия полости рта
2.1.28	Биология
2.1.29	История медицины
2.1.30	Химия
2.1.31	Физика, математика
2.1.32	Сестринский уход в стоматологии
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Онкостоматология и лучевая терапия
2.2.2	Гнатология и функциональная диагностика височного нижнечелюстного сустава
2.2.3	Доказательная медицина в стоматологии
2.2.4	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия
2.2.5	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

**3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****ПК-8: способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями****Знать:**

Уровень 1	Знает этиологию и клинику стоматологических заболеваний, но затрудняется в механизмах их возникновения
-----------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

Уровень 2	Знает лечение стоматологических заболеваний, но пропускает некоторые моменты
Уровень 3	Способен изложить направление и проблему тактики ведения больных со стоматологическими заболеваниями, не испытывает трудности
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Умеет использовать данные этиологии, патологии и клинику стоматологического заболевания
Уровень 2	Недостаточно полно охватывает все виды лечения данной патологии
Уровень 3	Может понять практическое значение умения выработки тактики но требует помощи
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Способен анализировать этиологию и патологию, клинику стоматологического заболевания
Уровень 2	Владеет алгоритмом лечения, но допускает неточности
Уровень 3	Владеет навыками определения тактики ведения, но с некоторыми погрешностями

### В результате освоения дисциплины обучающийся должен

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	- основы законодательства Российской Федерации, Кыргызской Республики, основные нормативно-технические документы по охране здоровья населения;
3.1.2	- основы страховой медицины, структуру современной системы здравоохранения Российской Федерации, Кыргызской Республики,;
3.1.3	- основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья населения;
3.1.4	- проблемы медико-санитарной и стоматологической помощи лицам, связанным с профвредностями;
3.1.5	- общие принципы и особенности диагностики наследственных заболеваний и врожденных аномалий;
3.1.6	- организацию и проведение реабилитационных мероприятий, механизм лечебно-реабилитационного воздействия физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, фитотерапии, массажа и других немедикаментозных методов, показания и противопоказания к их назначению в стоматологии;
3.1.7	- виды и методы современной анестезии;
3.1.8	- способы и методы профилактики послеоперационных осложнений;
3.1.9	- особенности проведения интенсивной терапии;
3.1.10	- особенности клинического течения одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и методы их лечения;
3.1.11	- особенности клинического течения неodontогенных воспалительных заболеваний органов челюстно-лицевой области и методы их лечения;
3.1.12	- методы диагностики, лечения и профилактики зубочелюстно-лицевых аномалий у детей и взрослых;
3.1.13	- методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний слизистой оболочки рта у пациентов у детей и взрослых;
3.1.14	- методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желёз у пациентов у детей и взрослых;
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные о состоянии полости рта и зубов;
3.2.2	- провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию);
3.2.3	- провести физикальное обследование пациента различного возраста (осмотр, пальпация, аускультация, измерение артериального давления (АД), определение характеристик пульса, частоты дыхания), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам;
3.2.4	- интерпретировать результаты обследования, поставить пациенту предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза;
3.2.5	- сформулировать клинический диагноз;
3.2.6	- разработать план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию, использовать методы немедикаментозного лечения, провести реабилитационные мероприятия при заболеваниях челюстно-лицевой области;
3.2.7	- проводить с больными и их родственниками профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма к неблагоприятным факторам внешней среды;
3.2.8	- пропагандировать здоровый образ жизни;
3.2.9	- проводить работу по пропаганде стоматологического здоровья, направленную на предупреждение наследственных и врожденных заболеваний;
3.2.10	- разработать оптимальную тактику лечения стоматологической патологии у детей и взрослых с учетом общесоматического заболевания и дальнейшей реабилитации пациента;

3.2.11	- сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств;
3.2.12	- определить состояние, требующее неотложной стоматологической и медицинской помощи, выходящей за рамки компетенции стоматолога общей практики, и немедленно обратиться к соответствующим специалистам;
3.2.13	- обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, определять способы введения, режим и дозу лекарственных препаратов;
3.2.14	- оценить эффективность и безопасность проводимого лечения;
3.2.15	- использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), устанавливать причинно- следственные связи изменений состояния здоровья (в том числе стоматологического) от воздействия факторов среды обитания;
3.2.16	- проводить профилактику и лечение пациентов с болезнями твердых тканей зубов, пульпы и периапикальных тканей, пародонта, слизистой оболочки рта и при необходимости направить пациента к соответствующим специалистам;
3.2.17	- проводить несложное эндодонтическое лечение однокорневых и многокорневых зубов у детей и взрослых;
3.2.18	- проводить лечение и профилактику кариеса, некариозных поражений твердых тканей зубов, с использованием методов эстетической реставрации зубов;
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	- методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях;
3.3.2	- оценками состояния стоматологического здоровья населения различных возрастно-половых групп;
3.3.3	- методами общего клинического обследования детей и взрослых;
3.3.4	- клиническими методами обследованиями челюстно-лицевой области;
3.3.5	- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста;
3.3.6	- алгоритмом постановки предварительного диагноза пациентам и при необходимости с последующим направлением их на дополнительное обследование и к врачам- специалистам;
3.3.7	- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
3.3.8	- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
3.3.9	- техникой антропометрии, термометрии, транспортировки больных, кормления больных, измерения АД, подсчета частоты сердечных сокращений (ЧСС) и частоты дыхательных движений(ЧДЦ), измерения суточного диуреза, введения лекарств, сбора биологического материала для лабораторных исследований;
3.3.10	- мануальными навыками в консервативной, оперативной и восстановительной стоматологии;
3.3.11	- методикой чтения различных видов рентгенограмм;
3.3.12	- методами организации первичной профилактики стоматологических заболеваний в любой возрастной группе, формирования мотивации к поддержанию стоматологического здоровья отдельных лиц, семей и общества, в том числе, к отказу от вредных привычек, влияющих на состояние полости рта;
3.3.13	- определением стоматологических индексов;
3.3.14	- методами инфильтрационной и проводниковой анестезии в полости рта для проведения терапевтического, хирургического, ортопедического и ортодонтического лечения, устранения возможных осложнений при проведении анестезии у детей и взрослых;
3.3.15	- методами диагностики и лечения кариеса, болезней пульпы и периодонта, заболеваний пародонта и слизистой рта у детей и взрослых в соответствии с нормативными документами ведения пациентов;
3.3.16	- методами комплексной терапии и реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии;
3.3.17	- методами диагностики и лечения дефектов твердых тканей зубов, дефектов и деформации зубных рядов, патологии пародонта, полного отсутствия зубов ортопедическими конструкциями;
3.3.18	- приёмами оказания первой медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области;
3.3.19	- устранением причин хронической травмы слизистой оболочки рта;
3.3.20	- методами диспансеризации в стоматологии у детей и взрослых.

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Анатомо-физиологические особенности детского организма. Особенности обезболивания в детской челюстно-лицевой хирургии.</b>						

1.1	Обезболивание. Показания и противопоказания к выбору методов общего и местного обезболивания в условиях поликлиники. Значение премедикации. Виды местного обезболивания, особенности его проведения у детей. Неотложные состояния в условиях стоматологической поликлиники. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
1.2	Показания и противопоказания к выбору методов общего и местного обезболивания в условиях поликлиники. Значение премедикации. /Пр/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В формате презентации и видеоролика.
1.3	Виды местного обезболивания, особенности его проведения у детей. Неотложные состояния в условиях стоматологической поликлиники. /Пр/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В формате презентации. Изучения видео материала по особенностям проведения обезболивания у детей. Отработка на муляжах.
1.4	Операция удаления зуба. Показания в детском возрасте к удалению временных и постоянных зубов. Особенности проведения операции удаления временного зуба. Осложнения во время и после операции, их предупреждение и лечение. Сверхкомплектные и ретенированные зубы. Затруднённое прорезывание зубов 18, 28, 38,48. /Пр/	9	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В формате презентации. Разбор видео материала по удалению зубов. Отработка навыков на муляже.
	<b>Раздел 2. Воспаление. Особенности динамики развития, диагностики и лечения одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей.</b>						
2.1	Воспалительные процессы мягких тканей лица у детей. Лимфаденит. Абсцесс, флегмона. Воспалительные заболевания слюнных желез. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.2	Воспаление. Периостит челюстных костей. Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Клиника, диагностика, лечение. Реабилитация детей, перенесших хронический остеомиелит челюстных и лицевых костей. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.3	Осложнения воспалительных процессов у детей. Сепсис. Медиастинит, тромбоз кавернозного синуса. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	

2.4	Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Воспалительные процессы мягких тканей лица у детей. Лимфадениты. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.5	Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Воспалительные процессы мягких тканей лица у детей. Лимфадениты. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.6	Абсцессы и флегмоны у детей. Фурункул и карбункул. Клиника, диагностика, лечение. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.7	Воспалительные заболевания слюнных желез. Острый паротит новорожденного. Острый эпидемический паротит. Хронический паренхиматозный паротит. Слюннокаменная болезнь у детей. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.8	Воспалительные заболевания слюнных желез. Острый паротит новорожденного. Острый эпидемический паротит. Хронический паренхиматозный паротит. Слюннокаменная болезнь у детей. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.9	Периостит челюстных костей. Этиология, патогенез. Клиника острого и хронического периостита челюстных костей у детей различного возраста. Лечение, показания к госпитализации. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.10	Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста. Хронический остеомиелит челюстных костей у детей. Клинико-рентгенологические формы заболевания. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.11	Реабилитация детей, перенесших хронический остеомиелит челюстных и лицевых костей. Осложнения воспалительных процессов чло. /Пр/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э3 Э4 Э5	0	
2.12	Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.13	Детский травматизм. Травма мягких тканей лица и органов рта у детей. Острая травма зуба. Травма челюстных костей у детей. Особенности лечения и реабилитации детей, перенесших травму ЧЛЮ. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	



2.14	Травма мягких тканей лица и органов рта у детей. Особенности первичной хирургической обработки ран лица. Показания к госпитализации ребенка. Острая травма зуба. Особенности врачебной тактики при лечении детей с острой травмой зуба. /Пр/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.15	Особенности первичной хирургической обработки ран лица. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э3 Э4 Э5	0	
2.16	Травма челюстных костей у детей. Особенности реабилитации детей, перенесших травму ЧЛЮ. /Пр/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.17	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.18	Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, органов и слизистой оболочки полости рта /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.19	Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. Костные кисты. Особенности клиники, диагностики, лечения. Онкологическая настороженность детского стоматолога. Комплексная реабилитация детей с новообразованиями челюстно-лицевой области. /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.20	Врожденные пороки развития лица. Врожденные расщелины верхней губы и неба. Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Дермоидные и эпидермоидные кисты. Оновы пластики ЧЛЮ у детей /Лек/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.21	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Их классификация. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз. /Пр/	9	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.22	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Их классификация. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.23	Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз, неоартроз. /Ср/	9	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э3 Э4 Э5	0	

2.24	Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей. Функционально-дистензионные заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей и подростков. /Пр/	9	2	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.25	/Зачёт/	9	0	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э3 Э4 Э5	0	
<b>Раздел 3. Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и костей лица у детей.</b>							
3.1	Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, органов и слизистой оболочки полости рта (гемангиомы, лимфангиомы, сосудистые дисплазии, нейрофиброматоз, фибромы, папилломы, опухоли слюнных желез, ретенционные кисты малых и больших слюнных желез и др.). /Пр/	10	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В формате презентации. Разбор видео материала.
3.2	Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. Костные кисты. Клиника отдельных нозологических форм доброкачественных и злокачественных новообразований и опухолеподобных процессов. /Пр/	10	4	ПК-8		0	
3.3	Опухоли и опухолеподобные процессы костей лица у детей. /Ср/	10	3	ПК-8		0	
3.4	Онкологическая настороженность детского стоматолога. Принципы диагностики, лечения опухолей у детей. Комплексная реабилитация детей с новообразованиями челюстно-лицевой области. /Пр/	10	4	ПК-8		0	
3.5	Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей лица, органов и слизистой оболочки полости рта (гемангиомы, лимфангиомы, сосудистые дисплазии, нейрофиброматоз, фибромы, папилломы, опухоли слюнных желез, ретенционные кисты малых и больших слюнных желез и др.). /Ср/	10	6	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
<b>Раздел 4. Врожденные и наследственные заболевания лица и шеи, челюстных и лицевых костей, слизистой оболочки рта</b>							
4.1	Врожденные пороки развития лица. Врожденные расщелины верхней губы и нёба. Анатомические и функциональные нарушения. Классификация. Участие различных специалистов в лечении и реабилитации детей. /Пр/	10	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В виде видео материала.
4.2	Принципы и сроки хирургического лечения в зависимости от вида расщелин. Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области. /Пр/	10	4	ПК-8		0	

4.3	Принципы диспансеризации и реабилитации детей с врожденной и наследственной патологией челюстно-лицевой области. Участие различных специалистов в лечении и реабилитации детей. /Пр/	10	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
4.4	Врожденные кисты и свищи лица и шеи. /Ср/	10	3	ПК-8		0	
4.5	Врожденные синдромы с вовлечением челюстно-лицевой области. Дермоидные и эпидермоидные кисты. /Ср/	10	3	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
4.6	Одонтогенные воспалительные кисты у детей. Возможные осложнения. /Ср/	10	3	ПК-8		0	
4.7	Врожденная патология слизистой оболочки рта: низкое прикрепление уздечки верхней губы, высокое прикрепление уздечки нижней губы. /Пр/	10	4	ПК-8	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	1	В формате презентации и видео материала. Разбор клинических случаев.
4.8	Врожденная патология слизистой оболочки рта: короткая уздечка языка, дополнительные тяжи слизистой рта, мелкий нижний свод преддверия рта. /Пр/	10	4	ПК-8		0	
4.9	Операции, проводимые в ЧЛО у детей в условиях поликлиники. /Пр/	10	4	ПК-8		0	
4.10	/Экзамен/	10	18			0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

1. Лимфангиомы лица и шеи у детей. Классификация, клиника, диагностика, способы лечения.
2. Врожденные расщелины верхней губы. Классификация. Анатомические и функциональные нарушения.
3. Классификация опухолей челюстей у детей.
4. Периоститы челюстей. Клиника, возможные осложнения. Лечение.
5. Анатомио – физиологические, иммунологические особенности организма ребенка, определяющие течение одонтологических воспалительных заболеваний.
6. Фиброзная дисплазия челюстей у детей. Клиника, диагностика, лечение.
7. Врожденные расщелины неба. Классификация, анатомические и функциональные нарушения.
8. Классификация заболеваний височно – нижнечелюстного сустава у детей. Анкилоз: клиника, диагностика, способы хирургического лечения.
9. Саркома Юнга. Особенности течения, лечение. Прогноз.
10. принципы лечения врожденных расщелин верхней губы. Возрастные показания к операции. Типичные оперативные методы.
11. Микрогения. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения.
12. Особенности диагностики и клиники переломов нижней челюсти у детей.
13. Одонтома челюстей у детей. Клиника, диагностика и лечение.

14. Травма временных и постоянных зубов у детей. Классификация, клиника, лечение. Осложнения и их профилактика.
15. принципы хирургического лечения врожденных расщелин неба. Возрастные показания и виды операций в зависимости от степени декомпенсации небо-глоточного затвора.
16. Травма мягких тканей. Классификация, лечение, осложнения, исходы.
17. Сроки формирования лица в эмбриональном периоде.
18. Амелобластома челюстей у детей. Клиника, диагностика, лечение.
19. Общие и местные осложнения во время операции удаления зубов у детей. Лечение, профилактика.
20. Остеобластокластома челюстей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Опухолоподобные состояния: периферическая гигантоклеточная гранулема. Гигантоклеточный эпulis.
21. Особенности клинического проявления одонтогенных флегмон лица и шеи у детей. Дифференциальная диагностика, лечение.
22. Диспансеризация детей с врожденными расщелинами лица. Организация центров, этапы ортодонтической и хирургической реабилитации.
23. Аномалия развития уздечек языка и губ у детей. Хирургические методы лечения.
24. Основные принципы психо – профилактики боли и страха при оказании стоматологической помощи детям на стоматологическом приеме.
25. Гематогенный остеомиелит челюстей у детей. Этиопатогенез, клиника, лечение, осложнения, исходы.
26. Хирургические методы лечения детей с аномалиями сроков прорезывания и положения зубов у детей.
27. Врожденные кисты и свищи лица, шеи. Классификация, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
28. Особенности иммобилизации обломков при переломах зубов, челюстей у детей.
29. Операция компактостеотомия. Показания, техника операции, возможные осложнения.
30. Ранние и поздние осложнения при травме зубов у детей.
31. Показания и противопоказания к удалению зубов у детей. Особенности проведения операции в детском возрасте.
32. Эндогенные и экзогенные факторы риска возникновения врожденных расщелин лица.
33. Общее обезболивание при стоматологических вмешательствах у детей. Показания, особенности.
34. Околоронковая зубная киста. Клиника, диагностика, лечение.
35. Классификация одонтогенных остеомиелитов челюстей у детей.
36. Периодонтит временных и постоянных зубов у детей. Показания к выбору метода хирургического лечения.
37. Местное обезболивание при стоматологических операциях у детей. Выбор метода, техническое оснащение. Анестезирующие растворы.
38. Одонтогенные лимфадениты челюстно – лицевой области у детей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
39. Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.

40. Гемангиомы лица и шеи у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
41. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Ранние и поздние осложнения. Профилактика.
42. Околокорневые кисты постоянных зубов у детей. Этиопатогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
43. Паротиты у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

### 5.2. Темы курсовых работ (проектов)

не предусмотрено

### 5.3. Фонд оценочных средств

#### ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ:

Перечень теоретических вопросов из п. 5.1. согласно тематики.

#### КУРАЦИЯ БОЛЬНОГО:

1. Каждый студент получает для курации одного больного.
2. На примере курируемого больного студент должен сделать следующее:
  - 1) Ознакомиться с тематикой;
  - 2) Установить доверительный контакт;
  - 3) Произвести сбор жалоб. Описываются жалобы, относящиеся к заболеванию;
  - 4) Собрать анамнез заболевания пациента (начало заболевания, течение процесса, лечение в прошлом);
  - 5) Собрать анамнез жизни (заболевания, перенесенные в прошлом, семейный анамнез);
  - 6) Произвести осмотр и обследование пациента;
  - 7) Описать клинический статус;
  - 8) Проанализировать лабораторно-инструментальные данные исследования;
  - 9) Поставить предварительный диагноз;
  - 10) Провести дифференциальный диагноз;
  - 11) Поставить клинический диагноз;
  - 12) Определить тактику предполагаемого лечения;
  - 13) Кратко резюмировать этиологию, патогенез, клинику и лечение.

#### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ:

Студент заполняет историю болезни согласно нижеприведенной схеме:

1. Общие сведения о больной;
2. Жалобы.
3. Анамнез болезни (anamnesis morbi).
4. Анамнез жизни (anamnesis vitae).
5. Объективное исследование.
6. Лабораторные, инструментальные и дополнительные методы исследования.
7. Клинический диагноз.
8. Обоснование клинического диагноза.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Этиология. патогенез.
11. Лечение.

Использованная литература.

Методические рекомендации по заполнению истории болезни в ПРИЛОЖЕНИИ № 1.

#### ДОКЛАД В ФОРМАТЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ ИЛИ РЕФЕРАТА.

Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела:

1. Особенности выбора метода и средства для местного обезболивания у детей при выполнении амбулаторных вмешательств в полости рта. Виды вмешательств. Осложнения.
2. Показания к применению общего обезболивания у детей при оказании медицинской помощи в условиях амбулаторного приёма. Противопоказания. Подготовка пациента к наркозу.
3. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Современная антибактериальная терапия.
4. Хронический одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологические формы. Особенности лечения. Профилактика. Реабилитация.
5. Перелом переднего отдела альвеолярного отростка верхней и нижней челюсти. Клиническая картина. Диагностика, лечение, прогноз.
6. Перелом нижней челюсти у детей. Виды, локализация, клинические проявления. Первая медицинская помощь. Лечение. Особенности шинирования.
7. Сочетанная черепно-челюстно-лицевая травма. Особенности течения челюстно-лицевых травм у детей. Оказание помощи на догоспитальном этапе и в специализированных учреждениях.

8. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Причины. Клиника. Методы обследования. Планирование комплексного лечения и реабилитации детей с данной патологией.
9. Применение компрессионно-дистракционного остеогенеза у детей.
10. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
11. Врожденные расщелины верхней губы, альвеолярного отростка, твердого и мягкого нёба. Этапы комплексной реабилитации детей в условиях центров диспансеризации.
12. Современные методы диагностики мягкотканых новообразований (гемангиомы, лимфангиомы) в челюстно-лицевой области у детей.

**ТЕСТЫ:**

Перечень тестовых вопросов согласно тематики раздела в ПРИЛОЖЕНИИ № 2.

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:**

Перечень ситуационных задач в ПРИЛОЖЕНИИ № 3.

**Промежуточная аттестация (ЗАЧЕТ, ЭКЗАМЕН):**

Перечень вопросов в ПРИЛОЖЕНИИ № 4.

**5.4. Перечень видов оценочных средств**

1. Теоретическое задание.
  2. Курация больного.
  3. История болезни.
  4. Доклад в формате презентации или реферата.
  5. Тесты.
  6. Ситуационные задачи.
- Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №5.

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

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Бажанов Н.Н.	Стоматология: Учебник	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л1.2	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
Л1.3	Бажанов Н. Н.	Стоматология: Учебник для вузов	М.: ГЭОТАР-МЕД 2001

**6.1.2. Дополнительная литература**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Бажанов Н. Н.	Стоматология: Учебник для вузов	М.: ГЭОТАР-МЕД 2001
Л2.2	Бажанов Н.Н.	Стоматология: Учебник	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002
Л2.3	Мамытова А.Б., Тажибаев А.Ю., Ургуналиев Б.К.	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия: учебное пособие	Бишкек: Изд-во КРСУ 2017

**6.1.3. Методические разработки**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1		Бажанов: Стоматология	

**6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"**

Э1	<a href="http://www.studmed.ru/zelenskiy-va-muhoramov-fs-detskaya-hirurgicheskaya-stomatologiya-i-chelyustno-licevaya-hirurgiya-uchebnik_041d245d19b.html">http://www.studmed.ru/zelenskiy-va-muhoramov-fs-detskaya-hirurgicheskaya-stomatologiya-i-chelyustno-licevaya-hirurgiya-uchebnik_041d245d19b.html</a>	
Э2	<a href="http://www.booksmed.com/stomatologiya/2122-detskaya-xirurgicheskaya-stomatologiya-i-chelyustno-licevaya-xirurgiya-topolnickij-sbornik-zadach-i-testov.html">http://www.booksmed.com/stomatologiya/2122-detskaya-xirurgicheskaya-stomatologiya-i-chelyustno-licevaya-xirurgiya-topolnickij-sbornik-zadach-i-testov.html</a>	
Э3	znanium.com	
Э4	lib.krsu.edu.kg	
Э5	biblioclub.ru	

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

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, лабораторные работы репродуктивного типа, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Инновационные образовательные технологии – занятия в интерактивной форме, которые формируют системное мышления и способность генерировать идеи при решении различных творческих задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями, проблемные лекции и лекции - информации с визуализацией, семинар - дискуссия по актуальным проблемам, разбор конкретных ситуаций, обсуждение проблемных ситуаций и решение ситуационных задач в малых группах. Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы.
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения</b>	
6.3.2.1	Стоматологический форум Стоматология <a href="http://forum.stomatologija.su/">http://forum.stomatologija.su/</a>
6.3.2.2	книги по стоматологии <a href="http://forum.stomatologija.su/">http://forum.stomatologija.su/</a>
6.3.2.3	русский стоматологический портал <a href="http://www.stom.ru/">http://www.stom.ru/</a>

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Лекционная аудитория на 50 посадочных мест; Компьютерный класс для проведения практических занятий, выполнения самостоятельной работы и просмотра фото-, аудио-, мультимедиа, видео-материалов; Наглядные пособия (структура стоматологических служб России и Кыргызстана, схема управления); Интерактивная доска; Проектор; Фильмы о деятельности стоматологических медицинских учреждений; Презентации лекций по основным темам;
-----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

### МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, лабораторных работах, 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 – совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

### ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на зачёт студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале зачета.

Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса по билету тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационную задачу.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

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.

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

1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.
2. При подготовке к следующей лекции, нужно просмотреть текст предыдущего материала, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции.
3. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.
4. При подготовке к семинарским занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении задания нужно сначала понять, что в нем требуется, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения.
5. Для подготовки к семинарским занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, глоссарий (ПРИЛОЖЕНИЕ 5), конспекты лекций, тезисы о горной промышленности КР (ПРИЛОЖЕНИЕ 6). При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется в нем, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план выполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественный вывод. Рекомендуется использовать:

Наглядные пособия;

- Структуру стоматологических служб России и Кыргызстана,
- Схему управления .

6. При подготовке к промежуточному и рубежному контролям нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
7. 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. При фронтальном обучении неудовлетворительная оценка должна быть отработана в течение месяца со дня ее получения, при цикловом обучении - до конца цикла.

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 практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка семинарских занятий.

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

- При фронтальном обучении пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска, при цикловом обучении - до конца цикла. Пропущенные студентом без уважительной причины семинарские занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные занятия по уважительной причине (по болезни, пропускам 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 практического 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.

#### НАПИСАНИЕ РЕФЕРАТА И ПУБЛИЧНАЯ ЗАЩИТА С ПРЕЗЕНТАЦИЙ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественнонаучные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.
  2. 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, а также газеты специализирующиеся на геологической тематике.
  3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.
  4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Например: ... Установлено, что в крупных городах, таких как Москва, уровень загрязнения воздуха в некоторые часы может превышать предельно допустимые концентрации в 10 и более раз (Лихачева, Смирнова, 2006) ...
  5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы, например: "Проанализировав историю человечества за 2400 лет, А.Л. Чижевский установил связь между циклами исторических событий и солнечной активностью, причем равны они в среднем, 11 годам." (Лупачев, 1995, с.39). Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.
  6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 7), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы или название кафедры, 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).
  7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.
  8. 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: "Наука", "Прогресс", "Основы геологии", 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 \_\_.
- Примерное содержание работы:  
Наименование: Объем: 13-15 стр.  
- Введение (цели, задачи) 1-2 стр.  
- Основная часть 10-12 стр.  
- Заключение 1-2 стр.  
- Список использованной литературы 1стр.
9. Защита реферата обязательно проходит публично с показом слайдов мультимедийной презентации.



Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;

УП: 21050551\_15\_13фпгнп n.pli.xml стр. 16

- знать и хорошо ориентироваться в теме всего доклада;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 7 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.

#### 10. 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?

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 за чем-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 придется 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. Основным шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издали. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

#### КОЛЛОКВИУМ (устный)

При проведении коллоквиума по темам дисциплины предлагаются вопросы для опроса из списка ФЭС.

Задачи коллоквиума:

Коллоквиум ставит следующие задачи:

- Проверка и контроль полученных знаний по изучаемой теме или разделу;
- Расширение проблематики в рамках дополнительных вопросов по теме или разделу;
- Углубление знаний при помощи использования дополнительных материалов при подготовке к занятию;

Студенты должны продемонстрировать умения работы с различными видами источников (геологические карты, специальные альбомы, атласы, карты полезных ископаемых Кыргызской Республики и Российской Федерации, геохронологическая таблица, генетическая классификация полезных ископаемых, схематические геологические разрезы, классификации горных пород, классификация по запасам месторождения полезных ископаемых и т.д.).

Студент может себя считать готовым к сдаче коллоквиума по избранной работе, когда у него есть им лично составленный и обработанный конспект сдаваемой работы, он знает структуру работы в целом, содержание работы в целом или отдельных ее разделов; умеет раскрыть рассматриваемые проблемы и высказать свое отношение к прочитанному и свои сомнения, а также знает, как убедить преподавателя в правоте своих суждений.

Этапы проведения коллоквиума:

1. Самостоятельная подготовка студентов к вопросам (домашнее задание).

## 2. Начало занятия:

•Студентов разбиваются на микрогруппы по 5-7 человек и рассаживаются соответствующим образом, чтобы им было удобно работать совместно;

•Представитель микрогруппы вытягивает вопрос по заданной теме или разделу для совместного обсуждения в своей микрогруппе.

## 3. Этап ответов на поставленные вопросы:

•Студентам дается на обдумывание и обсуждение поставленного вопроса 10 минут, после этого один из студентов микрогруппы дает ответ;

•Студенты из других микрогрупп задают вопросы отвечающему, комментируют и дополняют предложенный ответ;

•Преподаватель регулирует обсуждения, задавая наводящие вопросы, корректируя неправильные или неполные ответы;

•Преподаватель делает пометку возле номера микрогруппы «верно / неверно», «полный / неполный», «аргументированный / неаргументированный», и задает следующий вопрос.

## Итог.

•На заключительном этапе суммируются результаты по каждой микрогруппе;

•Дается характеристика работы каждой микрогруппы, ответы каждого ответившего студента;

•Выделяются наиболее грамотные и корректные ответы студентов и выставляет оценки.

Если студент, сдающий коллоквиум в группе студентов, не отвечает на поставленный вопрос, то преподаватель может его адресовать другим студентам, сдающим коллоквиум по данной работе. В этом случае вся группа студентов будет активно и вдумчиво работать в процессе собеседования. Каждый студент будет внимательно следить за ответами своих коллег, стремиться их дополнить, т.е. активно участвовать в обсуждении данного первоисточника.

Правила курации больного. Написание истории болезни является учебно-исследовательской работой студента, поскольку он решает вопросы этиологии, патогенеза, лечения, прогноза только у курируемого больного, кратко обосновывает назначение каждого медикамента и средств наружной терапии, выписывает рецепты на каждое из назначенных средств. Помимо этого каждый студент самостоятельно составляет список литературы, используемой при написании истории болезни, т.е. закрепляет навыки библиографии. На основании проведенной беседы и осмотра больного необходимо написать историю болезни пациента по следующей схеме.

## Схема истории болезни.

### 1. Паспортная часть

1.ФИО больного

2.Возраст, дата рождения

3.Место жительства

4.Место работы, должность

5.Дата поступления

6.Кем был направлен

7.Диагноз, с которым больной был направлен в медучреждение

8. Клинический диагноз (основное заболевание, осложнения, сопутствующие заболевания)

### 2. Жалобы больного (с нового листа)

Перечисляются все жалобы на момент курации, указываются жалобы на момент поступления. Обратите внимание на общее самочувствие больного (слабость, головная боль, головокружение, нарушение аппетита, сна и т.д.). При этом, обязательно следует проводить дополнительный опрос, активно выясняя данные об изменении самочувствия, и с чем больной их связывает.

### 3. Анамнез заболевания

Анамнез заболевания собирается в хронологическом порядке, для максимального отображения динамики развития клинической симптоматики. Узнайте, какое лечение больной получал до курации, потому что многие терапевтические средства изменяют клинику заболевания.

### 4. Анамнез жизни

Биографические данные: место рождения, какие роды, как рос и развивался. учеба, специальность, замужество, беременность, роды и т.д.

Трудовой анамнез: начало трудовой деятельности, профессия, её перемены, условия труда, производственные травмы, участие в войне. Жилищно-бытовые условия в различные периоды жизни больного, состав семьи.

Питание: режим, регулярность, разнообразие, калорийность и т.д.

Перенесенные заболевания, травмы, операции, ранения, венерические заболевания, с описанием тяжести и продолжительности болезни, осложнения. Лечение, всевозможные вмешательства, контакт с больными.

Эпидемиологический анамнез: контакты с инфекционными больными.

Вредные привычки.

Семейный анамнез и наследственность (родители, братья, сестры, дети – их состояние здоровье, причины смерти).

Аллергический анамнез: наличие аллергических реакций у больного, его родственников и детей.

### 5. Объективный статус

Сначала описывается общее состояние больного на момент курации, (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

Далее сознание больного, положение, походку.

Физикальные данные: конституционный тип (нормостенический, астенический, гиперстенический), рост, вес.

Кожа и видимые слизистые, наличие сыпи (эритема, розеола, папула, пустула, везикула, волдырь, петехии, струп, кровоподтеки, эрозии, трещины, язвы, расчесы); рубцы, сосудистые звездочки, влажность кожи; тургор кожи; тип оволосения).

Развитие подкожно-жировой клетчатки (развита слабо, умеренно, чрезмерно),

указываем места наибольшего отложения жира; наличие пастозности, характеристика отеков по локализации и

распространенности. Определяем величину, консистенцию, болезненность, подвижность, лимфатических узлов (подчелюстных, шейных, над- и подключичных, локтевых, подмышечных, паховых). Определяем степень развития мышц (нормальная, избыточная, слабая, атрофия мышц - общая или местная, гипертрофия мышц - общая или местная), тонус мышц (повышенный, пониженный, нормальный). Болезненность при пальпации и движении; дрожание или тремор отдельных мышц; парезы, параличи конечностей. Исследуют кости черепа, грудной клетки, таза и конечностей с целью выявления деформации, периостита, искривления, акромегалии, изменение концевых фаланг пальцев кистей и стоп, барабанные пальцы, болезненность при пальпации. Конфигурацию суставов (нормальная, припухлость, деформация).

Специальный осмотр.

Голова: форма, величина, пропорциональность строения мозговой и лицевой частей черепа.

Волосы: тип оволосения головы и лица; мужской или женский; выпадение и поседение волос.

Глаза: ширина глазной щели, состояние конъюнктивы; зрачки, их форма, величина, равномерность, реакция на свет, блеск глаз, слезотечение, конвергенция.

Губы: окраска, сухость, сглаженность каймы губ ("лакированные губы"), трещины в углах рта.

Шея: форма, симметричность.

Щитовидная железа: величина, консистенция, поверхность.

#### 6. Опрос по системам и органам

Система органов дыхания.

Осмотр: нос, гортань, грудная клетка, дыхание.

Пальпация.

Перкуссия легких: сравнительная перкуссия, топографическая перкуссия.

Аускультация.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр: области шеи, сердца. Верхушечный толчок, сердечный выброс.

Пальпация.

Перкуссия.

Аускультация.

Исследование сосудов.

Осмотр и пальпация

Система органов пищеварения.

Осмотр: полость рта, живот.

Пальпация (поверхностная ориентировочная пальпация живота, глубокая методическая скользящая пальпация живота).

Перкуссия живота.

Аускультация живота.

Исследование печени.

Осмотр: (определяют наличие ограниченного или диффузного выбухания, пульсации в области правого подреберья.)

Перкуссия.

Пальпация.

Размер печени. Исследование желчного пузыря.

Осмотр (В фазе вдоха определяют наличие или отсутствие выпячивания, фиксации в области проекции желчного пузыря на правое подреберье)

Пальпация.

Исследование селезенки.

Осмотр. (Определяется наличие или отсутствие выбухания в левом подреберье при дыхании).

Перкуссия.

Пальпация.

Размер селезенки.

Аускультация. Органы мочеотделения.

Осмотр. (Определяют наличие припухлости поясничной области, покраснения и отека кожи).

Пальпация.

Перкуссия.

Аускультация.

#### 7. Предварительный диагноз и его обоснование

Предварительный диагноз ставится на основании жалоб, данных анамнеза заболевания, анамнеза жизни и результатов физикального обследования.

Необходимо использовать лишь типичные для этого заболевания проявления и признаки, обобщая их. При этом недопустимо повторное, последовательное изложение анамнеза и других данных.

Следует на первое место поставить наиболее вероятное заболевание у данного больного и указать другие сходные заболевания, для исключения которых необходимы дополнительные исследования. Пример: На основании жалоб больного (указать какие), данных анамнеза болезни, и результатов физикального обследования (указать какие) можно думать о...

#### 8. Лабораторные данные

В историю болезни записываются результаты всех лабораторных, инструментальных и рентгеновских исследований.

Нужно также указать отклонения от нормы.

#### 9. Дифференциальный диагноз

Нужно перечислить общие симптомы, которые могут быть при заболевании, с которым проводится дифференциация.

Затем отмечаются различия в клинической симптоматике с использованием анамнестических данных, физикального обследования, результатов лабораторного исследования.

#### 10. Обоснование окончательного диагноза

На основании жалоб больного (указать какие), данных анамнеза болезни, и результатов физикального обследования

(указать какие), данных лабораторно-инструментального исследования (указать какие) можно думать о...

10. Окончательный диагноз

Указывается форма, тяжесть заболевания, а также осложнения и сопутствующие заболевания.

11. Этиология основного заболевания

12. Патогенез

13. Патологическая анатомия (микро и макро)

14. Лечение

Лечение.

1. Режим;

2. Диета;

4. Медикаментозное лечение:

4.1. Этиотропное;

4.2. Патогенетическое ;

4.3. Симптоматическое;

4.4. Общеукрепляющее .

5. Физиотерапия;

6. Лечебная физкультура и массаж;

7. Санаторно-курортное лечение;

8. Оперативное лечение;

9. Диспансерное наблюдение и противорецидивная терапия.

При описании лечения описываются, разовые и суточные дозы, продолжительность курса лечения, побочные действия препарата, противопоказания к их применению, выписываются рецепты.

Далее описывают методику физиотерапевтического лечения при данном заболевании, механизм действия физиотерапевтических процедур, методику применения, показания и противопоказания к их назначению.

15. Профилактика

16. Прогноз и его обоснование

На основании динамики заболевания, возраста больного, наличия сопутствующих заболеваний, вредных привычек, условий жизни, профессии заболевшего необходимо дать конкретное обоснование прогноза для жизни и труда.

17. Эпикриз

Эпикриз должен в краткой форме вместить в себе все основное содержание истории болезни, создавая впечатление о ходе обследования больного, диагностике, клиническом течении болезни и ее особенностях, о терапии и исходе.

В эпикризе должны быть отражены оценка формы болезни, учет атипичных симптомов, анализ тех или иных клинических данных, оценка применявшихся методов терапии и т.д.

**Технологическая карта дисциплины**  
**Специальность «Стоматология»**  
**Дисциплина «Детская челюстно-лицевая хирургия»**  
**Курс 5, семестр IX-X, количество ЗЕ – 4, отчетность – экзамен**

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя семестра)
<b>IX семестр</b>					
<b>Раздел 1</b>					
Анатомо-физиологические особенности детского организма. Особенности обезболивания в детской челюстно-лицевой хирургии.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	10	15	7
	Рубежный контроль	Реферат. Защита презентации.	10	15	
<b>Раздел 2</b>					
Воспаление. Особенности динамики развития, диагностики и лечения одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава у детей.	Текущий контроль	Практические навыки, фронтальный опрос.	10	20	15
	Рубежный контроль	Курация больного. Практические навыки. Ситуационная задача	10	20	
<b>Всего за семестр</b>			<b>40</b>	<b>70</b>	
Промежуточный контроль зачет:			20	30	19
Ситуационная задача.					
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине:</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

**Примечание:** За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.

<b>Х семестр</b>					
<b>Раздел 3</b>					
Опухоли и опухолеподобные процессы мягких тканей и костей лица у детей.	Текущий контроль	Ситуационная задача, фронтальный опрос.	10	15	7
	Рубежный контроль	Реферат. Защита презентации.	10	15	
<b>Раздел 4</b>					
Врожденные и наследственные заболевания лица и шеи, челюстных и лицевых костей, слизистой оболочки рта	Текущий контроль	Курация больного. Практические навыки, фронтальный опрос.	10	20	14
	Рубежный контроль	Практические навыки. Ситуационная задача	10	20	
<b>Всего за семестр</b>			40	70	
Промежуточный контроль зачет:			20	30	18
Ситуационная задача.					
<b>Семестровый рейтинг по дисциплине:</b>			<b>60</b>	<b>100</b>	

*Примечание: За каждое пропущенное лекционное и практическое занятие снимается 1 балл.*

**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 стоматологии детского возраста, челюстно-лицевой и пластической 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.

2

#### **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.

### 3

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 надчревьe, «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, опухоли, 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 объёме 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:

5

#### **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.

## Перечень тестов

#
1
Основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зуба:
1
местное
общее (наркоз)
комбинированное
нейролептанальгезия
акупунктура
#
2
Общим обезболиванием является:
2
атаралгезия
эндотрахеальный наркоз
проводниковая анестезия
вагосимпатическая блокада
инфильтрационная анестезия
#
3
Способом неингаляционного наркоза является:
2
масочный
внутривенный
эндотрахеальный
внутриартериальный
внутримышечный
#
4
Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через:
4
сонное отверстие
овальное отверстие
остистое отверстие
круглое отверстие
слепое отверстие
#
5
В зону обезболивания при туберальной анестезии входят:
1
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.8, 2.8
1.5, 1.4, 2.4, 2.5
1.8, 1.7, 1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6, 2.7, 2.8
17, 16, 26, 27
#
6
В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:
5
моляры
верхняя губа, крыло носа
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4,
слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
1.4, 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3, 2.4, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
#
7

При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:
2
носонебного нерва
большого небного нерва
среднего верхнего зубного сплетения
лицевые нервы
1 ветви тройничного нерва
#
8
Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:
3
сонное
круглое
овальное
остистое
слепое
#
9
Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриротовым способом является:
4
моляры
височный гребешок
позадиморьярная ямка
крыловидночелюстная складка
премоляры
#
10
Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:
1
обморок
гематома
контрактура
кровотечение
пародонтит
#
11
Обморок это:
3
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
12
Коллапс это:
3
аллергическая реакция на антиген
потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса
проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания
гипертонус мышц
дыхательная недостаточность
#
13
Пульс во время коллапса:
1
частый, нитевидный

нитевидный, редкий
частый, хорошего наполнения
редкий, хорошего наполнения
нормальный
#
14
Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:
4
диатеза
интоксикации
хронического панкреатита
перенесенной ранее аллергической реакции
атеросклероза
#
15
При проведении непрямого массажа сердца руки реаниматора располагаются на:
3
эпигастрии
нижней трети грудины
средней трети грудины
яремной вырезки
боковой поверхности груди
#
16
Показанием к удалению зуба является:
4
острый пульпит
глубокий кариес
острый периодонтит
хронический гранулематозный периодонтит
паротит
#
17
Прямыми щипцами удаляют:
4
моляры
премоляры
зубы мудрости
резцы верхней челюсти
резцы нижней челюсти
#
18
S- образными щипцами с шипом удаляют:
3
резцы
3-и моляры
моляры верхней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры нижней челюсти
#
19
Штыковидными щипцами удаляют:
5
резцы нижней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
3-и моляры нижней челюсти
корни и премоляры верхней челюсти

#
20
Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют:
5
резцы нижней челюсти
моляры нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
3-и моляры верхней челюсти
корни зубов нижней челюсти
#
21
Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют зубы нижней челюсти:
3
резцы верхней челюсти
моляры верхней челюсти
премоляры нижней челюсти
корни зубов нижней челюсти
премоляры верхней челюсти
#
22
На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют:
4
клыки
резцы
премоляры
корни зубов
моляры
#
23
Штыковидным элеватором (элеватором Леклюза) удаляют зубы нижней челюсти:
5
резец
премоляр
первый моляр
второй моляр
третий моляр
#
24
Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба:
5
верхнечелюстной синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом коронки или корня удаляемого зуба
#
25
Осложнения, возникающие непосредственно после операции удаления зуба:
2
паротит
кровотечение
невралгия тройничного нерва
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
26
Возможные осложнения во время операции удаления зубов верхней челюсти:
3



паротит
невралгия тройничного нерва
перфорация дна верхнечелюстной пазухи
артрит височно-нижнечелюстного сустава
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
#
27
Возможное осложнение во время операции удаления моляров верхней челюсти:
2
паротит
отлом бугра верхней челюсти
невралгия тройничного нерва
анкилоз височно-нижнечелюстного сустава
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
28
Возможное осложнение во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти:
5
синусит
периостит
альвеолит
остеомиелит
перелом нижней челюсти
#
29
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
5
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
гипертонический криз
#
30
К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относятся:
5
анурез
синусит
альвеолит
остеомиелит
анафилактический шок
#
31
К отдаленным местным осложнениям, возникающим после операции удаления зуба, относят:
5
анурез
миозит
коллапс
невралгию
остеомиелит
#
32
К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят:
5
анурез
миозит
коллапс

невралгия
оро-антральное сообщение
#
33
Щипцы для удаления резцов верхней челюсти:
2
прямые корневые
прямые коронковые
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
S-образные с несходящимися щечками
#
34
Для удаления клыков верхней челюсти используют щипцы:
1
прямые коронковые
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
35
Щипцы для удаления корней премоляров верхней челюсти:
1
S-образные сходящиеся
прямые корневые
S-образные с шипом
клювовидные корневые
изогнутые по плоскости
#
36
Щипцы для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти называются S-образными:
2
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
клювовидными сходящимися
#
37
Щипцы для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти называются S-образными:
4
сходящимися
с шипом слева
несходящимися
с шипом справа
с круглыми щечками
#
38
Щипцы для удаления корней резцов верхней челюсти:
2
клювовидные
штыковые
S-образные сходящиеся
S-образные с шипом справа
S-образные несходящиеся

#
39
Щипцы для удаления резцов нижней челюсти:
2
клювовидные сходящиеся
клювовидные несходящиеся
S-образные щипцы с шипом
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
40
Щипцы для удаления премоляров нижней челюсти:
3
клювовидные сходящиеся
S-образные щипцы с шипом
клювовидные несходящиеся
горизонтальные коронковые
штыковидные щипцы со сходящимися щечками
#
41
Щипцы для удаления первого и второго моляров нижней челюсти:
4
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся с шипиками
штыковидные со сходящимися щечками
#
42
Щипцы для удаления третьего моляра нижней челюсти:
3
клювовидные сходящиеся
S-образные с шипом
горизонтальные коронковые
клювовидные несходящиеся
штыковидные со сходящимися щечками
#
43
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:
1
прямой элеватор
S-образные щипцы
клювовидные щипцы
щипцы клювовидные с шипом
S-образные сходящиеся щипцы
#
44
Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти:
2
прямые щипцы
элеватор Леклюза
клювовидные щипцы с шипом
S-образные сходящиеся шипы
S-образные несходящиеся щипцы
#
45
Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти:
4

прямые щипцы
иглодержатель
клювовидные щипцы с шипом
клювовидные сходящиеся щипцы
S-образные несходящиеся щипцы
#
46
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей;
1
бормашина
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
47
Дополнительный инструмент для удаления корней зубов нижней и верхней челюстей:
1
экскаватор
прямые щипцы
иглодержатель
крючок Лимберга
элеватор Карапетяна
#
48
Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне:
5
скуловой
подчелюстной
подглазничной
щечной области
крыловидно-челюстного пространства
#
49
Аденофлегмоны развиваются по причине:
5
абсцедирующего фурункула
периапикального воспаления
паренхиматозного сиалоаденита
распространения воспалительного процесса из других областей
распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла
#
50
Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:
3
паротит
медиастинит
флебит угловой вены
парез лицевого нерва
гематома мягких тканей
#
51
В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо:
1
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение

ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
52
Оперативный доступ при лечении флегмоны дна полости рта заключается в разрезе:
5
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
53
При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется в:
1
средостении
субдоральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
54
Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:
5
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти
#
55
При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
56
Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктации
в проекции корня языка
по границе гиперемии
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
57
Причиной развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области:
2
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 3.5, 3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#

58
Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:
4
тризм
гиперемия кожи в области нижней губы
отек крылочелюстной складки
инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области
отек и гиперемия щечных областей
#
59
Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
карбункулом
флегмоной височной области
флегмоной щечной области
острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
#
60
Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:
5
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см к низу
#
61
Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:
3
язык
скуловую кость
лицевую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
#
62
При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
63
Разрез при флегмоне поднижнечелюстной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктации
в преэкции корня языка
в границе гиперемии кожи
на всю ширину инфильтрата
в месте наибольшей болезненности
#
64
Причиной развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспитательный процесс в

области:
2
верхней губы
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
65
Клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка являются:
4
тризм
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия кожи в области нижней губы
боль при глотании, ограничение открывания рта
инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области
#
66
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется:
1
к корню языка
в субдуральное пространство
в околоушную слюнную железу
в крылонебное венозное сплетение
в венозные синусы головного мозга
#
67
В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:
1
вскрыть гнойный очаг
начать иглафлексотерапию
сделать новокаиновую блокаду
назначить физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные analeптики
#
68
Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желоба заключается в разрезе:
2
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочки челюстно-язычного желоба ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти
в подбородочной области вдоль края нижней челюсти
слизистой оболочки по кроловидно-челюстной складке
в области основания мышечного отростка
#
69
При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желоба инфекция распространяется в:
1
ткани дна полости рта
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
венозные синусы головного мозга
#
70
Причиной развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный

процесс в области:
2
верхней губы
третьих моляров
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
71
Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:
3
диплопия
отек и гиперемия щечных областей
боль и ограничение открывания рта
инфильтрат челюстно-язычного желоба
инфильтрат мягких тканей
#
72
Флегмону крыловидно-челюстного пространства необходимо дифференцировать с:
4
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной височной области
флегмоной поднижнечелюстной области
абсцессом околоушно-жевательной области
#
73
Оперативный доступ при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства заключается в разрезе:
2
в подбородочной области
окаймляющем угол нижней челюсти
слизистой оболочке по крылочелюстной складке
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
по переходной складке нижней челюсти в области причинного зуба
#
74
Выполняя разрез при лечении флегмоны крыловидно-челюстного пространства наружным доступом, можно повредить:
4
язычный нерв
скуловую кость
дифрагмальный нерв
краевую ветвь лицевого нерва
околоушную слюнную железу
#
75
При неблагоприятном течении флегмоны крыловидно-челюстного пространства инфекция распространяется в:
1
средостение
субдуральное пространство
околоушную слюнную железу
венозные синусы головного мозга
крылонебное венозное сплетение
#
76
Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:



5
отек верхнего века
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области
#
77
Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:
2
отек верхнего века
ограничение открывания рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
#
78
Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с:
4
ангиной Людвига
карбункулом нижней губы
флегмоной височной области
подмассетериальным абсцессом
обострением хронического верхнечелюстного синусита
#
79
Выполняя разрез при лечении флегмоны околоушно-жевательной области, можно повредить:
3
угловую артерию
щитовидную железу
околоушную слюнную железу
подъязычную слюнную железу
третью ветвь тройничного нерва
#
80
Оперативный доступ при лечении флегмоны околоушно-жевательной области заключается в разрезе:
5
по носогубной складке
в подбородочной области
по ходу ветвей лицевого нерва
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
#
81
Разрез при флегмоне околоушно-жевательной области достаточен, если он сделан:
4
в области флюктуации
в проекции корня языка
по границе гиперемии кожи
на всю ширину ильфиртрата
в месте наибольшей болезненности
#
82
Гнойный процесс из крылонебной ямки преимущественно распространяется в:
3
верхнечелюстной синус
клыковую ямку

подвисочную ямку
позадичелюстную область
околоушно-жевательную область
#
83
Выполняя разрез при лечении абсцесса крылонебной ямки, можно повредить:
5
лицевую артерию
щитовидную железу
крылочелюстной нерв
околоушную слюнную железу
крылонебное венозное сплетение
#
84
Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:
2
отек носогубной складки
затрудненное открывание рта
отек и гиперемия щечной области
гиперемия кожи в области нижней губы
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной областях
#
85
Оперативный доступ при лечении абсцесса крылонебной ямки заключается в разрезе по:
1
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 1.4, 2.4, 2.5, 2.6
1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3
3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8
4.3, 4.2, 4.1, 3.1, 3.2, 3.3
#
86
Клиническим признаком флегмоны височной области является:
4
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
гиперемия и инфильтрат мягких тканей под скуловой дугой
гиперемия и инфильтрат мягких тканей над скуловой дугой
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях
#
87
Клиническим признаком флегмоны височной области является:
1
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
#
88
Осложнением флегмоны височной области является:
3
протез
паротит
менингит
рубцовый выворот верхней губы
рубцовый выворот верхнего века
#

89
Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области:
2
верхней губы
зубов нижней челюсти
зубов верхней челюсти
лимфоузлов щечной области
лимфоузлов околоушной области
#
90
Клинические признаки абсцесса и флегмоны языка является:
2
асимметрия лица
отек и инфильтрат языка
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
отек и гиперемия щечных областей
#
91
Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с:
4
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной щечной области
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
#
92
Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:
2
окаймляющим угол нижней челюсти
в подбородочной области средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
#
93
Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:
3
скуловую кость
лицевую артерию
язычную артерию
щитовидную железу
подъязычную слюнную железу
#
94
Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:
3
фурункул нижней губы
лимфаденит околоушной области
травма слизистой оболочки щеки
лимфаденит поднижнечелюстной области
острый периодонтит зубов нижней челюсти
#
95
Клиническим признаком флегмоны щечной области является:
2

гиперемия кожи лица
гиперемия и инфильтрат щеки
затрудненное открывание рта
отек крылочелюстной складки
выбухание подъязычных валиков
#
96
Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
карбункулом нижней губы
флегмоной дна полости рта
флегмоной височной области
подмассетериальным абсцессом
#
97
Неодонтогенной причиной развития абсцесса окологлоточного пространства является:
1
острый тонзиллит
фурункул верхней губы
лимфаденит щечной области
лимфаденит околоушной области
острый периодонтит третьих моляров верхней челюсти
#
98
При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется:
5
щечную область
крылонебную ямку
ткани дна полости рта
околоушную слюнную железу
крыловидно-челюстное пространство
#
99
Клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:
3
асимметрия лица
затруднение дыхания
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
отек и гиперемия щечных областей
#
100
Причиной развития периостита является:
4
ушиб мягких тканей лица
фиброма альвеолярного отростка
обострение хронического верхнечелюстного синусита
обострение хронического периодонтита
перелом мыщелкового отростка нижней челюсти
#
101
При переотите гнойный процесс локализуется под:
3
кожей
мышцей
надкостницей

наружной кортикальной пластинкой челюсти
слизистой оболочкой альвеолярного отростка
#
102
При переотите следует:
1
удалить причинный зуб
запломбировать канал до вскрытия периотита
запломбировать кариозную полость
удалить пломбу
расширить зубо-десневой карман
#
103
Клиническим признаком периостита является:
5
гематома лица
подвижность всех зубов
затрудненное открывание рта
выбухание подъязычных валиков
гиперемия и отек переходной складки
#
104
Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:
5
тризмом
перелом зуба
острым сиаодохитом
хроническим верхнечелюстным синуситом
обострением хронического периодонтита
#
105
Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:
4
окаймляющем угол нижней челюсти
в подподбородочной области по средней линии
слизистой оболочки по крылочелюстной складке
слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке
в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти:
#
106
Клиническая картинка острого одонтогенного остеомиелита челюсти:
3
подвижность всех зубов на челюсти
боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже
озноб, повышение температуры до 40 оС, симптом Венсана, подвижность зубов
острые пульсирующие боли в зубе, головная боль
ноющая боль в зубе, температура до 37о С
#
107
Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:
3
подвижность всех зубов на челюсти
воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
слизистая оболочка гиперемирована, зубы неподвижны
#
108

Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:
1
удалить
раскрыть
запломбировать
депульпировать
реплантировать
#
109
Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препарат, обладающий остеотропным действием:
3
канамицин
ампицилин
линкомицин
пенициллин
эритромицин
#
110
Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается в:
5
удалении причинного зуба
широкой периостотомии челюсти с двух сторон
периостотомии в области причинного зуба, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании
#
111
Первые рентгенологические признаки деструктивного одонтогенного остеомиелита челюсти появляются на:
4
30-е сутки
25-е сутки
20-е сутки
14-е сутки
7-е сутки
#
112
Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюсти при сформировавшемся секвестре заключается в:
1
секвестрэктомии
санации полости рта
антибактериальной терапии
периостотомии в области причинного зуба
антибактериальной терапии, секвестрэктомии
#
113
Секвестрэктомия при хроническом остеомиелите показана в период:
3
физиолечения
формирования секвестра
сформировавшегося секвестра
антибактериальной терапии
реабилитации
#
114
Причиной развития травматического остеомиелита челюстей является:

4
возраст больного
острый лимфаденит
травма плохо изготовленным протезом
зуб или корень зуба в линии перелома
сила и направление повреждающего фактора
#
115
Диагноз хронического травматического остеомиелита челюсти ставится на основании:
4
жалоб больного
опроса больного
клинических данных
клинико-рентгенологической картины
данных лабораторных методов исследования
#
116
Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:
4
сепсис
перикоронит
ксеростомия
деформация челюсти
парез лицевого нерва
#
117
В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входят:
2
криотерапия
ГБО-терапия
химиотерапия
рентгенотерапия
электрокоагуляция
#
118
Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:
5
1.2, 1.1, 2.1, 2.2
1.3, 1.2, 2.2, 2.3
1.8, 1.7, 2.7, 2.8
1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8
1.6, 1.5, 2.5, 2.6
#
119
Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:
5
носовое кровотечение
кровотечение из лунки
перелом альвеолярного отростка
положительный симптом нагрузки
положительная носо-ротовая проба
#
120
При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:
5
физиотерапия
верхнечелюстная синусотомия
иссечение свища

промывание пазухи антисептиком
верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища
#
121
Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:
2
тризм
носовое кровотечение
деформация скуловой области
парез краевой ветви n. facialis
сиалоаденит
#
122
Затрудненному прорезыванию третьего моляра (зуба мудрости) способствует:
2
микростомма
аномальное положение
недоразвитие челюстей
сужение нижней челюсти
артрит височно-нижнечелюстного сустава
#
123
Местным осложнением затрудненного протезирования третьего моляра является:
4
невралгия
микростомма
ксеростомия
перикоронит
сужение нижней челюсти
#
124
При правильном положении третьего моляра и перикороните производится:
3
удаление зуба
секвестрэктомия
иссечение капюшона
аппликации лидокаина
разрез по переходной складке
#
125
Третий моляр удаляют:
3
прямыми щипцами
крючком Лимберга
прямым элеватором
элеватором Волкова
элеватором Карапетяна
#
126
Непосредственным осложнением во время удаления третьего моляра является:
3
тризм
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
остеомиелит нижней челюсти
неврит мандибулярного нерва
#



127
Отдаленным осложнением после удаления третьего моляра является:
1
альвеолит
диплопия
парез лицевого нерва
перелом нижней челюсти
макрогнатия нижней челюсти
#
128
Возбудителями актиномикоза является:
3
стафилококки
стрептококки
лучистые грибы
кишечные клостридии
туберкулезные микобактерии
#
129
В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входят:
4
лучевая терапия
седативная терапия
мануальная терапия
иммунотерапия
гипотензивная терапия
#
130
Количество инъекций актинолизата на один курс лечения:
4
5
12
15
25
35
#
131
Фурункул- это:
5
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное
серозное воспаление волосяного фолликула
острое гнойно – некротическое воспаление волосяного фолликула
#
132
Карбункул – это:
5
острое гнойное воспаление
специфическое поражение придатков кожи
острое гнойное воспаление потовых желез
серозное воспаление волосяных фолликулов
разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов
#
133
Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области:
2
андантериит

сахарный диабет
гипертоническая болезнь
психическое заболевание
бронхиальная астма
#
134
Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный:
4
участок гиперемии кожи
инфильтрат кожи синюшного цвета
плотный инфильтрат мягких тканей
гиперемированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат
гиперемированный, конусообразный вдавленный под поверхность кожи инфильтрат
#
135
При остром остеомиелите симптом Венсана возникает при локализации очага в:
1
области тела нижней челюсти
области лунки зуба
области альвеолярного отростка
области суставного отростка
подбородочном отделе нижней челюсти
#
136
Рентгенологически секвестр определяется как:
2
участок скелетора с четкими контурами
фрагмент костной ткани, находящийся в зоне разрежения
разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки зуба
очаг просветления с четкими контурами
уровень жидкости
#
137
Формирование свищей с гнойным отделяемым характерно для остеомиелита:
3
в острой стадии
в подострой стадии
хроническом
хроническом в стадии обострения
ограниченного лункой зуба
#
138
В острой стадии остеомиелита челюсти возникает подвижность:
3
антагонистов
альвеолярного отростка
причинного и соседних зубов
зубов половины челюсти
подвижность не определяется
#
139
Ангиной Людвига называют:
1
гнилостно-некротическую флегмону дна полости рта
флегмону подъязычной области и корня языка
флегмону окологлоточного пространства
паратонзиллярный абсцесс
болезненное глотание при затрудненном прорезывании нижнего 8 зуба

#
140
Актиномикоз дифференцируют с:
1
флегмоной, остиомиелитом, раком челюсти
кариесом, пульпитом
лимфангиомой и капиллярной гемангиомой
липомой и атеромой
невралгией тройничного нерва
#
141
Возбудитель сифилиса:
1
бледная трепонема
палочка Коха
смешанная флора
лучистые грибы
вирус Эпштейна – Барр
#
142
При первичном поражении туберкулезной инфекцией челюстно-лицевой области:
1
развивается гранулема с казеозным распадом
развивается неказеозная гранулема
никогда не поражается регионарные лимфатические узлы
развивается скрофулодема
развивается гуммозное поражение твердого неба
#
143
Возбудители рожистого воспаления:
3
зеленящие стрептококки
энтерококки
В-гемолитические стрептококки группы А
а-гемолитические стрептококки
золотистые стафилококки
#
144
Грозным осложнением фурункула носогубного треугольника является:
4
карбункул
флегмона
абсцесс
тромбоз
рожистое воспаление
#
145
Общесоматической симптоматикой при воспалительном процессе челюстно-лицевой области является:
1
интоксикация
судорожная готовность
респираторный синдром
гипертонический синдром
почечная недостаточность
#
146
В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1
вскрыть гнойный очаг
начать иглорефлексотерапию
сделать паранефральную блокаду
провести физиотерапевтическое лечение
ввести внутримышечно дыхательные аналептики
#
147
Неэпидемический паротит являются осложнением:
1
гриппа
гипертонии
стенокардии
полиартрита
холецистита
#
148
Клиническая картина острого сialoadенита характеризуется:
3
герпетическим стоматитом
незначительным уплотнением железы
болью, увеличением железы, гипосаливацией
болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
нормальными слюноотделением и размерами железы
#
149
Хронической паренхиматозный сialoadенит характеризуется:
4
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких полостей в паренхиме
разрастанием межзачаточной соединительной ткани
тромбозов сосудов
#
150
Хронической интерстициальный сialoadенит характеризуется
4
расплавлением стромы
тотальным отеком паренхимы
образованием мелких гнойных полостей
разрастанием межзачаточной соединительной ткани
тромбозом сосудов
#
151
Основным клиническим признаком калькулезного сialoadенита является:
5
боль в железе
гипосаливация
гиперсаливация
воспаление устья протока
припухание железы во время приема пищи
#
152
Основным методом лечения слюнокаменной болезни является:
5
физиотерапия
химиотерапия
гормонотерапия

аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
153
В основе развития ретенционных кист слюнных желез лежит:
4
опухоль
воспаление
родовая травма
нарушение оттока слюны
иммунные нарушения
#
154
Полость ретенционной кисти слюнной железы заполнена:
1
слюной
детритом
грануляциями
холестиотомными массами
кристаллами холестерина
#
155
Основным методом лечения кист слюнных желез является:
5
физиотерапия
химиотерапия
гормонотерапия
аутогемотерапия
хирургическое вмешательство
#
156
Ранулой называется:
2
киста околоушной слюнной железы
киста подъязычной слюнной железы
опухоль подъязычной слюнной железы
киста поднижнечелюстной слюнной железы
опухоль поднижнечелюстной слюнной железы
#
157
Ранним местным осложнением после удаления опухоли околоушной слюнной железы является:
5
парестезия
ксеростомия
парез мышц языка
неврит ментального нерва
парез мимической мускулатуры
#
158
Причиной вывихов нижней челюсти является:
5
артрит ВНЧС
нижняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
глубокое резцовое перекрытие
слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
#

159
Лечение при вывихе нижней челюсти заключается в:
5
иммобилизации
резекции суставного бугорка
прошивании суставной капсулы
резекции мышечковых отростков нижней челюсти
введение суставной головки в суставную впадину
#
160
Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:
1
острым отитом
острым верхнечелюстным синуситом
околоушным гипергидрозом
перелом верхней челюсти
флегмоной поднижнечелюстной области
#
161
Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
резкое ограничение подвижности нижней челюсти
#
162
Форма анкилоза ВНЧС:
2
гнойный
фиброзный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
163
Форма анкилоза ВНЧС:
1
костный
гнойный
слипчивый
катаральный
атрофический
#
164
Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах
нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
тугоподвижность сустава
#
165
Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:
5
шум в ушах

нарушение глотания
множественный кариес
выраженный болевой симптом
полное отсутствие движений нижней челюсти
#
166
Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:
4
нижней макрогнатией
верхней микрогнатией
верхней ретрогнатией
профилем «птичьего» лица
несимметрично гипертрофированными жевательными мышцами
#
167
Основной метод лечения больных с костным анкилозом ВНЧС:
2
физиотерапия
хирургический
консервативный
ортопедический
ортодонтический
#
168
Ведущим симптомом при контрактурах нижней челюсти является:
5
верхняя макрогнатия
снижение высоты прикуса
укорочение ветвей нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти
ограничение подвижности нижней челюсти с сохранением движений в ВНЧС
#
169
Основным симптомом перелома верхней челюсти является:
4
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
170
Основным симптомом перелома нижней челюсти является:
3
головная боль
носовое кровотечение
патологическая подвижность нижней челюсти
патологическая подвижность верхнечелюстных костей
разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков
#
171
Осложнение воспалительного характера при переломах челюстей:
4
периостит
фурункулез
рожистое воспаление
нагноение костной раны
актиномикоз

#
172
Характерный симптом при двустороннем переломе мышечного отростка нижней челюсти:
1
открытый прикус
кровотечение из носа
разрыв слизистой альвеолярного отростка
изменение прикуса моляров со стороны перелома
изменение прикуса моляров с противоположной стороны от перелома
#
173
Основной симптом перелома костей носа:
4
гематома
подкожная имфидема
затруднение носового дыхания
патологическая подвижность костей носа
кровотечение из носовых ходов
#
174
Симптомы перелома скуловой кости:
5
деформация носа, гематома
гематома скуловой области
кровотечение в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
онемение кожи подглазничной области, западение скуловой области
#
175
Симптомы перелома скуловой кости:
3
гематома скуловой области
деформация носа
симптом «ступени», диплопия
кровотечение в нижнее веко
кровотечение из носа, головокружение
#
176
Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:
3
травма глазного яблока
воспалительная реакция
смещение глазного яблока
травма зрительного нерва
интраорбитальная гематома
#
177
Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:
5
шпатель
распатор
зажим Кохера
крючок Фарабефа
крючок Лимберга
#
178
Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течении:



3
первого часа
8-12 часов
24 часов
48 часов
72 часов
#
179
Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:
5
8-12 часов
24 часов
48 часов
8 суток
72 часов
#
180
Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:
4
на 4-5 сутки
на 8-9 сутки
после эпитализации раны
после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций
после уменьшения отека тканей
#
181
Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение:
4
гаммаглобулина
антирабической сыворотки
стафилакоккового анатоксина
противостолбнячной сыворотки
антикоагулянтов
#
182
Первая медицинская помощь на поле боя оказывается:
4
врачом
эпидемиологической службой
служба медицинской разведки полка
в порядке самопомощи и взаимопомощи
связистом
#
183
Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:
4
накормить раненного
собрать анамнез
перенести в укрытие
противошоковые мероприятия
оформить медицинскую карточку
#
184
Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог:
2
сортировочный пункт
медицинский пункт полка

отдельный медицинский батальон
отделение специализированного госпиталя
полевой подвижный специализированный госпиталь
#
185
Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:
3
сортировочном пункте
медицинском пункте полка
батальонном медицинском пункте
отдельном медицинском батальоне
отделении специализированного госпиталя
#
186
Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:
3
костный шов
назубные шины
стандартные повязки
компрессионно-дистракционный аппарат
ортопедический аппарат
#
187
Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей:
5
эвакогоспиталь
сортировочный пункт
медицинский пункт полка
батальонный медицинский пункт
отделение специализированного госпиталя
#
188
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей на БМП:
5
остеосинтез
наложение гладкой шины скобы
наложение бимаксилярных шин
межчелюстное связывание по Айви
временная (транспортная) иммобилизация
#
189
Объем медицинских мероприятий при переломах челюстей в ОМедБ:
1
наложение бимаксилярных шин
временная (транспортная) иммобилизация
наложение компрессионно-дистракционного аппарата
наложение гладкой шины скобы
остеосинтез
#
190
Объем медицинских мероприятий в очаге поражения при ожогах челюстно-лицевой области:
2
первичная хирургическая обработка
наложение сухой асептической повязки, обезболивание
первичная хирургическая обработка, пересадка кожи
исправление повязки, борьба с шоком, подготовка к эвакуации
исправление повязки, применение обезболивающих, антибиотиков и сердечных средств

#
191
Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:
3
клапанная
стенотичекая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
192
Асфиксация от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:
5
клапанная
стенотическая
обтурационная
аспирационная
дислокационная
#
193
Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:
1
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
восстановление анатомического положения органа
прошивание языка
#
194
Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:
4
трахеотомия
введение воздуховода
удаление инородного тела
вывести и закрепить язык булавкой
расстегнуть одежду
#
195
Основой специального ухода за больными, перенесшими операции на челюстно-лицевой области, является:
3
дыхательная гимнастика
своевременное кормление
тщательная гигиена полости рта
массаж
лечебная физкультура
#
196
При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:
1
районному онкологу
специалисту-радиологу
участковому терапевту
хирургу общего профиля
хирургу-стоматологу
#

197
К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «злокачественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:
3
физикальный
биохимический
гистологический
биометрический
иммунологический
#
198
Под онкологической настороженностью понимают знание:
1
ранних симптомов заболевания
препаратов для лечения
профессиональных вредностей
допустимых доз лучевой терапии
расположение онкологических служб
#
199
Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании:
5
жалоб больного
размеров опухоли
жалоб больного, размеров опухоли
размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
#
200
Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация:
1
TNM
клиническая
пятибалльная
онкологического центра
гистологическая
#
201
Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:
1
врожденными
одонтогенными
травматическими
онкологическими
воспалительными
#
202
Методом лечения врожденных кист и свищей шеи является:
5
криотерапия
химиотерапия
лучевая терапия
динамическое наблюдение
оперативное вмешательство
#
203
Клиническим проявлением кисты челюсти является:
5

гематома
симптом Венсана
нарушение глотания
плотное обызвествление образования
безболезненная деформация в виде вздутия
#
204
Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:
4.
в виде «тающего сахара»
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
в виде участков уплотнения и разрежения
#
205
Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:
2
в виде «тающего сахара»
с четкими контурами и тенью зуба в полости
с нечеткими границами в области образования
в виде нескольких полостей с четкими контурами
с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
#
206
Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:
1
цистэктомия
криодеструкция
склерозирование
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
207
Основным методом лечения кист челюстей большого размера является:
1
цистотомия
цистэктомия
криодеструкция
частичная резекция челюсти
половинная резекция челюсти
#
208
Причина развития неондонтогенных кист челюстей связана с:
1
нарушением эмбриогенеза лица
нарушением формирования корня зуба
нарушением формирования зачатка зуба
нарушением развития зубного фолликула
воспалением
#
209
Фиброматоз развивается в результате:
3
вредных привычек
нарушения эмбриогенеза
хронического механического раздражения
воспаления

вирусного поражения
#
210
Этиологическим фактором возникновения предрака является:
3
вторичная адентия
острые воспалительные процессы в мягких тканях лица
хроническая травма слизистой оболочки полости рта
острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета
специфические воспалительные процессы
#
211
Для морфологической картины предрака характерно наличие:
1
атипического ороговения
обызвествления миоцитов
воспалительного инфильтрата
инвазии в подлежащие ткани
вторичного казеозного некроза
#
212
К предраковым заболеваниям красной каймы губ относятся:
3
рожистое воспаление
термический и химические ожоги
бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти
болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз
эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз
#
213
Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется наличием:
4
2-3 эрозией, без тенденции к кровоточивости и эпителизации
эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей
атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географического» рисунка
ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками
болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпителием на 3-5 мм
#
214
Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является:
5
химиотерапия
криодеструкция
комбинированное лечение
выскабливание опухоли
удаление опухоли в пределах здоровых тканей
#
215
Эозинофильную гранулему дифференцируют с:
1
остеосаркомой
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
стеомиелитом челюсти
сосудистыми опухолями
#
216
Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы является:

1
пульсация
наличие флеболитов
боль при пальпации
болезненный инфильтрат
эрозии без тенденции к кровоточивости
#
217
Основным методом лечения кавернозной гемангиомы является:
4
прошивание
электрорезекция
лучевое воздействие
склерозирующая терапия
криодеструкция, лазерокоагуляция
#
218
Наиболее чувствительной к лучевой терапии является:
5
фибросаркома
остеосаркома
хондросаркома
гемангиома
саркома Юинга
#
219
Основным клиническим проявлением рака слизистой оболочки дна полости рта является:
4
воспалительный инфильтрат
язва без инфильтрации краев
эрозия без инфильтрации краев
изъязвляющийся инфильтрат, спаянный с окружающими тканями
гиперемия и отек участка слизистой оболочки
#
220
Метод дополнительного исследования при постановке окончательного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:
1
биопсия
томография
клиническое
ультразвуковое
рентгенологическое
#
221
Основным методом лечения рака нижней губы является:
5
физиотерапия
химиотерапия
хирургический
лучевая терапия
комбинированный метод
#
222
Рак верхнечелюстной пазухи развивается из:
4
нервной ткани
мышечной ткани

лимфатической ткани
эпителиальной ткани
соединительной ткани
#
223
Рак нижней челюсти следует дифференцировать с:
5
ретенционной кистой
плеоморфной аденомой
хроническим верхнечелюстным синуситом
дистопией третьих моляров
хроническим остеомиелитом
#
224
Основным клиническим симптомом первичного рака нижней челюсти является:
3
гиперсаливация
обнажение кости
подвижность интактных зубов
парез мимической мускулатуры
эрозия, язва с инфильтрированными краями
#
225
Рак нижней челюсти на ранних стадиях метастазирует в:
5
шейные лимфоузлы
глубокие шейные лимфоузлы
заглоточные и шейные лимфоузлы
легкие и кости гематогенным путем
поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы
#
226
Цель операции на путях лимфооттока при раке слизистой оболочки дна полости рта заключается в профилактике метастазирования:
3
во внутренние органы
в отдаленные лимфоузлы
в регионарные лимфоузлы
в кости
в легкие
#
227
Методом пластики по Лимбергу называется перемещение лоскутов:
2
на питающей ножке
встречных треугольных
круглого стебельчатого
на сосудистом анастомозе
свободная пересадка
#
228
Методика пластики встречными треугольными лоскутами:
4
Аббе
Миларда
Седилло
Лимберга
Лапчинского



#
229
Вид пластики местными тканями, при котором ткани переносят из отдаленного от дефекта места:
4
лоскутом на ножке
мобилизация краев раны
треугольными лоскутами
пересадка свободной кожи
артеризованным лоскутом
#
230
Основное правило пластики местными тканями:
3
не ушивать рану наглухо
недопустима мобилизация тканей
отсутствие натяжения в краях раны
длина разреза должна быть минимальной
достаточное количество жировой ткани
#
231
Лоскут на питающей ножке состоит из тканей:
2
расщепленной кожи
кожи и подкожно-жировой клетчатки
кожи, подкожно-жировой клетчатки и мышцы
кожи, подкожной клетчатки, мышцы и кости
кожи, подкожной клетчатки и сосудистого пучка
#
232
Круглый стебельчатый лоскут, одновременно формирующийся и подшивающийся к месту дефекта, называется:
1
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
233
Круглый стебельчатый лоскут, переносимый к месту дефекта по поверхности тела, называется:
2
острым
шагающим
ускоренным
классическим
сквозным
#
234
Участок поверхности тела для формирования классического или ускоренного круглого стебельчатого лоскута:
4
предплечье
внутренняя поверхность плеча
внутренняя поверхность бедра
переднебоковая поверхность живота
передняя поверхность груди
#

235
Свободной пересадкой кожи называется:
2
перенос кожи стебельчатого лоскута
пересадка кожного аутотрансплантата
перемещение кожного лоскута на ноже
перемещение кожного лоскута на микроанастомозе
деэпидермизация
#
236
Местные ранние осложнения после пересадки свободной кожи:
1
некроз лоскута
гиперпигментация
рубцовая деформация
кровотечение из лоскута
атрофия
#
237
Идентичность цвета пересаженной кожи лица достигается при помощи:
4
криотерапии
гидромассажа
физиотерапии
деэпидермизации
электрокоагуляции
#
237
Вторичная костная пластика после основной операции проводится через:
4
10 дней
1-2 месяца
3-4 месяца
6-8 месяцев
1-1,5 года
#
239
Показанием для проведения первичной костной пластики является дефект челюсти после:
5
переохотита
секвестрэктомии
постлучевой некрэктомии
склерозирующей терапии
удаления доброкачественных опухолей
#
240
Показанием для проведения вторичной костной пластики является:
4
склерозирующая терапия
ретрогенатия челюстей
кератокиста
удаление злокачественных опухолей
переостит
#
241
Аутотрансплантант – это материал, взятый у:
1
пациента

животного
другого индивида
однойцового близнеца
близких родственников
#
242
Нижняя треть лица у больных с нижней макрогнатией:
3
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
243
Нижняя треть лица у больных с нижней микрогнатией:
2.
уплощена
уменьшена
увеличена
несимметрична
смещена
#
244
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней микрогнатии:
1
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная деформация
сагиттальный сдвиг
#
245
Анатомические нарушения верхней челюсти при верхней ретрогнатии:
2
недоразвитие
смещение кзади
чрезмерное развитие
несимметричная доформация
сагитальный сдвиг
#
245
Дополнением к операционной фиксации фрагментов челюсти при остеотомии является:
4
шина Ванкевич
гладкая шина-скоба
шина-скоба с распорочным изгибом
бимаксилярные шины с зацепными петлями
Шина порта
#
247
Для профилактики гнойно-воспалительного процесса после остеотомии челюстей назначают:
3
криотерапию
химиотерапию
антибактериальную терапию
лучевую терапию
Буки-терапию

#
248
Показанием для фрагментарной остеотомии нижней челюсти является:
4
ретрогнатия
микрогнатия
несимметричная макрогнатия
чрезмерное развитие подбородочного отдела
нижнечелюстная макрогнатия
#
249
Этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:
4
гиперсаливация
частичная адентия
массивные зубные отложения
хроническая травма слизистой оболочки
заболевания желудочно-кишечного тракта
#
250
При оперативном лечении радикулярных кист челюстей в области «причинного» зуба производят:
4
аппликацию
пломбирование канала
эндодентальный электрофарез
резекцию верхушки корня
выскабливание зубо-десневого кармана

### ***СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ***

#### **Задача №1**

В больницу направлен ребенок Б. - 1 месяц.

Родился у здоровой матери, беременность протекала нормально, роды без осложнений. Родился в срок, весом 3800. Рост 53 см. Вскармливается грудью. Выписан из роддома с мокнущей пупочной раной, которая заживала 2 недели. 10 дней назад ребенок стал вялым, плохо сосал, беспокойно спал. Появилась припухлость век правого глаза. Поднялась температура до 39°C. Осмотрен участковым педиатром, поставлен диагноз: конъюнктивит, назначен альбуцид. Несмотря на проводимое лечение, состояние ребенка ухудшилось. Температура держалась в пределах 39°- 40°C. Появилось гнойное отделяемое из правого носового хода. Ребенок направлен в стационар. При поступлении: состояние ребенка тяжелое. Ребенок бледен, адинамичен, пульс 160 уд.в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. На коже петехиальные кровоизлияния. Тоны сердца глухие. Местно: правый глаз закрыт, веки отесны, умеренный экзофтальм. При пальпации подглазничной области из носа справа выделяется гной. По переходной складке в полости рта инфильтрата нет, слизистая оболочка нормального цвета.

#### **Задача №2**

В стационар направлен ребенок 2-х месяцев.

родилась от здоровой матери, беременность и роды нормальные. Вес 3100, рост 49 см. Вскармливается грудью. Пупочная рана заживала без осложнений.

1есяц назад на коже живота и грудной клетки появились гнойничковые высыпания. Назначен кварц, смазывание бриллиантовой зеленью, неделю назад повысилась температура тела до 38,5°C, стала плохо сосать, вился жидкий стул, была рвота. На следующий день мать заметила пухлость нижнего века слева и подглазничной области слева. Девочка госпитализирована в ЦРБ, где назначена антибактериальная терапия - пенициллин. Однако состояние девочки ухудшалось, направлена на лечение в областную больницу.

*Поставьте диагноз.*

#### **Задача №3**

В больницу направлен ребенок К. 2-х месяцев. Родился в срок, от здоровой матери. Беременность и роды без осложнений. Родился с весом 3,600 г, рост 50 см. Выписан из родильного дома на 6-й день с незажившей раной пупка.

Переязки в домашних условиях в течение 2-х недель. Вскармливается грудью. 12 дней тому назад у ребенка повысилась температура тела до 39°C, появилась припухлость в левой околоушной области. Госпитализирован в районную больницу с диагнозом лимфаденит. Лечение - антибиотики (пенициллин и физиотерапевтическое лечение - УВЧ). Улучшение не наступило. Переведен в областную больницу.

При поступлении: состояние тяжелое. Адинамичен, бледен, на коже петехиальные кровоизлияния. Живот вздут, стул жидкий. В легких - пневмония. Печень - граница нижняя на уровне пупка. В области лица: инфильтраты в левой и правой околоушных областях с флюктуацией и гиперемией кожи. В анализе крови: анемия, лейкоцитов 20.000, эозино-филы - 0, палочкоядерные - 17, лимфоциты - 36, миелоциты - 4, СОЭ - 50 мм/час.

На рентгенограмме мышечковых отростков нижней челюсти слева и справа определяются очаги деструкции.

*Поставлен диагноз: сепсис. Гематогенный остеомиелит мышечковых отростков нижней челюсти. Флегмона правой и левой околоушной областей.*

*Составьте план лечения.*

Задача №4

Девочка 3-х лет поступила в больницу с жалобами на боли и наличие припухлости в области нижней челюсти слева.

Заболела 3 недели тому назад, когда поднялась температура тела до 39°C и появилась припухлость в области правого бедра. Госпитализирована в ЦРБ с диагнозом: гематогенный остеомиелит правого бедра. Лечение комплексное - хирургическое, антибактериальная терапия, десенсибилизирующая терапия, гормонотерапия - преднизолон. Наступило улучшение, однако 5 дней тому назад появились боли и припухлость в области нижней челюсти слева, зубы не болели.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 38°C. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца ясные. В легких изменений не отмечается. На бедре справа свищ с умеренным гнойным отделяемым.

На лице: припухлость в области нижней челюсти слева кпереди от угла. При пальпации определяется вздутие тела нижней челюсти. Рот открывает свободно.

В полости рта: Молочный прикус, зубы V, IV, III, II, I, I, II, III, IV, V

V, IV, III, II, I, I, II, III, IV, V

интактны, неподвижны, на перкуссию не реагируют. В преддверии полости рта на уровне 74 75 зубов имеется два свищевых хода с обильным гнойным отделяемым.

На рентгенограмме нижней челюсти слева определяется очаг деструкции тела нижней челюсти на уровне 74 75 зубов.

*Поставьте диагноз.*

*Составьте план лечения.*

Задача №5

Ребенку 7 лет предстоит оперативное вмешательство по поводу одонтогенной подчелюстной флегмоны в следующем объеме: удаление 36 зуба, вскрытие флегмоны наружным доступом.

*Составьте план обезболивания.*

Задача №6

У девочки 4,5 лет анкилоз височно-нижнечелюстного сустава слева.

*Составьте план обезболивания во время операции.*

Задача №7

У ребенка 6 лет, страдающего врожденным пороком сердца, имеется множественное поражение кариесом зубов. В ближайшее время ему предстоит оперативное вмешательство по поводу врожденного порока сердца. Ребенок эмоционально неуравновешен.

*Предложите план обезболивания.*

Задача №8.

Ребенок 2 года. Здоров. Родители обратились в стоматологическую поликлинику обеспокоенные изменением цвета эмали временных зубов. При осмотре у стоматолога поставлен диагноз кариес 54, 52,51, 61,62,64 зубов.

*Предложите план лечения. Выберите метод обезболивания*

Задача №9

Мальчик 8 лет обратился к стоматологу по поводу обострения хронического периодонтита 46 зуба, которое возникло после того, как он купался в течение 4 часов, загорал. Сопутствующих заболеваний нет.

*Объясните, каков механизм обострения хронической очаговой инфекции.*

Задача №10

Ребенок 5 лет. Обратился в стационар с жалобами на припухлость и боль в правой подчелюстной области. Состояние ребенка средней тяжести. Ребенок вялый, аппетит снижен. Температура 38°C.

В анализе крови лейкоцитоз, увеличение СОЭ. В подчелюстной области справа определяется отек, инфильтрация мягких тканей. Пальпация болезненна. При пальпации определяется пакет лимфатических узлов, не спаянный с кожей. В центре воспалительного инфильтрата определяется размягчение. В полости рта: коронка 84 зуба разрушена.

*Поставьте диагноз. Составьте план лечения.*

Задача №11

Ребенок 7 лет. Накануне у ребенка поднялась температура до 38,2°C. Появились жалобы на боли в области верхней челюсти слева, припухлость левой подглазничной области. Обратились в стационар. При осмотре: отек и инфильтрация левой подглазничной области, глазная щель слева сужена из-за отека век, носогубная складка слева сглажена. В полости рта альвеолярный отросток верхней челюсти в области 63-65 зубов утолщен, слизистая альвеолярного отростка гиперемирована, переходная складка сглажена. Из периодонтальной щели и из свищевого хода в проекции верхушки корня 64 зуба – гнойное отделяемое, перкуссия 64 зуба болезненна.

*Поставьте диагноз. Составьте план обследования и лечения.*

Задача №12

Девочка 8 лет госпитализирована на нефрологическое отделение стационара с диагнозом : Пиелонефрит, обострение. Из анамнеза обострения заболевания почек возникают 2 раза в год весной и осенью, несмотря на проводимую терапию. При осмотре полости рта у ребенка выявлен множественный кариес. В проекции корней 54,55, 52,62, 64, 65 зубов свищевые ходы. Родители девочки объяснили, что она крайне негативно относится к лечению у стоматолога.

*Поставьте диагноз. Предложите план лечения. Обоснуйте необходимость лечения.*

Задача №13

Больной в. 4,5 года. Три дня назад ребенок стал жаловаться на боль в области нижней челюсти слева. Самочувствие у ребенка было плохое. Ребенок был вялым, капризным, лихорадил о 37,8°C. Обратились в стоматологическую поликлинику по месту жительства. Стоматолог поставил диагноз: обострение хронического периодонтита 74 зуба.

Произведена экстракция 74 зуба. Никакого медикаментозного лечения врач не назначил, ребенок был отпущен домой. На следующий день состояние ребенка не улучшилось.

Ребенок продолжал жаловаться на боль в челюсти, температура поднялась до 38,5°C. Родители повторно обратились в стоматологическую поликлинику по месту жительства. После осмотра врач произвел разрез по переходной складке в области удаленного 74 зуба длиной 1,5 см. Дренирование раны не проводилось. Медикаментозное лечение не назначалось, ребенок отпущен домой. Через 4 часа после визита в стоматологическую поликлинику ребенок был доставлен в реанимационное отделение больницы с признаками септического шока, температура тела 42°C. В анализе крови лейкоцитоз, СОЭ - 29 мм/час. В полости рта альвеолярный отросток нижней челюсти в области 74-75 зубов утолщен, лунка удаленного 74 зуба под сгустком. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована, переходная складка сглажена, определяется флюктуация. Из разреза отделяемого нет.

*Поставьте диагноз. Составьте план лечения. Объясните, какие ошибки были допущены при лечении больного.*

#### Задача №14

Ребенок 2,5 лет упал и ударился – на подбородке имеется ушиблено-рваная рана. *Учитывая механизм травмы, объясните, о каком повреждении следует думать? Составьте план обследования и последующего лечения.*

#### Задача №15

У ребенка 9 лет в результате травмы возник вколоченный вывих 21 зуба *Предложите план обследования и возможные варианты лечебной тактики.*

#### Задача №16

Бездомная собака напала на ребенка 5 лет и нанесла укушенную рваную рану левой щека с обширным дефектом тканей. *Перечислите возможные осложнения и предложите план лечения*

#### Задача 17

У ребенка 3 лет после перенесенного гнойного артрита сформировался левосторонний костный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Асимметрия нижней челюсти выражена незначительно. *Какое лечение и в каком возрасте Вы рекомендуете провести.*

#### Задача 18

У ребенка 5 лет имеется правосторонняя умеренно выраженная микрогнатия без заметного ограничения подвижности нижней челюсти. *Поставьте диагноз. Какое лечение и в каком возрасте Вы рекомендуете провести?*

#### Задача 19

У ребенка 13 лет имеется фиброзный анкилоз правого височно-нижнечелюстного сустава после перенесенного одонтогенного остеомиелита с умеренно выраженной асимметрией лица. *Какое лечение и в каком возрасте Вы рекомендуете провести?*

#### Задача 20





На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
 А) Сформулируйте диагноз  
 Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
 В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 21



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
 А) Сформулируйте диагноз  
 Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
 В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 22



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
 А) Сформулируйте диагноз  
 Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
 В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 23



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
 А) Сформулируйте диагноз  
 Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
 В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 24



На основании анализа схемы-рисунка (поМ,М,Соловьеву)

- А) Сформулируйте диагноз
- Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины
- В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

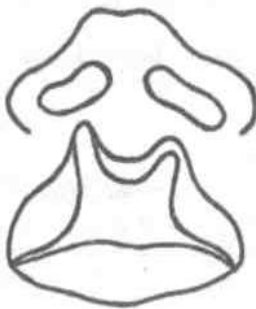
Задача 25



На основании анализа схемы-рисунка (поМ,М,Соловьеву)

- А) Сформулируйте диагноз
- Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины
- В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 26



На основании анализа схемы-рисунка (поМ,М,Соловьеву)

- А) Сформулируйте диагноз
- Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины
- В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 27



На основании анализа схемы-рисунка (поМ,М,Соловьеву)

- А) Сформулируйте диагноз
- Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины
- В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 28



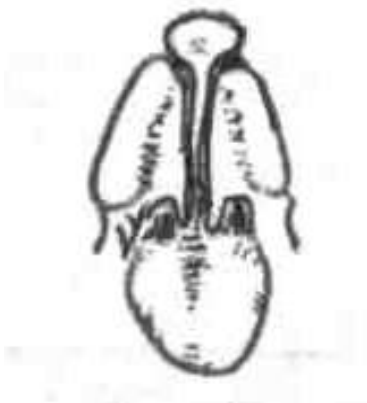
На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Сформулируйте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативных вмешательств

Задача 29



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 30



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 31



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 32



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 33



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 34



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 35



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 36



На основании анализа схемы-рисунка (по М, М, Соловьеву)  
А) Поставьте диагноз  
Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины  
В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

Задача 37



На основании анализа схемы-рисунка (по М.М. Соловьеву)

А) Поставьте диагноз

Б) Назовите анатомические и функциональные нарушения при данном типе расщелины

В) Составьте план лечения, обозначив сроки выполнения оперативного вмешательства. Назовите этапы операции, нарисуйте линии разрезов.

#### Задача 38

Больной М., 8 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на образование в области передней поверхности шеи. Впервые образование заметили 6 лет назад. За это время образование увеличивалось в размере соответственно росту ребенка, никогда не воспалялось. Объективно: по передней поверхности шеи по средней линии, в проекции подъязычной кости определяется образование 2 см в диаметре, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, кожа над образованием не изменена. При глотании смещается вверх вместе с подъязычной костью.

*Предложите план обследования. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.*

#### Задача 39

Больная М., 15 лет, поступила в клинику с жалобами на быстро растущую опухоль в области угла нижней челюсти справа. Полгода назад появились припухлость в поднижнечелюстной области справа и затрудненное открывание рта.

При осмотре: асимметрия лица за счет припухлости угла и тела челюсти справа. Пальпация в области утолщения челюсти болезненна. При пальпации ближе к углу определяется дефект кости в виде выемки. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны. Открывание рта болезненно. Слизистая оболочка над опухолью несколько цианотична, венозная сеть сосудов подслизистого слоя расширена. Переходная складка сглажена за счет выбухания опухоли; 7 | зуб резко подвижен. Патологическая подвижность фрагментов кости нижней челюсти. Прикус нарушен. Электровозбудимость пульпы 7 | зуба резко снижена. Рентгенограмма: дефект кости в пределах от 5 | до 7 | зуба с неровными, смазанными границами. Кость резко вздута и истончена. Корни 7 | зуба резервированы. Непрерывность тела челюсти нарушена, малый фрагмент ее смещен вверх. Цитологическое исследование: найдены гигантские клетки и остеобласты. Гистологическое исследование ввиду недостаточности биопсированного материала определенного ответа не дало, но элементов злокачественного роста не обнаружено.

*Предложите план обследования. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.*

#### Задача №40

Больная П., 8 лет, заболела остро, за 2,5 мес до поступления в клинику. Появились ноющие боли и припухлость в области угла нижней челюсти слева. Температура тела повысилась до 39,5 °С. Удален интактный, подвижный | 6 зуб, назначены антибиотики, грелка. Опухоль стала быстро увеличиваться.

При поступлении: плотная диффузная болезненная припухлость, занимающая всю околоушно-жевательную область. Кожа умеренно гиперемирована, горячая, в складку собирается плохо. Незначительное ограничение в открывании рта. Зубы подвижны. Слизистая оболочка в ретромоллярной области несколько гиперемирована. В крови

лейкоцитов  $9,8-10^9/l$ ; СОЭ 17 мм/ч. Рентгенологически определяется обширный участок деструкции, захватывающий угол и ветвь челюсти. Периостальные разрастания отсутствуют. Гистологическое исследование: саркома Юинга.

*Составьте план лечения. Прогноз, возможные осложнения.*

#### Задача 41

Больная К., 12 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие деформации в области нижней челюсти слева, которую заметили 3 месяца назад. Челюсть резко деформирована в области тела, безболезненна. На альвеолярной части нижней челюсти соответственно  $\lfloor 4-7$  зубам выбухания мягкой консистенции с язычной стороны. Гистологическое заключение: амелобластома



*Опишите свойства опухоли. Предложите план лечения и реабилитации.*

#### Задача 42



Ребенок 9 лет. Обратился к стоматологу по поводу задержки прорезывания 21 зуба. Объективно: коронка временного 61 зуба разрушена. Утолщение альвеолярного отростка в области 21 зуба.

*Поставьте диагноз. Предложите дальнейший план обследования и лечения*

#### Задача 43



Ребенок 12 лет. Обратился к стоматологу по поводу задержки прорезывания 23 зуба.

*Опишите, что Вы видите на рентгенограмме. Поставьте диагноз. Составьте план лечения.*

#### Задача 44

При рождении у ребенка обнаружено мягко-эластическое образование в околоушной области синюшно-багрового цвета

К 3 месяцам образование стало увеличиваться в размере.

*О наличии какой опухоли можно думать? Какую лечебную тактику Вы предложите?*

#### Задача 45

У мальчика 12 лет обнаружена опухоль в подбородочном отделе нижней челюсти. Заключение патоморфологического исследования: фиброзная дисплазия.

*Какой план лечения Вы предложите?*



## Перечень вопросов.

1. Особенности клинического течения неотложных состояний у детей. Лечение анафилактического шока, коллапса, обморока.
2. Анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области у детей и их влияние на клинику травмы челюстно-лицевой области. Оказание первой медицинской помощи детям с челюстно-лицевой травмой.
3. Повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области у детей. Классификация ран в зависимости от ранящего агента и морфологических особенностей раны, клиника, лечение. Неотложная помощь при кровотечениях.
4. Раны мягкого неба у детей: этиология, клиника, особенности первичной хирургической обработки.
5. Укушенные раны ЧЛО. Общее и местное лечение. Антирабическая вакцинация.
6. Ожоги: классификация, клиника, первая помощь и лечение.
7. Обморожения: классификация, клиника, первая помощь и лечение.
8. Классификация, диагностика, клиническая картина и лечение переломов верхней челюсти у детей. Врачебная тактика относительно зачатков временных и постоянных зубов, находящихся в зоне перелома.
9. Классификация, диагностика, клиническая картина и лечение переломов нижней челюсти у детей. Врачебная тактика относительно зачатков временных и постоянных зубов, находящихся в зоне перелома.
10. Хронический одонтогенный периостит у детей. Клинико-рентгенологические формы. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, показания к лечению.
11. Острый одонтогенный остеомиелит у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Общее лечение. Особенности хирургической тактики.
12. Хронический одонтогенный остеомиелит у детей. Клинико-рентгенологические формы. Дифференциальная диагностика. Особенности проведения секвестрэктомии. Осложнения и их профилактика.
13. Гематогенный остеомиелит у детей. Этиология, клиника, диагностика. Лечение. Осложнения. Диспансеризация, реабилитация. Профилактика.
14. Анатомические особенности лимфатического аппарата у детей. Аденофлегмона: клиника, диагностика, лечение.
15. Острый гнойный лимфаденит. Этиология, особенности клинического течения у детей. Принципы антибактериальной и противовоспалительной терапии. Хирургическое лечение.
16. Абсцессы челюстно-лицевой области у детей. Этиология, клиника, диагностика. Принципы антибактериальной, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии. Хирургическое лечение.
17. Флегмоны челюстно-лицевой области у детей. Этиология, клиника, диагностика. Принципы антибактериальной, противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии. Хирургическое лечение.
18. Радикулярная киста временных и постоянных зубов у детей. Этиология, патогенез, особенности клинического течения и диагностики в детском возрасте. Хирургическое лечение радикулярных кист у детей.
19. Фолликулярная киста у детей. Этиология, патогенез, особенности клинического течения и диагностики в детском возрасте. Лечение. Врачебная тактика относительно зачатка постоянного зуба, находящегося в полости кисты.
20. Воспалительные заболевания слюнных желез у детей. (Классификация А.А. Колесова). Острый эпидемический паротит. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
21. Паренхиматозный сиаладенит у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
22. Ретенционная киста подъязычной слюнной железы у детей. Этиология, клиника, дифференциальная диагностика. Показания и методика цистотомии и цистэктомии.
23. Фиброзная дисплазия, её виды. Особенности рентгенологической картины. Лечение, реабилитация.

24. Дермоидная киста челюстно-лицевой области у детей. Этиология, особенности клинического течения в раннем детском возрасте, дифференциальная диагностика с липомой и атеромой. Хирургическое лечение.
25. Врождённая киста и свищи шеи у детей. Классификация, этиология, особенности диагностики. Лечение.
26. Опухоли слюнных желез у детей. Классификация В.Б. Паникаровского. Аденолимфома: особенности клиники, диагностики, лечения.
27. Опухоли челюстных костей у детей (классификация А.А. Колесова). Этиология, особенности клинических проявлений, диагностика, методы оперативного лечения, прогноз.
28. Остеогенная саркома. Этиология, особенности клиники, диагностика, методы лечения у детей.
29. Саркома Юинга. Этиология, особенности клинических проявлений в детском возрасте, диагностика, принципы лечения.
30. Ретикулярная саркома. Этиология, особенности клинических проявлений в детском возрасте, диагностика, принципы лечения.
31. Плеоморфная аденома: особенности клиники, диагностики, лечения у детей.
32. Остеобластокластома. Этиология, особенности рентгенологической диагностики, дифференциальная диагностика, лечение.
33. Одонтома. Этиология, классификация, особенности клиники и диагностики у детей. Показания к госпитализации и лечение.
34. Амелобластома. Этиология, особенности клиники и диагностики у детей, дифференциальная диагностика, лечение.
35. Синдром Олбрайта: этиология, клиника, лечение.
36. Херувизм: этиология, клиника, показания к лечению.
37. Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области у детей. Классификация лимфангиом и гемангиом, этиология, особенности клинического течения.
38. Классификация гемангиом по Кондрашину. Этиология, особенности клинического течения в детском возрасте. Лечебная тактика в зависимости от возраста ребёнка.
39. Капиллярные гемангиомы у детей: этиология, клиническое течение, лечение.
40. Кавернозные гемангиомы: этиология, клиническое течение, лечение.
41. Капиллярно-кавернозные гемангиомы: этиология, клиническое течение, лечение.
42. Топографо-анатомические и функциональные особенности ВНЧС у детей. Эволюция ВНЧС. Классификации заболеваний ВНЧС у детей и подростков по А.А. Колесову и Каспаровой, Ю.А. Петросову.
43. Диагностики заболеваний ВНЧС: компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковое исследование, аускультация, пальпация ВНЧС и жевательных мышц
44. Острые артриты в детском возрасте. Этиология, диагностика, клиника. Особенности общего противовоспалительного лечения. Физиотерапия.
45. Функциональные дистензионные заболевания ВНЧС в подростковом возрасте. Этиология, диагностика, клиническое течение. Лечебные мероприятия.
46. Врождённая патология ВНЧС у детей. Синдром Робена: этиология, клиника, диагностика. Варианты лечения и реабилитации.
47. Синдром Гольденхара: этиология, клиника, диагностика. Варианты лечения и реабилитации.
48. Остеоартриты ВНЧС у детей. Причины возникновения, виды остеоартритов, диагностика, клиника. Методы лечения, исходы, реабилитация.
49. Вторичный деформирующий остеоартроз в детском возрасте. Этиология, клиника, рентгенологические стадии остеоартроза. Диагностика. Лечение, прогноз, реабилитация.
50. Анкилозы ВНЧС в детском возрасте. Этиология, методы диагностики, клиника. Лечение, прогноз. Реабилитационные мероприятия.

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ  
(текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ  
(текущий, рубежный контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации стоматологических индексов	0-20
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -  
АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам слюны	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО -  
УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния полости рта	0-20
3	Обработка полости рта	0-25
4	Наложение материалов на зубы и десны	0-25
5	Умение пользоваться стоматологическим инструментарием	0-15
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА  
(текущий контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ  
(рубежный, промежуточный контроли)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
	<b>Всего баллов</b>	<b>Среднее арифм. (сумма баллов /4)</b>

Оценивается каждый вопрос билета:

«85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности.

«75-84%»

- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы;
- четкое изложение учебного материала.

«60-74%»

- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе;
- не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.

« менее 60%»

- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

1. В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
2. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
3. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
4. За каждый правильно ответ – 5 баллов
5. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
6. Отметка (в %).

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
<b>ФОРМА</b>		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
<b>ПРЕЗЕНТАЦИЯ</b>		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
<b>ДОКЛАД</b>		15
	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
	Выполнение регламента	0-5
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84
2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно - примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	60 - 74
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы	

	и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
	Работа написана не по теме менее	40
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)**

<b>№</b>	<b>Наименование показателя</b>	<b>Отметка (в %)</b>
1	<b>ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ</b>	0-2
2	<b>ЖАЛОБЫ</b> (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
3	<b>АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ</b>	0-7
4	<b>АНАМНЕЗ ЖИЗНИ</b>	0-7
5	<b>ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:</b>	0-8
6	<b>ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	0-7
7	<b>КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА</b>	0-10
8	<b>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ</b>	0-7
9	<b>ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ</b>	0-8
10	<b>ЛЕЧЕНИЕ</b>	0-9
11	<b>ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ</b>	0-7
12	<b>ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме</b>	0-7
13	<b>ДНЕВНИК</b>	0-7
14	<b>ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ</b>	0-7
	<b>Всего баллов</b>	<b>Сумма баллов</b>

### **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 стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических 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 стоматологии

*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 стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических 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 стоматологических заболеваний;
- современную классификацию стоматологических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики стоматологических 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 стоматологической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов со стоматологической 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 стоматологических заболеваний 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 стоматологической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

7

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения стоматологических заболеваний у детей, методами консервативного лечения и профилактики стоматологических заболеваний 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 стоматологической патологией;

- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;

- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;

- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку пациентов;

- 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 и профилактики стоматологических заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей.

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.