

Министерство здравоохранения Российской Федерации

АВТОНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ИНСТИТУТ СОВРЕМЕННОЙ
СТОМАТОЛОГИИ»

ОДОБРЕНО

Ученым советом АНО ВО «Институт
современной стоматологии»

«23» 01 2024 г. протокол № 3

УТВЕРЖДЕНО

Ректор

АНО ВО «Институт современной
стоматологии»

К.М. [подпись] В. Стوماتов

«23» 01 2024 г. протокол № 3



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ
ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛЮСТНО - ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
по специальности

31.08.72 Стоматология общей практики

Блок 1

Вариативная часть (Б1.Э.1)

Уровень образовательной программы: высшее образование.

Подготовка кадров высшей квалификации

Вид программы – практикоориентированная

Форма обучения

Очная

Пенза

2024

Фонд оценочных средств учебной дисциплины (модуля) «Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области» разработан преподавателями Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии»

Авторы рабочей программы:

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Стоматов Александр Владимирович	к.м.н., доцент	Ректор АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»
2.	Стоматов Дмитрий Владимирович	к.м.н.	Доцент АНО ВО «Институт современной стоматологии»	АНО ВО «Институт современной стоматологии»

Фонд оценочных средств к рабочей программе учебной дисциплины (модуля) «Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области» утвержден на ученом совете Автономной некоммерческой организации высшего образования «Институт современной стоматологии» 23 января 2024г. протокол № 3.

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

фонда оценочных средств учебной дисциплины (модуля) «Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области» основной профессиональной образовательной программы высшего образования - программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.72 Стоматология общей практики

**Ректор АНО ВО «Институт
современной стоматологии»**

_____ (дата)

_____ (подпись)

**Проректор АНО ВО «Институт
современной стоматологии»**

_____ (дата)

_____ (подпись)

3. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ, ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КОМПЕТЕНЦИЙ, ФОРМИРУЕМЫХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

3.1. Текущий контроль

ФОС текущего контроля используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью (в том числе самостоятельной) обучающегося. ФОС текущего контроля обеспечивает оценивание хода освоения разделов и тем учебной дисциплины (модуля). В условиях балльно-рейтинговой системы контроля результаты текущего оценивания используются как показатель текущего рейтинга обучающегося.

3.2. Промежуточная аттестация

ФОС промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) предназначается для оценки степени соответствия сформированных компетенций у обучающихся с требованиями ФГОС ВО. Промежуточная аттестация проводится в форме, установленной учебным планом программы: зачет, дифференцированный зачет, экзамен, курсовая работа, отчет.

4. Оценочные средства текущего контроля

4.1. Текущий контроль

4.1.1. Контрольные вопросы (задания), выявляющие теоретическую подготовку ординатора:

№	Содержание вопроса (задания)	Индексы проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
1.	Назовите хирургические методы лечения хронического периодонтита?	ПК-1; ПК-2
	Ответ: к хирургическим методам лечения хронического периодонтита можно отнести: удаление зуба, ремплантацию, операция резекции верхушки корня, гемисекцию, ампутацию корня.	
2	Дайте определение понятия «периодонтит»?	ПК-1, ПК-2
	Ответ: периодонтит (periodontitis) — воспаление тканей, расположенных в периодонтальной щели (периодонт). Он может быть инфекционным, травматическим и медикаментозным.	
3	Этиология острых периодонтитов?	УК-1, ОПК-4

	<p>Ответ: острые периодонтиты развиваются под действием смешанной флоры, где преобладают стрептококки, иногда стафилококки и пневмококки. Могут обнаруживаться палочковидные формы (грамположительные и грамотрицательные), анаэробная инфекция.</p>	
4	<p>С какими заболеваниями дифференцируют острый периодонтит?</p>	ОПК-5, ПК-2
	<p>Ответ: острый периодонтит дифференцируют от острого пульпита, периостита, остеомиелита челюсти, нагноения корневой кисты, острого одонтогенного гайморита.</p>	
5	<p>Хронический периодонтит это?</p>	ОПК-5
	<p>Ответ: хронический периодонтит (верхушечный) — хроническое воспаление периодонта, возникающее как переход острого процесса в хронический или формирующееся, минуя острую стадию.</p>	
6	<p>Определение понятия "периостит"?</p>	ПК-2
	<p>Ответ: периостит - это заболевание, которое характеризуется распространением воспалительного процесса на надкостницу альвеолярного отростка и тела челюсти из одонтогенного и неодонтогенного очага.</p>	
7	<p>Профилактика периодонтита?</p>	ОПК-5, ПК-2
	<p>Ответ: профилактика основывается на санации полости рта, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, а также проведения гигиенических мероприятий</p>	
8	<p>Какие стадии или фазы выделяют в развитии одонтогенный остеомиелит?</p>	ОПК-5, ПК-2
	<p>Ответ: одонтогенный остеомиелит челюсти имеет три стадии или фазы: острую, подострую и хроническую.</p>	
	<p>Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
1.	<p>Перечислите границы околоушно-жевательной области?</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	<p>Ответ: границы околоушно-жевательной области: верхняя – нижний край скуловой дуги и скуловой кости; нижняя – основание тела нижней челюсти; передняя – передний край жевательной мышцы, задняя- задний край ветви нижней челюсти</p>	
2.	<p>В чем отличие флегмоны от абсцесса?</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	<p>Ответ: абсцесс- это ограниченное гнойное воспаление клетчатки с образованием полости, а флегмона это разлитое гнойное воспаление подкожной, межмышечной и межфасциальной клетчатки.</p>	
3.	<p>Назовите границы поднижнечелюстного треугольника?</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	<p>Ответ: границы поднижнечелюстного треугольника: верхняя — челюстно-подъязычная мышца, листок собственной фасции шеи; нижняя — переднее и заднее брюшко двубрюшной мышцы и поверхностный листок собственной фасции шеи; наружная — внутренняя поверхность основания нижней челюсти.</p>	
4.	<p>Этиология абсцессов и флегмон?</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	<p>Ответ: в качестве возбудителей при абсцессах и флегмонах</p>	

	выделяют резидентную смешанную микрофлору одонтогенных очагов, в которой преобладают различные виды стафилококков или стрептококк. Наиболее часто в качестве возбудителя выделяется белый или золотистый стафилококк.	
5.	Стадии развития воспалительных реакций тканей?	УК-1, ПК-2
	Ответ: различают следующие стадии: I — отек, II — инфильтрации, III — гнойного расплавления тканей, IV — некроза, V — ограничения очага с образованием грануляционного вала.	
6.	Что такое аденофлегмона?	ПК-2
	Ответ: разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и окружающей его клетчатки.	
7.	Этиология лимфангита?	ПК-2
	Ответ: микробными агентами являются патогенные стафилококки, реже - стрептококки и их ассоциации.	
8.	Профилактика развития одонтогенных воспалительных заболеваний ?	ПК-2
	Ответ: своевременная санация очагов инфекции в полости рта	

4.1.2. Тестовые задания:

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
1.	Клиническим признаком периостита челюсти является: А) кратковременная боль в причинном зубе; Б) гематома лица В) гиперемия лица Г) выбухание подъязычных валиков Д) отёк переходной складки	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: Д	
2	Образование свища характерно для: А) острого периодонтита; Б) хронического периодонтита; В) хронического гранулирующего периодонтита; Г) хронического пульпита; Д) глубокого кариеса.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
3	Причиной патологической подвижности зубов при хроническом остеомиелите является: А) повреждением пародонта; Б) несвоевременное удаление "причинного зуба"; В) расположение зубов в зоне секвестрации; Г) гибель пульпы зуба; Д) разрушение круговой связки зуба.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: В	

4	Хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях зуба приводит к формированию: А) радикулярной кисты; Б) кератокисты; В) фолликулярной кисты; Г) амелобластомы; Д) остеомиелита.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
5	Сроки формирования секвестров на верхней челюсти составляют: А) 3-4 дня; Б) 3-4 недели; В) 2-3 года; Г) 7-10 дней; Д) 20-25 дней;	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: Б	
6	При секвестрирующей форме остеомиелита на рентгенограмме определяется: А) один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре; Б) очаг деструкции кости с множеством мелких секвестров; В) эндостальное и периостальное новообразование кости; Г) оссификация утолщённого периоста Д) очаг деструкции кости с нечеткими контурами.	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
7	При отсутствии положительной динамики консервативного лечения хронического гранулематозного периодонтита однокорневого зуба в области верхушки корня проводится: А) удаление зуба; Б) повторное эндодонтическое лечение; В) гемисекция; Г) ампутация корня; Д) резекция верхушки корня;	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: Д	
8.	При лечении хронического остеомиелита челюсти необходимо провести: А) секвестрэктомию; Б) периостотомию; В) цистэктомию; Г) цистотомию; Д) удаление зуба	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
9.	Отток гноя при локализации периостита с нёбной стороны обеспечивается: А) послойным рассечение тканей с последующим ушиванием раны; Б) иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2

	треугольной формы; В) линейным разрезом на всю длину инфильтрата; Г) дренированием воспалительного очага резиновым катетером; Д) удалением зуба.	
	Эталонный ответ: Б	
10.	Методом профилактики посттравматического остеомиелита челюстей является: А) ранняя и надёжная иммобилизация отломков; Б) временная иммобилизация отломков; В) отсроченная иммобилизация отломков; Г) физиотерапия; Д) антибиотикотерапия	УК-1, ОПК-4, ПК-1, ПК-2
	Эталонный ответ:	
	Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей	УК-1, УК-4, ПК-2
1.	Инструкция: Выберите один правильный ответ. Верхней границей подглазничной области является: А) скулочелюстной шов; Б) нижний край глазницы; В) край грушевидного отверстия; Г) альвеолярный отросток верхней челюсти .	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: Б	
2.	Аденофлегмоны развиваются по причине: А) абсцедирующего фурункула; Б) периапикального воспаления; В) паренхиматозного сиаладенита; Г) распространения воспалительного процесса из других областей; Д) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла.	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: Д	
3.	Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются: А) подвижность всех зубов на челюсти; Б) воспалительный инфильтрат без четких границ положительный симптом нагрузки; В) муфтообразный, без четких границ инфильтрат симптом Венсана, подвижность зубов; Г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки.	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: В	
4.	Какие признаки характерны для флегмоны подвисочной и крылонебной ямок: А) острое начало; Б) раннее ограничение открывания рта; В) боли, отдающие в висок и глаз; Г) отек языка Д) правильный ответ не представлен.	УК-1, УК-4, ПК-2

	Эталонный ответ: Д	
5.	<p>Какие объективные признаки характерны для флегмоны подподбородочной области:</p> <p>А) припухлость тканей книзу; Б) рот полуоткрыт; В) отек языка; Г) слизистая оболочка полости рта в подъязычной области как в передних, так и в боковых отделах не изменена; Д) гиперсаливация</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: В	
6.	<p>Специфическим лимфаденитом называется лимфаденит, вызванный:</p> <p>А) лучистым грибом; Б) стафилококком; В) стрептококком; Г) стафилококком в сочетании со стрептококком; Д) пневмакокки.</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
7.	<p>Методом диагностики, позволяющим дифференцировать хронический лимфаденит от дермоидных и эпидермальных кист, являются:</p> <p>А) пункция; Б) сиалография; В) ангиография; Г) сцинтиграфия; Д) биопсия.</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
8.	<p>Реабилитационным мероприятием при флегмоне подчелюстной области является:</p> <p>А) антибиотикотерапия; Б) внутриротовой разрез; В) наружный разрез; Г) удаление причинного зуба; Д) физиотерапия;</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: Д	
9.	<p>В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:</p> <p>А) вскрыть гнойный очаг; Б) назначить физиотерапевтическое лечение; В) начать иглорефлексотерапию; Г) сделать новокаиновую блокаду; Д) назначить консервативное лечение</p>	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: А	
10.	<p>При вскрытии поднадкостничного абсцесса возможно ранение:</p> <p>А) слизистой оболочки щеки подбородочного нерва и артерии; Б) околоушной слюнной железы;</p>	УК-1, УК-4, ПК-2

	В) языка; Г) подбородочного нерва и артерии; Д) десны.	
	Эталонный ответ: Г	
11.	Симптом Венсана возникает при: А) острым перикаронтарите; Б) острым периодонтите нижних моляров; В) периостите в области нижних моляров; Г) радикулярной кисте в области нижних резцов; Д) острым остеомиелите в области нижних моляров.	УК-1, УК-4, ПК-2
10.	Количество лимфатических узлов в подбородочной области составляет: А) 1-4; Б) 10-15; В) 8-10; Г) 5-8 Д) 8-12	УК-1, УК-4, ПК-2
	Эталонный ответ: А	

4.1.3. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора:

№	Содержание задания	Индексы проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5
1.	Перечислите этапы операции удаления зуба?	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: операция удаления зуба складывается из следующих этапов: наложение щипцов; продвижение щечек щипцов под десну; смыкание щипцов, вывихивание зуба, извлечение из лунки.	
2.	Назовите хирургические методы лечения острого периостита?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: при острым гнойном периостите челюсти проводят неотложное хирургическое вмешательство — вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата (первичная хирургическая обработка гнойной раны).	
3.	Лечение хронического периостита челюсти?	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: терапию хронического периостита начинают с удаления одонтогенного патологического очага. Назначают физические методы лечения: ионофорез димедрола, димексда, хлорида кальция, йодида калия, а также лазерную терапию гелий-неоновыми лучами.	
4.	Какой прогноз развития хронического периостита челюсти?	ОПК-5
	Ответ: при хроническом периостите челюсти прогноз благоприятный. Процесс с надкостницы может переходить на	

	кость и тогда развивается хронический гиперпластический остеомиелит.	
5.	С какими заболеваниями дифференцируют хронический периостит челюсти?	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: при хронических формах периостита челюсти требуется дифференциальная диагностика с хроническим остеомиелитом челюсти, а также с некоторыми опухолями и опухолеподобными поражениями.	
6.	Каким должно быть лечение при остром остеомиелите?	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: терапия при острой стадии остеомиелита челюсти должна быть комплексной, проводиться в стоматологическом стационаре. Она состоит из хирургического вмешательства — первичной обработки гнойных очагов в надкостнице, кости, прилежащих к ней мягких тканей и противовоспалительной, дезинтоксикационной, общеукрепляющей, стимулирующей, симптоматической терапии.	
7.	Местное лечение острого остеомиелита?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: при местном лечении проводят срочную первичную хирургическую обработку гнойных очагов (удаление зуба — источника инфекции), вскрытие гнойных очагов под надкостницей, в кости и околожелюстных мягких тканей, дренирование.	
8.	Профилактика остеомиелита?	УК-1, УК-4; ОПК-5
	Ответ: профилактика заключается в своевременном и правильном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, общем оздоровлении организма, особенно у пациентов с нарушениями иммунитета, иммунодефицитными заболеваниями и состояниями.	
	Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей	УК-1, ПК-1, ПК-2
1.	Назовите клинические признаки флегмоны подвисочной области?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: к признакам флегмоны подвисочной области относятся: выраженная интоксикация, обширный отек мягких тканей в форме «песочных часов», воспалительная контрактура челюстей.	
2.	Хирургическое лечение флегмоны поднижнечелюстного треугольника?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	Ответ: оперативное лечение заключается в проведении разреза со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже края нижней челюсти и параллельно ему, рассекая послойно кожу, подкожную клетчатку, подкожную мышцу шеи, поверхностную и собственную фасции шеи, обязательно вводят палец в глубь операционной раны и, осторожно отодвигая поднижнечелюстную слюнную железу. При обнаружении лицевой артерии лигируют ее. Проводят эвакуацию гноя, некротомию и антисептическую и антибактериальную обработку раны.	
3.	Опишите последовательность рассечения тканей при	УК-1, ПК-1, ПК-2

	вскрытии абсцесса корня языка ?	
	<p>Ответ: послойное рассечение по срединной линии подподбородочной области кожа, подкожная жировая клетчатка, поверхностная фасция шеи, поверхностная и глубокая пластинки собственной фасции шеи. Рассечение челюстно-подъязычной мышцы. Раздвижения волокон подбородочно-язычных и подбородочно-подъязычных мышц, после чего в отдельности дренируются три клетчаточных пространства в области корня языка.</p> <p>Антибактериальная и противовоспалительная терапия</p>	
4	Хирургическое лечение абсцесс или флегмон подбородочной области?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: хирургическое вмешательство заключается во вскрытии гнойного очага разрезом через кожу от края нижней челюсти к подъязычной кости. После рассечения кожи и подкожной клетчатки, оттянув в стороны края раны, тупым путем или, рассекая глубже расположенные ткани по средней линии, проходят до челюстно-подъязычной мышцы.</p>	
5.	Характерные дифференциально-диагностические критерии при актиномикотическом лимфадените шеи?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: медленное развитие и хроническое течение с периодическими обострениями; одностороннее поражение, отсутствие явлений интоксикации; фомирование плотного воспалительного инфильтрата без четких границ, слабо болезненного пальпаторно; со временем образуются участки размягчения и спонтанное вскрытие с развитием свищей со скудным отделяемым (последнее при внешнем осмотре содержит крупинки – макроскопические друзы или мицелии грибка актиномицета; сравнительно быстро свищевые ходы закрываются и на место них образуются втянутые рубцы, что придает пораженной синюшно-багровой коже складчатый вид; отсутствие значительного терапевтического эффекта при антибиотикотерапии.</p>	
6.	Причины развития абсцессов и флегмон поднижнечелюстного треугольника?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: они развиваются в результате воспалительных процессов, распространяющихся от нижних малых и больших коренных зубов, реже — из крыловидно-нижнечелюстного пространства, подъязычной области, в том числе челюстно-язычного желобка, подподбородочного треугольника.</p>	
7.	Какие осложнения при флегмоне околоушно-жевательной области?	УК-1, ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: флегмона осложняется дальнейшим распространением воспалительных явлений на щечную, скуловую, височную, поднижнечелюстную, позадичелюстную области, крыловидно-нижнечелюстное пространство, подвисочную ямку. Длительное течение воспалительного процесса в области жевательной мышцы, несвоевременное оперативное вмешательство могут привести к некрозу кортикальных отделов ветви нижней челюсти — развитию вторичного кортикального остеомиелита.</p>	
8.	Профилактика развития лимфаденита ?	УК-1, ПК-1, ПК-2

	Ответ: профилактика заключается в санации полости рта и ЛОР-органов, а также в повышении противомикробной резистентности организма	
--	--	--

5.1. Промежуточная аттестация

5.1.1 Тестовые задания (этап междисциплинарного тестирования):

№	Содержание тестового задания	Индексы проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	УК-1, УК-4; ОПК-4
1.	К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят: А) миозит; Б) коллапс; В) невралгию; Г) остеомиелит; Д) паротит.	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: Г.	
2	В комплексном лечении воспалительных процессов челюстно- лицевой области входит терапия : А) антибактериальная; Б) лучевая; В) фотодинамическая; Г) мануальная; Д) гомеопатическая.	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: А	
3	По характеру клинического течения различают остеомиелит: А) острый, подострый, хронический и обострившийся; Б) ограниченный, очаговый и разлитой; В) легкой, средней тяжести и тяжелая форма; Г) литическая и секвестрирующая форма; Д) одонтогенной и травматической этиологии.	ОПК-4
	Эталонный ответ: А	
4	При лечении хронического остеомиелита челюсти необходимо провести: А) секвестрэктомию; Б) периостотомию; В) цистэктомию;	ОПК-4

	Г) цистотомию Д) удаление причинного зуба.	
	Эталонный ответ: А	
5	Отток гноя при локализации периостита с небной стороны обеспечивается: А) иссечением участка слизистой оболочки над инфильтратом треугольной формы; Б) послойным рассечение тканей с последующим ушиванием раны; В) линейным разрезом на всю длину инфильтрата; Г) дренированием воспалительного очага резиновым катетером; Д) удалением зуба.	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: А	
6	Дифференциальную диагностику периостита с остеомиелитом (в хронической стадии), кистой и остеомой проводят на основании: А) данных ЭОД; Б) анамнестических данных; В) инцизионной биопсии ; Г) цитологических данных; Д) клинико-рентгенологических данных	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: Д	
7	Профилактикой хронического периодонтита является: А) лечение кариеса; Б) адекватное эндодонтическое лечение; В) профессиональная гигиена полости рта; Г) рем-терапия; Д) лечение некариозных поражений	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: Б	
8	При периостите челюсти пациент в основном жалуется на боль в: А) челюсти и припухлость лица; Б) челюсти при смыкании зубов; В) причинном зубе и при глотании; Г) в нескольких зубах при жевании; Д) жалобы отсутствуют	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: А	
9	Резекция верхушки корня проводится при лечении: А) резцов и клыков; Б) третьих моляров нижней челюсти; В) вторых моляров нижней челюсти; Г) третьих моляров верхней челюсти Д) премолярах верхней челюсти	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Эталонный ответ: А	
10	Неотложным показанием к удалению зуба является: А) причинный зуб при остром остеомиелите челюсти; Б) ретенция и дистопия зуба; В) сверхкомплектный зуб; Г) хронический гранулематозный периодонтит; Д) хронический сиагоденит.	УК-1, УК-4; ОПК-4

	Эталонный ответ: А	
	Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей	ПК-1,ПК-2
1	Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс: А) в щечной области; Б) в подвисочной ямке; В) в подъязычной области; Г) в жевательной мышце ; Д) в позадинижнечелюстном и окологлоточном пространстве.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: В.	
2	Возбудителями при ангине Людвига являются: А) бледные спирохеты; Б) туберкулезные микобактерии ; В) стафилококки, стрептококки; Г) лучистые грибы, стафилококки4 Д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: Д.	
3	Каким методом вскрывают поднадкостничный абсцесс: А) линейный разрез параллельно альвеолярному краю; Б) иссечение небольшого участка мягких тканей треугольной формы; В) линейный разрез перпендикулярно срединному нёбному шву; Д) линейный разрез параллельно срединному нёбному шву.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: В	
4	Абсцесс - это: А) это разлитой процесс в костной ткани; Б) воспалительный разлитой процесс в мягких подкожных тканях, межмышечных и паренхиматозных органах; В) гнойное локализованное, ограниченное воспаление; Г) воспалительный процесс тканей; Д) ни одно определение не подходит.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: В	
6	Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне: А) срединный (в подбородочной области); Б) воротникообразный; В) в поднижнечелюстной области, параллельно к телу нижней челюсти; Г) в поднижнечелюстной области, перпендикулярно к телу челюсти.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: В	
7	При воспалительном процессе околоушной области разрез для вскрытия очага производится: А) перед ушной раковиной; Б) окаймляющий угол нижней челюсти; В) перед грудино-ключично-сосцевидной мышцей; Г) по переднему краю ветви нижней челюсти; Д) любым разрезом из вышеперечисленных.	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: А	
8	Какой разрез проводится для дренирования абсцесса поднижнечелюстной области:	ПК-1,ПК-2

	<p>А) разрез по переходной складке; Б) разрез позади бугра верхней челюсти; В) позадищелюстной разрез; Г) разрез в области челюстно-язычного желобка; Д) линейный разрез (6-8 см) параллельно нижнему краю тела нижней челюсти и на 1,5-2 см. ниже края.</p>	
	Эталонный ответ: Д	
9	<p>Какие этиологические факторы абсцесса, флегмоны подбородочной области: А) гнойные процессы от нижних резцов и клыков; Б) гнойные подбородочные лимфадениты; В) фурункул нижней губы или подбородка; Г) распространение из соседних областей (подъязычной, поднижнечелюстной); Д) все перечисленное.</p>	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: Д	
10	<p>Предупредить развитие осложнений при лечении воспалительных заболеваний мягких тканей можно: А) назначением нестероидных противовоспалительных препаратов; Б) назначением антибиотикотерапии; В) назначением антисептиков; Г) проведением физиотерапии.</p>	ПК-1,ПК-2
	Эталонный ответ: Б	

5.1.2. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание вопроса	Индексы проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	УК-1, УК-4; ОПК-4
1.	Назовите причины роста числа больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	<p>Ответ: к таким причинам можно отнести:</p> <ul style="list-style-type: none"> - запоздалую обращаемость за медицинской помощью, которая связана с недостаточно активным проведением санитарно-просветительной работы среди населения; - врачебные ошибки, допущенные в догоспитальный период лечения, а нередко и самолечение больных; - установившийся стереотип в назначении медикаментозной терапии (пенициллина, стрептомицина, олететрина, сульфадимезина, норсульфазола и др.); - поздняя диагностика заболеваний и развившихся осложнений, а следовательно, и неправильная тактика лечения; - изменения видового состава возбудителей заболеваний и снижение реактивности. 	

2.	Что представляет собой понятие «остеомиелит»?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: остеомиелит челюстей представляет собой инфекционно - аллергический гнойно- некротический процесс, который развивается в кости под воздействием как внешних (физических, химических, биологических), так и внутренних (нейрогуморальных, аутоин- токсикации) факторов.	
3.	Что происходит в фазе эксудации при периодонтите?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: в фазе экссудативного процесса нарастают воспалительные явления, образуются микроабсцессы, расплавляются ткани периодонта и формируется ограниченный гнойник.	
4.	На основании каких клинических критериев должна основываться диагностика острого одонтогенного остеомиелита челюсти?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: острое начало и сравнительно быстрое нарастание признаков воспаления в пораженном участке челюсти; наличие анамнестически или непосредственно при осмотре выявляемого «причинного» зуба (как правило, обострившегося хронического периодонтита); интенсивные боли в проекции челюсти с охватом группы вовлеченных в воспалительный процесс зубов, обычно иррадиирующие по ходу ветвей тройничного нерва; явления интоксикации организма (температурная реакция, бледность кожных покровов, озноб, общая слабость и пр.) в отличие от острого гнойного периостита челюсти; нередко выявляется подвижность и гноетечение из десневых карманов в области группы зубов; отрицательная динамика после вскрытия субпериостального абсцесса; изменения в костной ткани на рентгенограммах не выявляются в острой фазе заболевания.	
5.	Перечислите отличительные клинко- рентгенологические признаки хронического периостита нижней челюсти ?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: отсутствие острого начала заболевания; безболезненное выбухание в проекции тела челюсти полушаровидной формы на широком основании с четкими контурами; кожа и слизистая оболочка над пальпируемым выбуханием обычно не изменены в цвете, не определяются коллатеральный отек и воспалительный инфильтрат; анамнестически и/или при клиническом осмотре выявляется «причинный» зуб, который является источником инфицирования и развития заболевания; болевой симптом не выражен, могут отмечаться лишь пальпаторно слабовыраженные болевые ощущения; рентгенологически отмечаются послойные периостальные наслоения в проекции пораженного участка челюсти, подтверждающие волнообразное и хроническое течение заболевания.	
6.	Профилактические мероприятия по предупреждению развития периодонтита?	УК-1, УК-4; ОПК-4

	Ответ: профилактика основывается на санации полости рта, правильном и своевременном лечении кариеса и его осложнений, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, проведения гигиенических процедур.	
7.	Что относится к реабилитационным мероприятиям при лечении остеомиелита?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: проведение физиотерапии	
8.	Какое лечение проводится при остром гнойном периостите?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: комплексное, состоящее из оперативного вскрытия гнойника и консервативной лекарственной терапии	
	Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей	УК-1, УК-4; ОПК-4
1.	Границами подподбородочного треугольника являются ?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: верхняя – челюстно-подъязычная мышца, нижняя – поверхностная фасция шеи; боковые – переднее брюшко правой и левой дубрюшной мышц.	
2.	Перечислите границы крыловидно-нижнечелюстного пространства?	УК-1, УК-4; ОПК-4
	Ответ: наружная – ветвь нижней челюсти, внутренняя-медиальная крыловидная мышца, верхняя – латеральная крыловидная мышца.	
3.	С какими заболеваниями дифференцируют аденофлегмону? Ответ: аденофлегмону дифференцируют от актиномикоза и туберкулеза.	УК-1, ОПК-4
4.	Назовите клинические формы хронического лимфаденита? Ответ: хронический гиперпластический и хронический обострившейся (гнойный) лимфаденит.	УК-1, ОПК-4
5.	Основным методом лечения абсцессов и флегмон является ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: хирургический.	
6.	Развитие каких осложнений возможно при лечении абсцессов и флегмон?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: возможно развитие медиастенита, внутричерепных гнойных процессов, сепсиса.	
7.	Как производится разрез при флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: разрезом со стороны кожных покровов окаймляющим угол нижней челюсти	
8.	Профилактика развития аденофлегмон ?	УК-1, ОПК-4
	Ответ: профилактика заключается в санации полости рта и ЛОР-органов, а также в повышении противомикробной резистентности организма	

5.1.3 Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку ординатора (этап собеседования):

№	Содержание вопроса	Индексы
---	--------------------	---------

		проверяемых компетенций
	Диагностика и лечение одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно - лицевой области	УК-1, УК-4; ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
1.	Перечислите показания к резекции верхушки корня?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: к показаниям относятся:</p> <ul style="list-style-type: none"> -перелом верхней трети корня; -искривление верхушки корня, препятствующее проведению эндодонтическому лечению; -перелом инструмента в корневом канале; -избыточное введение пломбировочного материала за верхушку и распространение его под надкостницу; -поднадкостничные гранулемы; -околокорневые кисты, в полости которых находятся верхушки корней зубов. 	
2.	Перечислите противопоказания к резекции верхушки корня?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: к противопоказаниям относят:</p> <ul style="list-style-type: none"> -пародонтит; - острый и обострившийся хронический периодонтит; - подвижность зуба; - обнажение анатомической шейки зуба; - апиколатеральные и латеральные гранулемы; - отсутствие части передней стенки альвеолы; - пожилой возраст. 	
3.	У пациента отмечается пальпаторно слабо болезненное утолщение тела нижней челюсти и по нижнему своду преддверия полости рта. В анамнезе указываются наличие «причинного» зуба и неоднократные попытки эндодонтического лечения. В проекции патологического очага выявлен свищ с гнойным отделяемым. Рентгенологически – очаг деструкции с нечеткими контурами, послойные периостальные наслоения с вестибулярной стороны. Поставьте диагноз?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: хронический одонтогенный остеомиелит</p>	
4.	Комплекс общего лечения остеомиелита при нормергическом течение заболевания?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: проводят противовоспалительную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую, стимулирующую и симптоматическую терапию, а также физиотерапию</p>	
5.	В области каких зубов проводят гемисекцию ?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Ответ: операцию проводят чаще в области первых и вторых моляров на верхней и нижней челюсти.</p>	
6.	За какой временной промежуток развивается хроническая стадия остеомиелита?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2

	Ответ: на 4-5 неделе заболевания.	
7.	У пациента после пломбировки корневых каналов зуба 3.6. появились в области последнего интенсивные постоянные боли с очень короткими светлыми промежутками, иррадирующие по ходу ветвей тройничного нерва. Болевой симптом усиливается при «накусывании», горизонтальном положении тела пациента и от теплого. Общее состояние удовлетворительное, отмечается умеренный отек в области увеличенных поднижнечелюстных лимфатических узлов. При осмотре полости рта наблюдались изменение цвета коронка «причинного» зуба, резкая болезненность при перкуссии и пальпации в области верхушки его корня. Коллатеральный отек слизистой оболочки ограничен десной в проекции зуба 3.6. Рентгенологически выявлено расширение периодонтального пространства в апикальной части указанного зуба. Пломбировочный материал выведен за верхушку медиального корня нижнего первого моляра. Окружающая костная ткань без изменений. Поставьте диагноз ?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Ответ: острый апикальный периодонтит	
8.	Профилактика острого периостита челюсти заключается ?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Ответ: в санации полости рта и лечении хронических одонтогенных очагов	
9.	Какие физиотерапевтические методы лечения возможно использовать при лечении хронического периостита челюсти?	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	Ответ: йонофорез, лазерную терапию, гелий неоновый лазер	
	Одонтогенные воспалительные заболевания мягких тканей	ОПК-4, ОПК-5
1.	Как производиться делают разрез при небном абсцессе?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: разрез проводят в области наибольшего выбухания тканей, немного отступя от основания альвеолярного отростка, или у средней линии неба, параллельно ей.	
2.	Перечислите физиотерапевтические методы которые применяются после вскрытия абсцессов и флегмон?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: применяют УФО, УВЧ, ультразвук, флюктуоризация, электрофорез с различными препаратами, гелий неоновый лазер.	
3.	Как выполняется разрез при вскрытии флегмоны крыловидно- нижнечелюстного пространства?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: разрез проводится со стороны кожных покровов, который окаймляет угол нижней челюсти, достигнув кости в области угла и основания нижней челюсти, отделяют или отсекают нижней угол крыловидной мышцы, проникают тупым путем кверху на внутреннюю поверхность ветви нижней челюсти к участку скопления гноя.	
4.	Схема лечения острого лимфаденита?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: первичная хирургическая обработка гнойной раны и медикаментозное воздействие на очаг воспаления.	

5.	У пациента обнаружено болезненное выбухание на твердом небе округлой формы, которое появилось неделю назад и постепенно увеличивалось в размерах. Флюктуация отсутствует, окружающая слизистая оболочка неба без изменений. Рентгенологически выявлена периапикальная гранулема у небного корня верхнего первого моляра. Поставьте диагноз?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: небный абсцесс	
6.	Особенности оперативного лечения при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного треугольника ?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: разрез проводится со стороны кожи в поднижнечелюстном треугольнике, ниже края нижней челюсти и параллельно ему	
7.	Профилактика развития одонтогенных воспалительных заболеваний ?	ОПК-4, ОПК-5
	Ответ: своевременная санация очагов инфекции в полости рта	

1.2.3. Примеры ситуационных задач (этап собеседования):

№	Содержание задачи	Индексы проверяемых компетенций
<i>Тема учебной дисциплины</i>		
1.	<p>Ситуационная задача: Пациент Г., 29 лет. Беспокоят сильные распирающие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева и нос. Из анамнеза — зуб 26 заболел 3 дня назад. За медицинской помощью не обращался. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 37,6°C. Дыхание везикулярное, ЧД — 17/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 86/мин, АД — 120/85 мм Hg. Выражен отек в щечной области слева, пальпация болезненна, зуб 26 разрушен кариозным процессом, перкуссия болезненна, переходная складка сглажена. Определяется патологическая подвижность зубов 24-25-26-27. Мягкие ткани в области клыковой ямки уплотнены, костная ткань недостижима при пальпации. Отмечается снижение чувствительности кожи верхней губы слева. Рентгенограмма околоносовых пазух — левая верхнечелюстная пазуха субтотально затемнена, определяется горизонтальный уровень жидкости, костно-деструктивных изменений не выявлено.</p>	ОПК-4, ОПК-5
	<p>Вопрос № 1. Предположительный диагноз. Ответ: диагноз: острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева (от 26 зуба), субпериостальный абсцесс на уровне 26 зуба. Острый одонтогенный синусит верхнечелюстной пазух слева.</p>	
	<p>Вопрос № 2 План лечения? Ответ: данный пациент нуждается в неотложном оперативном вмешательстве (хирургическая обработка гнойного очага), которое будет заключаться в: 1) удалении</p>	

	<p>причинного 26 зуба;2) периостотомии, хирургической обработке субпериостального абсцесса;</p> <p>3) санации и дренировании верхнечелюстной пазухи (посредством пункции либо постановки постоянного синус-катетера);</p> <p>4) при возникновении синус-орального соустья использовании лунки 26 зуба для санации верхнечелюстной пазухи, а после купирования воспаления в обязательном порядке — в оперативном устранении соустья. Антибактериальная терапия: эмпирическая (антибиотик широкого спектра действия + антисептик местно + химиопрепарат — метронидазол) до получения результатов посева, после получения результата — коррекция по показаниям. Обезболивание. Дезинтоксикационная терапия по показаниям.</p>	
2.	<p>Ситуационная задача: Пациент В. 19 лет жалуется на боль и припухлость в области твёрдого нёба слева, болезненность при приёме пищи, головную боль, слабость, повышение температуры тела.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: 4 дня назад у пациента появилась боль в зубе 2.4. Накусывание на зуб было болезненным. К врачу не обращался. Полоскал рот тёплым раствором ромашки. Позднее боль в зубе стала стихать, но появилась боль и припухлость со стороны твёрдого нёба. Повысилась температура тела.</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: аллергические реакции отрицает, считает себя практически здоровым.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,9 °С.</p> <p>При осмотре: конфигурация лица не изменена. Открывание рта свободное, безболезненное, в полном объёме. При пальпации поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен, слабоболезненный.</p> <p>В полости рта: зуб 2.4 под пломбой. Зуб изменен в цвете. Перкуссия зуба 2.4 слабоболезненна. На твёрдом нёбе в области зуба 2.4 определяется припухлость полушаровидной формы. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отёчна, пальпируется инфильтрат с размягчением и флюктуацией.</p> <p>На рентгенограмме: в области верхушки корня зуба 2.4 отмечается очаг деструкции костной ткани с нечёткими контурами.</p> <p>Вопрос № 1 . Поставьте те диагнозы? Ответ: нёбный абсцесс слева в области зуба 2.4.</p>	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Вопрос № 2. Проведите дифференциальную диагностику? Ответ: Острый или обострение хронического периодонтита зуба 2.4, острый остеомиелит верхней челюсти слева, мукоэпидермоидная карцинома малой слюнной железы, травма</p>	
	<p>Вопрос № 3 Составьте план комплексного лечения врачами-</p>	

	<p>стоматологами различного профиля</p> <p>Ответ: Рентгенография зуба 2.4. Совместный осмотр ортопеда-стоматолога, терапевта-стоматолога для решения вопроса о возможности сохранения зуба 2.4. Вскрытие небного абсцесса. Лечение 2.4 или его удаление.</p>	
	<p>Вопрос № 4 Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения?</p> <p>Ответ: 1. Анестезия у большого небного отверстия и инфильтрационная анестезия. 2. Вскрытие небного абсцесса (проведение разреза, предпочтительно с иссечением фрагмента из стенки гнойника треугольной формы, что обеспечивает более свободный отток гноя). 3. Антисептическая обработка.</p>	
	<p>Вопрос № 5 Профилактика небного абсцесса ?</p> <p>Ответ: своевременное лечение кариеса и его осложнений</p>	
3	<p>Ситуационная задача: Пациент Ф. 35 лет обратился в клинику с жалобами на боль в области верхней челюсти слева, припухлость щеки слева.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: последнее посещение врача-стоматолога было около 5 лет назад.</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: со слов пациента, считает себя практически здоровым. Сифилис, ВИЧ, гепатиты, туберкулез отрицает.</p> <p>Местный статус: конфигурация лица изменена за счёт коллатерального отёка мягких тканей щёчной и околоушно-жевательной областей слева, кожа в цвете не изменена. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны.</p> <p>В полости рта: определяется гиперемия и отёк слизистой оболочки, выбухание переходной складки в области верхней челюсти слева в проекции 2.5, 2.6, 2.7 зубов. Коронковая часть 2.7 зуба полностью разрушена, его перкуссия слабоболезненна.</p> <p>На рентгенограмме в проекции верхушки медиального-щечного корня 2.7 зуба имеется очаг деструкции костной ткани с нечёткими ровными контурами</p>	ОПК-4, ОПК-5; ПК-1, ПК-2
	<p>Вопрос № 1. Поставьте предварительный диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы..</p> <p>Ответ: Периостит верхней челюсти слева в области зуба 2.7.</p>	
	<p>Вопрос № 2. Проведите дифференциальную диагностику</p> <p>Ответ: остеомиелит, абсцесс, флегмона щёчной, околоушно-жевательной областей</p>	
	<p>Вопрос № 3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля.</p> <p>Ответ: консультация стоматолога-ортопеда, стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности лечения и восстановления зубов 2.7. Вскрытие поднадкостничного очага, при необходимости удаление зуба 2.7.</p>	
	<p>Вопрос № 4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения.</p>	

	Ответ: анестезия; вскрытие поднадкостничного очага, антисептическая обработка, дренирование ;удаление зуба 2.7.	
	Вопрос № 5. Профилактика развития периостита Ответ : своевременное и эффективное лечение лечение осложненного кариеса	
4	<p>Ситуационная задача: Пациентка Н. 31 года обратилась в клинику с жалобами на общее недомогание, боль в области нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей лица справа, ограничение открывания рта.</p> <p>Развитие настоящего заболевания: периодически беспокоили боли в области зуба 4.7. Пять дней тому назад вновь появилась боль в этом зубе. За три недели до этого у больной был грипп. К врачу не обращалась, самостоятельно принимала Нурофен, полоскала рот содовым раствором. На следующий день боль в зубе несколько стихла, появилась припухлость лица, стал плохо открываться рот. Температура повышалась до 37,5°C</p> <p>Перенесённые и сопутствующие заболевания: со слов пациентки, считает себя практически здоровой. Сифилис, ВИЧ, гепатиты отрицает.</p> <p>Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,2°C, пульс 88 ударов в минуту, АД – 130/65 мм рт.ст.</p> <p>Конфигурация лица изменена за счёт отёка нижнего отдела щёчной, поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации, не спаяны с окружающими тканями.</p> <p>Местный статус: впрддверии рта наблюдается гиперемия и отёк слизистой оболочки альвеолярной части, переходной складки на уровне зубов 4.6, 4.7, 4.8. Переходная складка уплощена и сглажена. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат. Открывание рта 25 мм между центральными резцами. Перкуссия зуба 4.7 слабобезболезненна. Перкуссия зубов 4.6; 4.8 безболезненна. В зубе 4.7 глубокая кариозная полость. В зубах 4.6 и 4.8 – фиссурный кариес.</p>	ПК-1, ПК-2
	Вопрос № 1. . Поставьте диагноз и укажите наиболее существенные для данного заболевания симптомы. Ответ: Острый гнойный периостит нижней челюсти справа в области 4.7 зуба.	
	Вопрос № 2. Проведите дифференциальную диагностику. Ответ: Острый периодонтит, абсцесс, флегмона поджевательного и крыловидно-нижнечелюстного пространств, острый сиааденит, острый остеомиелит.	
	Вопрос № 3. Составьте план комплексного лечения врачами-стоматологами различного профиля. Ответ: Консультация стоматолога-терапевта для решения вопроса о возможности консервативного лечения зуба 4.7. С	

	<p>целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения зуба 4.7, удаление зуба. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина. Назначается внутрь антибактериальная и противовоспалительная терапия.</p>	
	<p>Вопрос № 4. Обоснуйте последовательность хирургических этапов лечения. Ответ: с целью вскрытия гнойного очага проводится разрез слизистой оболочки параллельно переходной складке на всю длину инфильтрата до кости, на протяжении 3 зубов. Рану дренируют резиновой полоской. В случае невозможности сохранения зуба 4.7, удаление зуба. Удаление зуба позволяет улучшить опорожнение гнойного очага и способствует более быстрой ликвидации воспалительных явлений. Проводятся ежедневные перевязки и лечение гнойной раны с использованием антисептических растворов Хлоргексидина.</p>	
	<p>Вопрос № 5 Перечислите возможные местные и общие осложнения. Ответ: гнойный лимфаденит поднижнечелюстной области, актиномикоз, остеомиелит, абсцесс, флегмона околоушно-жевательной, крыловидно-нижнечелюстной областей.</p>	

6. КРИТЕРИИ И ПОКАЗАТЕЛИ ОЦЕНКИ, ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

6.1. Критерии оценки ответа обучающихся при тестировании

Оценка	Критерии оценки (% от max количества баллов)
Отлично	90-100%
Хорошо	80-89%
Удовлетворительно	70-79%
Неудовлетворительно	69% и менее

6.2. Показатели критериев и оценка при контроле теоретической и практической подготовки обучающегося (собеседовании)

Показатели критериев	Оценка
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.</p>	Отлично (зачтено)

Показатели критериев	Оценка
<p><i>Демонстрируется способность выявлять проблему, формулировать гипотезу, обосновывать свою точку зрения, предсказывать последствия, отличать факты от мнений (суждений), гипотез, выводы от положений, анализировать информацию, находить ошибку, высказывать суждения о соответствии выводов и фактов, о точности (измерений), о качестве (точности, эффективности, экономичности) проделанной работы, выбранном способе решения или используемых методах, строить модель, составить план эксперимента, решения, изменить план.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, все предусмотренные программой учебные задания выполнены, качество их выполнения оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных и профессиональных задач.</p>	
<p>Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, но проявляется затруднение в демонстрации авторской позиции обучающегося.</p> <p>Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.</p> <p><i>Демонстрируется способность объяснять, соотносить, характеризовать (приводить характеристики), сравнивать, устанавливать (различие, зависимость, причины), выделять существенные признаки, определять по алгоритму, составлять по готовой схеме, выполнить в соответствии с правилами.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены в полном объеме, теоретическое содержание программы освоено полностью, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, все предусмотренные программой обучения учебные задания выполнены, качество выполнения большинства из них оценено числом баллов, близким к максимальному.</p> <p>Демонстрируется способность в решении учебно-профессиональных, но затрудняется в решении сложных задач, обосновании трудовых действий.</p>	Хорошо (зачтено)
<p>Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов.</p> <p><i>Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать</i></p>	Удовлетворительно (зачтено)

Показатели критериев	Оценка
<p><i>обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий в основном сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий выполнено, некоторые из выполненных заданий, возможно, содержат ошибки.</p> <p>Демонстрируются большие затруднения в способности решать учебно-профессиональные задачи.</p>	
<p>Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. <i>Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.</i></p> <p>Практические (и/или лабораторные) работы выполнены частично, теоретическое содержание курса освоено частично, необходимые практические навыки работы в рамках учебных заданий не сформированы, большинство предусмотренных программой обучения учебных заданий не выполнено, либо качество их выполнения оценено числом баллов близким к минимальному. При дополнительной самостоятельной работе над материалом курса, при консультировании преподавателя возможно повышение качества выполнения учебных заданий.</p>	<p>Неудовлетворительно (не зачтено)</p>

6.3. Шкала оценивания уровня сформированности компетенции

Уровень	Характеристика сформированности компетенции
Высокий	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями.
Достаточный	Деятельность осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при решении нетипичной профессиональной задачи.
Недостаточный	Деятельность осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.