

Фонд оценочных средств
по дисциплине «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

Уровень высшего образования
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация
Врач-стоматолог

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе
ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач	Знать: Морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.	Блок А, С - задания репродуктивного уровня
	Уметь: Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.	Блок В - задания репродуктивного уровня
	Владеть: Способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей- специалистов.	Блок В - задания репродуктивного уровня
ПК-7: Готов к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Знать: Этиологию, патогенез, клинику основных стоматологических заболеваний с различными Нозологическими формами; Основные виды и методы	Блок С - задания репродуктивного уровня

	лечения больных с различными нозологическими формами Методы ведения и лечения пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	
	Уметь: Правильно определить стоматологическое заболевание; Провести сравнение различных видов и методов лечения больных с различными нозологическими формами, разработать план лечения заболеваний челюстно-лицевой области Вести и лечить пациентов в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	Блок В - задания репродуктивного уровня
	Владеть: Навыками анализа различных видов лечения и реабилитации больных с различными нозологическими формами Приемами поиска и сравнения разных методов лечения больных с различными нозологическими формами; Навыками ведения, лечения и реабилитации пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.	Блок В, С - задания репродуктивного уровня

Технологическая карта дисциплины
«Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия»

Название модулей дисциплины согласно РПД	Контроль	Форма контроля	зачетный минимум	зачетный максимум	график контроля
Модуль 1					
1. Травматология ЧЛО: переломы верхней челюсти и нижней челюсти	Текущий контроль	Активность, посещаемость	5	10	6
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи	15	25	
Модуль 2					
2. Осложнения травм ЧЛО	Текущий контроль	Активность, посещаемость	5	10	16
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи	15	25	
ВСЕГО за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (Зачет)			20	30	
Семестровый рейтинг по дисциплине			60	100	

3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)

Блок А

1. Первичную хирургическую обработку (ПХО), проводимую в первые 24 часа после ранения принято называть:
 - А) отсроченной
 - Б) первичной
 - В) ранней первичной
 - Г) вторичной
2. Частичное повреждение язычной артерии при обработке ран языка может привести к:
 - А) некрозу языка
 - Б) некрозу передней трети языка
 - В) некрозу задней трети языка
 - Г) параличу языка
 - Д) воспалению языка
3. При ушивании раны языка направление линии швов избирают:
 - А) в поперечном направлении
 - Б) в продольном
 - В) в косом
 - Г) а, в
4. Вследствие механического воздействия чаще всего возникают вывихи:
 - А) фронтальных зубов нижней челюсти
 - Б) фронтальных зубов верхней челюсти
 - В) боковых зубов нижней челюсти
 - Г) боковых зубов верхней челюсти
 - Д) зубов «мудрости»
5. Различают следующие переломы нижней челюсти у взрослых:
 - А) полные, неполные, вколоченные
 - Б) прямой, отраженный, патологический
 - В) одиночные, двойные, множественные
 - Г) односторонние, двусторонние
 - Д) по типу «ивовой веточки»
6. Вправление вывиха нижней челюсти проводят в положении больного:
 - А) сидя на низком стуле
 - Б) стоя
 - В) лежа
 - Г) в стом. кресле
 - Д) на кушетке
7. Какие виды повреждений относятся к открытым и первично инфицированным:
 - А) ссадины
 - Б) царапины
 - В) ушибы
 - Г) раны

8. Компоненты первичной хирургической обработки:
- А) рассечение раны для ревизии
 - Б) иссечение нежизнеспособных тканей
 - В) наложение швов
 - Г) а, б, в
 - Д) удаление зуба
9. По срокам проведения к первичной отсроченной хирургической обработке относится обработка проведенная в:
- А) первые часы
 - Б) первые сутки
 - В) 2-3 – и сутки
 - Г) свыше 2-3 суток
10. При развитии нагноения раны необходимо произвести:
- А) вскрытие гнойного очага
 - Б) только промывание раны
 - В) только назначение медикаментов
 - Г) наблюдение
 - Д) ничего не делать
11. В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:
- А) свежие, застарелые
 - Б) открытые, закрытые
 - В) односторонние, двусторонние
 - Г) осложненные, не осложненные
 - Д) линейные, оскольчатые
12. По характеру перелома неогнестрельные ранения подразделяются на:
- А) прямые, отраженные, патологические
 - Б) без смещения отломков, со смещением, линейные, оскольчатые
 - В) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
 - Г) с наличием зуба в линии перелома; с отсутствием зуба в нижнем переломе
 - Д) б, г
13. В зависимости от исходного состояния, неогнестрельные переломы нижней челюсти подразделяются на:
- А) односторонние, двусторонние, двойные, множественные
 - Б) прямой, отраженный, патологический
 - В) без смещения отломков, со смещением отломков
 - Г) а, б
14. К средствам временной иммобилизации при переломах верхней челюсти относятся:
- А) эластическая повязка
 - Б) назубные проволочные шины
 - В) остеосинтез
 - Г) аппарат Рудько
15. При вывихе зуба проводится операция:
- А) коронно-радикулярная сепарация
 - Б) реплантация
 - В) гемисекция
 - Г) резекция

- Д) ампутация корня
16. Ссадина это:
- А) закрытое механическое повреждение мягких тканей
 - Б) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или СО
 - В) нарушение целостности кожи мягких тканей на всю их толщину, вызванное механическим воздействием
 - Г) наличие повреждения костей и костные осколки
17. Подвывих – это:
- А) полный вывих
 - Б) неполный вывих
 - В) острый вывих
 - Г) боковой вывих
 - Д) застарелый вывих
18. Признаки перелома фронтальных зубов верхней челюсти:
- А) боль на химические раздражители
 - Б) боль на температурные раздражители
 - В) боль на механические раздражители
 - Г) боль при физической нагрузке
 - Д) б, в
19. При каком виде перелома зубного корня рекомендуется проведение удаления зуба:
- А) косой
 - Б) продольный
 - В) оскольчатый
 - Г) поперечный
 - Д) а, б, в
20. С какого участка нижней челюсти нужно начинать обследование у больного с переломом нижней челюсти:
- А) с поврежденной стороны
 - Б) с неповрежденной стороны
 - В) с верхней челюсти
 - Г) со скуловой кости
21. При срединном переломе нижней челюсти смещение отломков происходит в какой плоскости?
- А) сагиттальной
 - Б) фронтальной
 - В) сагиттальной и фронтальной
 - Г) трансверзальной
22. При переломе собственно ветви нижней челюсти:
- А) значительных смещений отломков обычно нет
 - Б) большой фрагмент смещается вниз и в сторону перелома, а малый вверх и вовнутрь
 - В) Большой фрагмент смещается кнаружи, а малый вниз и вовнутрь
 - Г) большой фрагмент смещается вниз и вовнутрь, а малый – вверх и кнаружи
23. При переломе венечного отростка нижней челюсти наблюдается изменение прикуса:
- А) зубы - антогонисты не смыкаются на стороне повреждения

- Б) зубы – антогонисты смыкаются только на стороне повреждения
В) все зубы между собой не смыкаются
Г) изменений прикуса нет
24. Какой зуб не удаляется из линии перелома?
А) полностью вывихнутый из лунки зуб
Б) зуб с периапикальными изменениями
В) с явлениями периодонтита и пародонтита тяжелой степени
Г) ретинированный зуб
Д) если обнажен корень находится в щели перелома
25. Первичная хирургическая обработка раны при переломе нижней челюсти проводится в том случае
А) если имеется закрытый перелом
Б) если имеется открытый перелом с обнажением костных фрагментов
В) как при открытом, так и при закрытом переломе
Г) если не удалось правильно сопоставить отломки
26. К временной иммобилизации отломков челюсти не относится:
А) круговая бинтовая теменно-подбородочная повязка
Б) стандартная транспортная повязка
В) подбородочная праща Померанцевой – Урбановской
Г) назубная шина Васильева
27. Гладкая шина скоба используется при:
А) переломах венечного отростка
Б) переломах мышечкового отростка
В) линейных переломах нижней челюсти в пределах от центральных резцов до премоляров
Г) линейных переломах нижней челюсти со смещением костных фрагментов
28. Распорочный изгиб в шине Тигерштедта располагается:
А) в любом месте челюсти
Б) только во фронтальном отделе
В) на симметричных участках
Г) в области отсутствующих 1-2 зубов
29. При каком переломе нижней челюсти отсутствуют показания к остеосинтезу:
А) у больного с переломом нижней челюсти и наличии подвижных зубов при заболевании парадонта
Б) у больного с переломом нижней челюсти и отсутствии зубов на последней
В) у больного перелом нижней челюсти находящийся в пределах зубного ряда
Г) при интерпозиции мягких тканей
30. Средние сроки фиксации шин для консолидации отломков при множественном переломе нижней челюсти:
А) 19-20 дней
Б) 24 – 25 дней
В) 29 – 30 дней
Г) 40-45 дней

Блок Б

Задача 1

Из карточки амбулаторного пациента Р., 31 год, известно, что он три дня находится на лечении у стоматолога-хирурга. Указано, что пациент обратился с жалобами на коллатеральный отек мягких тканей нижней челюсти справа, что у него несколько дней болел зуб 4.6, который на момент обращения беспокоил уже меньше. В карточке отмечено, что по переходной складке в области зуба 4.6 имеется инфильтрат ($1,7 \times 1,0$ см). Пациенту был удален зуб 4.6, проведена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти справа от зуба 4.6, назначена местная гипотермия и ванночки с гипертоническим раствором хлорида натрия 5–6 раз в сутки. Пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные («Доксоциклин»), нестероидные противовоспалительные («Анальгин») и антигистаминные лекарственные средства («Супрастин»). Пациент обратился повторно через три дня с жалобами на усилившиеся боли в области нижней челюсти и отек мягких тканей. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,5 \times 0,7$ см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти справа гиперемирована, отечна как с вестибулярной, так и с язычной поверхности. По переходной складке определяется рана после выполненной периостеотомии протяженностью 0,7 см, в ране находится марлевый дренаж, отделяемого из раны по дренажу нет. Из лунки удаленного зуба 4.6 выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Зубы 4.5, 4.7 патологически подвижны (I степень).

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту при повторном обращении за специализированной помощью?
2. Какие тактические ошибки были допущены стоматологом-хирургом в процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага у пациента?

Задача 2

Пациент Т., 70 лет, проходил лечение в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита от зуба 4.7, осложненного флегмоной поднижнечелюстной области справа. В результате курса комплексного лечения рана очистилась, выполнялась грануляционной тканью.

1. Отделяемого из раны нет.
2. В какие сроки могут быть наложены швы на рану?

Задача 3

Пациент Е., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-

лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.7, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляции гнойной раны в фазе воспаления?
2. Какова продолжительность фазы воспаления?
3. Какие виды антисептиков при местном лечении гнойной раны должны применяться в фазе воспаления?

Задача 4

Пациенту Ж., 37 лет, поступившему в стационар с диагнозом карбункул подбородочной области слева, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага. Рана дренирована марлевой турундой с гипертоническим раствором. Пациенту назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, антикоагулянты, дезинтоксикационные средства, иммунокорригирующие препараты.

При осмотре пациента утром лечащий врач констатировал, что, несмотря на проводимое лечение, его состояние не улучшилось.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека подбородочной области слева, распространяющегося на прилежащие ткани щечной и поднижнечелюстной областей. Инфильтрат протяженностью 1,5 см болезненный при пальпации. Поднижнечелюстные, подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены ($0,4 \times 0,5$ см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. На всем протяжении инфильтрата выполнен разрез, дренированный марлевой турундой с гипертоническим раствором. Рана закрыта стерильной повязкой с лейкопластырной фиксацией. На момент осмотра рана и повязка сухие, отделяемого по дренажу нет. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела $37,6^{\circ}\text{C}$. Пациент бледный. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 28 мм/ч.

1. Какова причина сохраняющегося неудовлетворительного состояния пациента, несмотря на выполненную в полном объеме первичную хирургическую обработку гнойного очага и назначенную адекватную комплексную противовоспалительную терапию?
2. Какие лекарственные средства на современном этапе способны наиболее эффективно обеспечить отток гнойного экссудата из раны

Задача 5

Пациент И., 27 лет, находится на лечении в отделении септической

челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа от зуба 4.8, осложненного абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляций гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации?
2. Какова продолжительность фазы пролиферации и регенерации?
3. Какие виды антисептиков при лечении гнойной раны должны применяться в фазе пролиферации и регенерации?

Блок С

Перечень вопросов для промежуточной аттестации:

1. Особенности операций на лице и в полости рта. Инструментарий, особенности разрезов, виды швов.
2. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика лечение острых лимфаденитов челюстно-лицевой области. Аденофлегмона. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение хронических лимфаденитов челюстно-лицевой области.
3. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Фурункул, карбункул лица и шеи. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Этиология, патогенез фурункула лица и шеи. Особенности хирургического и патогенетического лечения фурункулов челюстно-лицевой области. Профилактика осложнений.
4. Пути распространения инфекции. Особенности распространения воспаления из носогубного треугольника, других областей лица. Архитектоника вен лица. Флебиты поверхностных и глубоких вен лица. Особенности диагностики лечения. Патогенез тромбоза кавернозного синуса.
5. Хирургическое лечение флегмон лица и шеи. Значение выбора оперативного доступа. Принципы разрезов на лице. Оперативные доступы к подчелюстному, окологлоточному, крыловидно-челюстному, подмассетериальному пространствам. Варианты разрезов в области виска, глазницы. (работа по схеме Рудько)
6. Абсцессы и флегмоны, локализующиеся в тканях, прилежащих к верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Лечение. Оперативные доступы.
7. Флегмоны поднижнечелюстного пространства. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
8. Менингит, парез, паралич глазодвигательного и лицевого нервов). Токсический отек оболочек головного мозга. Этиология, патогенез. Лечение, осложнения.
9. Флегмоны подподбородочного пространства, дна полости рта. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.
10. Флегмоны околоушно-жевательного пространства, Топографическая

анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекций, клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

11. Флегмоны подмассетериального, позадичелюстного пространств, окологлоточного, крыловидно-челюстного пространств. Топографическая анатомия. Особенности диагностики и лечения. Пути распространения инфекции. Оперативный доступ.

12. Флегмоны крылонебной, подвисочной ямок. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

13. Флегмоны височной области. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

14. Флегмона глазницы. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

15. Абсцессы и флегмоны инфраорбитальной, скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

16. Абсцессы и флегмоны скуловой, щечной областей. Топографическая анатомия. Источники инфицирования, пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, лечение. Оперативный доступ.

17. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта. Клиника. Принципы раскрытия при анаэробных флегмонах. Особенности антибактериальной терапии. Дезинтоксикационная терапия. Физиолечение.

18. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

19. Специфические воспалительные заболевания в челюстно-лицевой области (туберкулез, сифилис).

20. Осложнения гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей челюстно-лицевой области: одонтогенный сепсис, тромбоз кавернозного синуса, менингит, одонтогенный медиастинит.

21. Особенности ранений челюстно-лицевой области. Классификация повреждений челюстнолицевой области. Повреждения мягких тканей лица. Первичная хирургическая обработка ран лица. Виды остановки кровотечения. Профилактика столбняка.

22. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ.

23. Клиническая характеристика переломов нижней челюсти в зависимости от локализации. Типичные места переломов. Механизм смещения отломков. Рентгенологическая диагностика переломов нижней челюсти. Виды транспортной иммобилизации отломков.

24. Ортопедические методы лечения переломов нижней челюсти. Система гнутых, проволочных шин, показания к применению, техника наложения шин. Стандартные ленточные и проволочные шины. Шины лабораторного типа.

25. Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика. Методы репозиции и фиксация скуловой кости. Лечение переломов скуловой кости при внедрении осколков в верхнечелюстную пазуху.

26. Особенности огнестрельных повреждений челюстно-лицевой области.

Классификация огнестрельных повреждений челюстей.

27. Аппаратный метод лечения при переломах верхней челюсти. Классификация аппаратов. Показания и противопоказания. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

28. Переломы костей средней зоны лица. Классификации. Клиника. Понятие сочетанная травма. Рентгенодиагностика, СКТ, МРТ. Временная иммобилизация при переломах верхней челюсти.

Лечебные (постоянные) способы репозиции и закрепления отломков: назубные шины, шины с внеротовым креплением к гипсовой шапочке.

29. Вывихи височно-нижнечелюстного сустава. Классификация. Способы вправления нижней челюсти. Лечение привычного вывиха. 52. Хирургические методы лечения при переломах нижней челюсти. Остеосинтез костным швом, остеосинтез по Макиенко, применение наkostных минипластин. Сроки заживления. Медикаментозная терапия. Препараты, влияющие на обмен костной ткани. Физиолечение при переломах челюстей.

30. Хирургические методы лечения при переломах костей средней зоны лица. Методики подвешивания к неповрежденным костям мозгового черепа при переломах средней зоны лица. Кранио-максиллярная фиксация.

31. Компрессионный и компрессионно-дистракционный остеосинтез при лечении переломов нижней челюсти. Показания к использованию. Преимущества и недостатки метода.

32. Хирургические методы лечения переломов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Техника операций с использованием проволочного шва, спицы Киршнера, скоб из металла спаматью, минипластин.

33. Виды деформаций челюстей. Показания к хирургическому лечению. Оперативное лечение при аномалиях и деформациях верхней и нижней челюсти.

34. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

35. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков Показания к применению филатовского стебля.

36. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксенотрансплантации различных тканей в челюстнолицевой хирургии

37. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, полнослойный)

38. Костная пластика нижней челюсти. Виды трансплантатов. Показания и противопоказания к костной пластике. Способы фиксации трансплантатов и фрагментов нижней челюсти при остеопластике.

39. Цели и задачи восстановительной хирургии лица. Планирование восстановительного лечения. Простые способы пластики. Пластика местными тканями.

40. Пластика дефектов лица лоскутом на ножке. Пластика лоскутами тканей из отдаленных участков Показания к применению филатовского стебля.

41. Пластика с применением свободной пересадки тканей. Современные представления о биологических процессах, происходящих при свободной пересадке тканей и органов. Возможности применения ауто-, алло-, ксеннотрансплантации различных тканей в челюстнолицевой хирургии.
42. Свободная пересадка кожи. Виды свободных кожных лоскутов. Биологическое обоснование. Применение для устранения раненых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта различных видов кожных лоскутов (тонкий, расщепленный, во всю толщину)
43. Переломы костей скулоназотомоидального комплекса. Анатомия. Этиология, патогенез. Лечение.
44. Орбитальный гипертелоризм. Этиология. Классификация. Патогенез. Диагностика. Лечение.
45. Кантапексия. Виды. Показания. Виды оперативного вмешательства.
46. Бикоронарный доступ, показания, техника выполнения.
47. ТРГ, анализ, методика проведения, основные параметры.
48. Остеотомии верхней челюсти. Виды, техника выполнения, показания.
49. Остеотомии нижней челюсти. Виды, техника выполнения, показания.
50. Посттравматические деформации средней зоны лица. Перелом нижней стенки орбиты. Этиология, патогенез, виды оперативного доступа. Особенности показаний к выбору доступа.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Тест (оценка уровня обученности «знать»)

В рамках дисциплины «Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия» оценка уровня обученности «знать» (теоретические аспекты) осуществляется с помощью тестов, как средства для закрепления знаний. В результате в активную работу вовлекаются все студенты группы, оценка ставится всем участвующим. В рамках опроса с помощью тестов охватываются все темы дисциплины.

Шкала оценивания выполненных тестов

В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.

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

2. Ситуационная задача

Шкала оценивания ситуационной задачи (текущий контроль) в %

1. Анализ клинических данных (жалобы, анамнез, осмотр) – 0 - 25 %
2. Постановка предварительного диагноза – 0 - 25 %
3. План дополнительного обследования – 0 - 20 %
4. План лечения – 0 - 20 %
5. Обоснование клинического решения – 0 - 10 %

3. Контрольная работа

Шкала оценивания контрольной работы (рубежный контроль) в %:

1. Теоретические вопросы – 0 - 40 %
2. Клинические (ситуационные) задания - 0 – 40%
3. Тестовые задания – 0 – 20%

4. Промежуточный контроль

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА

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 отлично (85-100 баллов) студент демонстрирует глубокие и системные знания по теме; ответ полный, логически последовательный и аргументированный; правильно использует профессиональную медицинскую терминологию; уверенно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя; умеет применять знания для решения клинических ситуаций.

Отметкой хорошо (70-84 баллов) студент показывает хорошие знания материала; ответ в целом правильный и последовательный, но могут присутствовать отдельные неточности или неполные формулировки; в основном правильно использует терминологию; отвечает на дополнительные вопросы с небольшими затруднениями.

Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов) студент владеет основными положениями темы, однако знания носят поверхностный характер; ответ неполный, допускаются ошибки в терминологии или последовательности изложения; затрудняется при ответе на дополнительные вопросы.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) студент не владеет основными положениями темы; ответ фрагментарный или неправильный; допускает существенные ошибки; не может использовать профессиональную терминологию и не отвечает на дополнительные вопросы преподавателя.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

1. Правильность анализа клинической ситуации – умение выделять основные жалобы пациента, данные анамнеза, результаты объективного обследования и диагностических исследований.
2. Обоснованность клинического мышления – способность формулировать предварительный диагноз, проводить дифференциальную диагностику и аргументировать принятые решения.
3. Выбор методов обследования – умение определять необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики, применяемые в челюстно-лицевой хирургии.
4. Разработка плана лечения – способность составлять рациональный план хирургического и консервативного лечения с учетом клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.
5. Практические навыки и алгоритм действий – умение последовательно выполнять клинические манипуляции, владение основными методами диагностики и лечения в челюстно-лицевой хирургии.
6. Использование профессиональной терминологии – правильное применение медицинской терминологии и корректное оформление ответа.
7. Самостоятельность и логичность выполнения задания – способность последовательно и обоснованно излагать ход решения задачи и делать клинические выводы.

Отметкой отлично (85-100 баллов) оценивается задание выполнено полностью и правильно. Обучающийся демонстрирует уверенное владение практическими навыками и клиническим мышлением. Правильно анализирует клиническую ситуацию, обоснованно формулирует диагноз, грамотно определяет план дополнительного обследования и лечения. Последовательно выполняет алгоритм решения задания, использует профессиональную медицинскую терминологию. Ответ логичный, аргументированный, без существенных ошибок.

Отметкой хорошо (70-84 баллов) оценивается задание выполнено в целом правильно. Обучающийся умеет анализировать клиническую ситуацию и применять полученные знания на практике, однако допускает отдельные неточности в обосновании диагноза, выборе методов обследования или лечения. Алгоритм выполнения задания соблюден, практические навыки продемонстрированы, но имеются незначительные ошибки или неполнота ответа.

Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов) оценивается задание выполнено частично. Обучающийся демонстрирует базовые практические навыки, однако анализ клинической ситуации неполный. Допускаются ошибки в постановке диагноза, выборе методов обследования или тактике лечения. Ответ недостаточно аргументирован, имеются пробелы в использовании профессиональной терминологии и последовательности выполнения задания.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) оценивается задание выполнено неправильно или не выполнено. Обучающийся не способен правильно

проанализировать клиническую ситуацию, допускает грубые ошибки при постановке диагноза и выборе тактики обследования и лечения. Практические навыки и алгоритм решения задания не продемонстрированы, ответ фрагментарный или отсутствует.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

Преподавателю предоставляется право поставить оценку 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 ситуационное задание.

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

Оценка промежуточного контроля:

- min 10 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 10-30 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 и 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. Для подготовки к практическим занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, конспекты лекций.
5. 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.
6. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.
7. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины

осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах.

Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

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

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные без уважительной причины практические занятия отрабатываются не более одного занятия в день. Пропущенные

занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- 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 освободить магистрантов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ТЕСТУ

При подготовке к тестам необходимо проработать лекционный материал и соответствующие страницы основного учебника (желательно также чтение дополнительной литературы); решить все необходимые ситуационные задачи; просмотреть видео-уроки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕШЕНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Решение ситуационных задач направлено на формирование клинического мышления, умения анализировать клиническую информацию и принимать обоснованные решения при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

При решении ситуационной задачи обучающемуся рекомендуется придерживаться следующего алгоритма:

1. **Внимательно** **изучить** **условие** **задачи**
Необходимо определить основные данные: жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни, результаты объективного осмотра и дополнительные методы исследования.

2. **Выделить** **ключевые** **клинические** **признаки**
Следует обратить внимание на симптомы, характерные для заболеваний челюстно-лицевой области (боль, отек, нарушение функции, изменения слизистой оболочки, костных структур и др.).

3. **Сформулировать** **предварительный** **диагноз**
На основании анализа жалоб, анамнеза и клинических данных необходимо

определить наиболее вероятный диагноз.

4. **Провести дифференциальную диагностику**

Следует рассмотреть заболевания со сходной клинической картиной и обосновать, почему они исключаются.

5. **Определить план дополнительного обследования**

Необходимо указать необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики (рентгенография, КТ, ортопантомография, лабораторные исследования и др.).

6. **Составить план лечения**

Следует определить тактику лечения пациента с учетом клинических рекомендаций:

1. хирургическое лечение;
2. медикаментозная терапия;
3. физиотерапевтические методы;
4. послеоперационное ведение пациента.

7. **Описать возможные осложнения и их профилактику**

Необходимо указать наиболее вероятные осложнения заболевания или хирургического вмешательства и меры их предупреждения.

8. **Сделать обоснованное заключение**

Ответ должен быть логичным, последовательным и содержать клиническое обоснование принятых решений с использованием профессиональной медицинской терминологии.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ

При подготовке к решению контрольной работы необходимо:

- проработать соответствующие страницы учебников;
- воспользоваться конспектом лекций или краткими записями из практического материала;
- просмотреть видео-уроки по соответствующим темам;
- прорешать дома задачи на соответствующие темы (смотри пункт СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, данного раздела)