

**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-методической
работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«28» апреля 2023 г.

Рабочая программа дисциплины	Б1.Б.47 Онкостоматология и лучевая терапия
Уровень профессионального образования	Высшее образование-специалитет
Специальность	31.05.03 Стоматология
Квалификация	Врач - стоматолог
Форма обучения	Очная

Рабочая программа дисциплины «Онкостоматология и лучевая терапия» разработана в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12.08.2020 № 984, приказа Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 06.04.2021 № 245 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры».

Программа одобрена на заседании учебно-методического совета (протокол № 3 от «28» апреля 2023 г.)

1. Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1 Перечень компетенций с индикаторами их достижения соотнесенные с планируемыми результатами обучения по дисциплине:

Код и наименование компетенции	Наименование индикатора достижения компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	ИПК-1.1 Применяет обще-стоматологические методы исследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями	Знать: общие вопросы организации медицинской помощи взрослому населению и детям; анатомию головы, челюстнолицевой области, особенности кровоснабжения и иннервации строения зубов; гистологию и эмбриологию полости рта и зубов, основные нарушения эмбриогенеза; анатомо-функциональное состояние органов челюстнолицевой области с учетом возраста; нормальную и патологическую физиологию зубочелюстной системы, ее взаимосвязь с функциональным состоянием других систем организма и уровни их регуляции. Уметь: осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями, выявлять факторы риска и причин развития стоматологических заболеваний; интерпретировать информацию, полученную от детей и взрослых (их законных представителей) со стоматологическими заболеваниями. Владеть навыками: сбора жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых, (их законных представителей), выявления факторов риска и причин развития стоматологических заболеваний; осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со	ИПК-1.2 Соблюдает алгоритм сбора жалоб, анамнеза жизни и	Знать: методику сбора анамнеза жизни и заболеваний, жалоб у детей и взрослых (их законных

<p>стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>заболевания у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, выявляет факторы риска и причины развития стоматологических заболеваний</p>	<p>представителей) со стоматологическими заболеваниями; методику осмотра и физикального обследования, особенности проведения клинического стоматологического обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; клиническую картину, методы диагностики, классификацию заболеваний зубов, пародонта, слизистой оболочки полости рта, губ у детей и взрослых; клиническую картину, методы диагностики, классификацию предраковых заболеваний полости рта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстнолицевой области, височно-нижнечелюстного сустава у детей и взрослых. Уметь: применять методы осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; интерпретировать результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; диагностировать у взрослых со стоматологическими заболеваниями предраковые заболевания слизистой оболочки рта и губ; диагностировать у взрослых со стоматологическими заболеваниями новообразования костей лицевого скелета и мягких тканей челюстнолицевой области; выявлять у взрослых факторы риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области. Владеть навыками: диагностики у взрослых предраковых заболеваний слизистой оболочки рта и губ; выявления у взрослых факторов риска онкологических заболеваний челюстнолицевой области</p>
<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со</p>	<p>ИПК-1.3 Использует алгоритм осмотра и физикального</p>	<p>Знать: методы лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния здоровья,</p>

<p>стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>обследования взрослых со стоматологическими заболеваниями</p>	<p>медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов; медицинские показания и противопоказания к применению дополнительных методов обследования; медицинские изделия, применяемые при оказании медицинской помощи детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями. Уметь: интерпретировать и анализировать результаты консультаций врачами-специалистами детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; обосновывать необходимость и объем дополнительных обследований пациентов (включая рентгенологические методы); интерпретировать и анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, в том числе данных рентгенологических методов. Владеть навыками: направления детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на инструментальные, лабораторные, дополнительные исследования, консультации врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи взрослому населению и детям, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; интерпретации данных дополнительных (лабораторных и инструментальных) обследований пациентов (включая рентгенологические методы)</p>
--	--	---

<p>ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза</p>	<p>ИПК-1.4 Проводит дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых</p>	<p>Знать: клинические рекомендации по вопросам оказания стоматологической помощи; состояния, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; санитарно-эпидемиологические требования и вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. Уметь: направлять детей и взрослых на лабораторные, инструментальные исследования в соответствии с действующими порядками оказания стоматологической медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; направлять детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями на консультации к врачам-специалистам в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; проводить дифференциальную диагностику стоматологических заболеваний у детей и взрослых; выявлять клинические признаки внезапных острых заболеваний, состояний, обострений хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме. Владеть навыками: формулирования предварительного диагноза, составления плана проведения инструментальных, лабораторных, дополнительных исследований, консультаций врачей-специалистов у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; проведения дифференциальной диагностики стоматологических заболеваний;</p>
---	---	---

		распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме
ПК-1 Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	ИПК-1.5 Формулирует диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)	Знать: международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ); порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях. Уметь: формулировать предварительный диагноз, составлять план проведения лабораторных, инструментальных и дополнительных исследований у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи; формулировать окончательный диагноз в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ). Владеть навыками: постановки предварительного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ), постановки окончательного диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-3 Способен к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме	ИПК-3.1 Оценивает состояние пациента для принятия решения о необходимости и объеме оказания ему медицинской помощи в неотложной и экстренной формах	Знать: методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей). Уметь: распознавать состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. Владеть навыками: оценки состояния, требующего оказания

		медицинской помощи в экстренной форме
ПК-3 Способен к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме	ИПК-3.2 Применяет основные диагностические и лечебные мероприятия по оказанию медицинской помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях	Знать: методику физикального обследования пациентов (осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию). Уметь: распознавать состояния и клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и (или) дыхания, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме. Владеть навыками: распознавания состояний, представляющих угрозу жизни, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме
ПК-3 Способен к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме	ИПК-3.3 Применяет лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи пациенту в неотложной и экстренной форме	Знать: принципы и методы оказания медицинской помощи пациентам в экстренной форме в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи. Уметь: применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной форме. Владеть навыками: применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме
ПК-4 Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения	ИПК-4.1 Участвует в проведении профилактических осмотров населения по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых	Знать: нормативные правовые акты, регламентирующие порядки проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации. Уметь: проводить санитарно-гигиеническое просвещение среди детей и взрослых (их законных представителей) и медицинских работников с целью формирования здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний. Владеть навыками:

		пропаганды здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний
ПК-4 Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения	ИПК-4.2 Формирует план профилактической стоматологической помощи пациенту	Знать: основные критерии здорового образа жизни и методы его формирования. Уметь: проводить санитарно-просветительскую работу среди детей и взрослых с целью формирования здорового образа жизни и профилактики стоматологических заболеваний. Владеть навыками: проведения санитарно-просветительской работы среди детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; формирования у детей и взрослых (их законных представителей) поведения, направленного на сохранение и повышение уровня соматического здоровья
ПК-4 Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения	ИПК-4.3 Выполняет профилактические процедуры стоматологических заболеваний	Знать: формы и методы санитарно-гигиенического просвещения среди пациентов (их законных представителей), медицинских работников; особенности специфической и неспецифической профилактики стоматологических заболеваний. Уметь: формировать у детей и взрослых (их законных представителей) поведение, направленное на сохранение и повышение уровня соматического и стоматологического здоровья; разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; проводить профилактические медицинские стоматологические осмотры населения. Владеть навыками: проведения профилактических медицинских стоматологических осмотров населения с учетом возраста; назначения

		профилактических мероприятий детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями с учетом факторов риска, онкологической и гигиенической профилактики в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи
ПК-4 Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения	ИПК-4.4 Оказывает квалифицированную медицинскую помощь по своей специальности с использованием современных методов профилактики, разрешенных для применения в медицинской практике	Знать: основные гигиенические мероприятия оздоровительного характера, способствующие укреплению здоровья и профилактике возникновения стоматологических заболеваний; этиологию, патогенез, профилактику стоматологических заболеваний. Уметь: назначать профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска для предупреждения и раннего выявления заболеваний, в том числе онкологических; осуществлять диспансерное наблюдение за детьми и взрослыми со стоматологическими заболеваниями. Владеть навыками: проведения диспансерного осмотра детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями; контроля за соблюдением стоматологических профилактических мероприятий

1.2 Этапы формирования компетенции в процессе освоения образовательной программы:

Код компетенции	Формулировка компетенции	Семестр	Этап
ПК-1	Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установлению диагноза	8	заключительный
ПК-3	Способен к оказанию медицинской помощи в неотложной и экстренной форме	8	основной

ПК-4	Способен к проведению и контролю эффективности мероприятий по профилактике стоматологических заболеваний у детей и взрослых, в том числе к проведению профилактических осмотров и диспансерного наблюдения	8	основной
------	--	---	----------

2. Место дисциплины в структуре образовательной программы

Дисциплина «Онкостоматология и лучевая терапия» относится к обязательной части блока 1 ОПОП специалитета.

Содержание дисциплины является логическим продолжением содержания дисциплин как: философия, анатомия человека, анатомия головы и шеи, гистология, нормальная физиология, этика и право, пропедевтика, история медицины, педагогика и психология, биоэтика, патофизиология, патологическая анатомия, гигиена, внутренние болезни, профилактика стоматологических заболеваний, хирургические болезни, клиническая фармакология, лучевая диагностика, неврология, генетика.

3. Объем дисциплины и виды учебной работы

Трудоемкость дисциплины: в з.е. - 3 / час - 108

Вид учебной работы	Всего часов	Семестр
		8
Контактная работа	54	54
В том числе:	-	-
Лекции	18	18
Лабораторные работы (ЛР)		
Практические занятия (ПЗ)	36	36
Семинары (С)		
Самостоятельная работа (всего)	54	54
В том числе:	-	-
Проработка материала лекций, подготовка к занятиям	54	54
Вид промежуточной аттестации (зачет)		
Общая трудоемкость	час.	108
	з.е.	3

4. Содержание дисциплины

4.1 Контактная работа

Лекции

№ п/п	Содержание лекций дисциплины	Трудоемкость (час)
1	Организация онкослужбы в России. Общие принципы диагностики и лечения ЗНО.	2

2	Диагностика и лечение рака губы, языка	2
3	Диагностика и лечение рака слизистой полости рта. Опухоли слюнных желез	2
4	Роль лучевой терапии в лечении онкологических больных. Виды ионизирующих излучений. Дозиметрия. Организация работы и структуры лучевого отделения. Радиобиологические основы лучевой терапии. Методы лучевой терапии.	2
5	Диагностика и лечение рака щитовидной железы.	2
6	Предлучевой период. Топометрическая подготовка. Планирование лучевой терапии. Лучевые реакции и повреждения. Особенности проведения лучевой терапии и лучевые осложнения у больных со ЗНО полости рта	2
7	Злокачественные лимфомы. Дифференциальная диагностика лимфоидных гиперплазий.	2
8	Рак кожи и меланома. Диагностика и лечение.	2
9	Паллиативная терапия и реабилитация онкобольных.	2
	ИТОГО	18

Практические занятия

№ п/п	№ раздела	Содержание практических занятий	Трудо-емкость (час)	Форма текущего контроля
1	1	Организация онкослужбы в России. Общие принципы диагностики и лечения ЗНО.	6	Опрос/тестирование
2	3	Диагностика и лечение рака губы, языка, слизистой полости рта.	6	Опрос/тестирование
3	3	Диагностика и лечение рака щитовидной железы. Опухоли слюнных желез	6	Опрос/тестирование
4	3	Злокачественные лимфомы. Дифференциальная диагностика лимфоидных гиперплазий.	6	Опрос/тестирование
5	2	Роль лучевой терапии в лечении онкологических заболеваний. Радиобиологические основы лучевой терапии. Методы лучевой терапии. Лучевые реакции и повреждения.	6	Опрос/тестирование
6	1	Паллиативная терапия и реабилитация онкобольных.	6	Опрос/тестирование
			36	

Самостоятельная работа обучающихся

№ п/п	№ общих модулей, частных модулей	Наименование раздела/темы учебной дисциплины	Трудо-емкость (час)	Вид контроля

1	8	Частная онкология	20	Клинический разбор
2	8	Лучевая терапия	14	Тестирование
3	8	Общая онкология	20	Тестирование
		ИТОГО	54	

5. Фонд оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций

5.1 Оценочные материалы для оценки текущего контроля успеваемости (этапы оценивания компетенции)

Тестовые задания

1. Под онкологической настороженностью понимают знание злокачественных новообразований:

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

2. Под онкологической настороженностью понимают знание

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

3. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оценивает классификация

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

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

1. к районному онкологу
 2. к специалисту-радиологу
 3. к участковому терапевту
 4. к хирургу общего профиля
 5. к специалисту-стоматологу
5. Биологические черты опухолевых клеток:
1. в культуре канимируют неупорядоченный рост
 2. в культуре клеток растут в форме монослоя

3. приросте в культуре контактно-торможение ослаблено

4. в них усилен эффект Пастера

6. Для опухолевых клеток характерен синтез:

1. антипротеаз

2. плазмина

3. протеаз

4. рецепторов к факторам роста

5. кейлонов

7. Для опухолевых клеток характерно:

1. усиление апоптоза 2. ослабление апоптоза

8. Атипичные клетки характерны для

1. миомы

2. фибромф

3. саркомы

4. ангиомы

9. Злокачественная опухоль из соединительной ткани

1. фиброма

2. киста

3. саркома

10. Признак, не характерный для злокачественной опухоли

1. прорастание в окружающие ткани и регионарные лимфоузлы

2. четкие границы опухоли, метастазы не дает

3. развитие кахексии

4. микроскопически — «атипичные» клетки

11. В основе механизмов канцерогенеза лежит:

1. активация механизма апоптоза

2. нарушение регуляции клеточного цикла деления

3. супрессия трансформации протоонкогенов в онкогены

12. Основными этиологическими факторами в возникновении опухоли

являются:

1. вторичная адентия

2. острые воспалительные процессы мягких тканей лица

3. хроническая травма слизистой оболочки полости рта 4. острые

воспалительные процессы костей лицевого скелета

13. Для морфологической картины опухоли характерно наличие:

1. атипического ороговения

2. обызвествления миоцитов

3. воспалительного инфильтрата

4. инвазии в подэпителиальные ткани

14. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

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

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

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

16. Основными этиологическими факторами в возникновении предрака являются:

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

17. Для морфологической картины предрака характерно отсутствие:

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

18. Важнейшая мишень для канцерогенеза:

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

19. Раком курильщика называют:

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

20. К эндогенным химическим канцерогенам относятся:

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

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

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

22.К основным методам обследования относятся:

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

23. Опрос пациента начинается с выяснения:

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

24.К дополнительным методам обследования относится:

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

25.Опрос больного начинается с выяснения:

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

26.Осмотр онкологического больного начинают с:

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

27.Сбор анамнеза онкологического больного начинают:

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

28. Рентгенологический метод исследования позволяет определить:

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

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

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

30. Окончательный диагноз выставляется на основании:

1. Жалоб
2. Жалоб и данных анамнеза
3. Жалоб, анамнеза, данных объективного обследования

31. Данных осмотра, основных и дополнительных методов обследования

1. врожденными 2. одонтогенными

1. травматическими
2. онкологическими
3. воспалительными

32. Боковая киста шеи локализуется:

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

33. Срединная киста шеи локализуется:

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

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

1. биохимическое
2. цитологическое
3. радиоизотопное
4. реакция Вассермана

5. динамики тимоловой пробы

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

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

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

1. криотерапия
2. химиотерапия
3. лучевая терапия
4. динамическое наблюдение
5. оперативное вмешательство

37. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их:

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

38. Боковой свищ шеи располагается в области:

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

39. Боковая киста шеи располагается:

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

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

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

41. Основным клиническим проявлением кисты нижней челюсти является:

1. боль

1. симптом Венсана

2. нарушение глотания

3. плотное обызвествленное образование

5. безболезненная деформация в виде вздутия

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

1. в виде "тающего сахара"

2. с нечеткими границами в области образования

3. в виде нескольких полостей с четкими контурами

4. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких

зубов

43. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется:

1. ограниченным участком ороговения десны

2. рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны

3. плотным безболезненным образованием на широком основании

4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

44. Клиническая картина ангиоматозного эпюлиса характеризуется:

1. ограниченным участком ороговения десны

2. рыхлым безболезненным кровоточащим образованием десны,

красного цвета

3. плотным безболезненным образованием на широком основании

4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

5. 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

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

1. в виде "тающего сахара"

2. с четкими контурами и тенью зуба в полости

3. с нечеткими границами в области образования

4. в виде нескольких полостей с четкими контурами

5. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких

зубов

46. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

1. цистэктомия

2. криодеструкция

3. склерозирование
4. частичная резекция челюсти
5. половинная резекция челюсти

47. Клиническая картина мягкой одонтомы характеризуется:

1. безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
2. рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
3. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
4. плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов

5.2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

48. Основным методом лечения мягкой одонтомы является:

1. цистэктомия
 2. химиотерапия
 3. лучевая терапия
 4. резекция челюсти
 5. выскабливание оболочки новообразования
49. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей

является:

1. прорастание кисты в полость носа
2. одиночная киста с одним корнем в полости
3. прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
4. большие размеры

(более 3 зубов в полости)

5. деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
50. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если:

1. прорастает в верхнечелюстную пазуху
2. она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
3. в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов

51. Клинические признаки капиллярной гемангиомы сходны:

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

52. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области

типа:

1. кавернозной
2. капиллярной
3. артериальной

53. Основным клиническим признаком артериальной гемангиомы

является:

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

54. Основными методами лечения капиллярной гемангиомы являются:

1. прошивание
2. электрорезекция
3. лучевое воздействие
4. склерозирующая терапия
5. криодеструкция, лазерокоагуляция

55 Стадию злокачественного новообразования устанавливают на основании клинических признаков:

1. жалоб больного
2. размеров опухоли
3. жалоб больного, размеров опухоли
4. размеров опухоли, наличия близлежащих метастазов
5. размеров опухоли, наличия отдаленных и близлежащих метастазов
56. К хирургическим методам лечения злокачественных

новообразований слизистой оболочки полости рта относят :

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

57. Чаще всего липома локализуется в области:

1. щечной
2. лобной
3. височной
4. околоушно-жевательной

58. Основным методом лечения липомы является;

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

59. Для твердой фибромы характерно наличие в ней:

1. незрелой фиброзной ткани
2. зрелой фиброзной ткани, бедной коллагеном

3. зрелой, богатой коллагеном фиброзной ткани
60. Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1. гиперсаливация
 2. частичная адентия
 3. массивные зубные отложения
 4. хроническая травма слизистой оболочки
 5. заболевания желудочно-кишечного тракта
- Ответы

61. Ретенционные кисты малых слюнных желез наиболее часто локализуются в области:

1. щек
2. верхней губы
3. нижней губы
4. кончика языка
5. нижней поверхности языка

62. Метод лечения ретенционной кисты губы:

1. физиотерапевтический
2. склерозирующая терапия
3. криотерапия
4. хирургический
5. верно 1) и 2)

63. Наиболее частый путь метастазирования при раке губы:

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

64. Злокачественная опухоль губы обычно локализуется:

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

65. Бородавчатая форма рака губы характеризуется:

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

66. Гистологической формой рака языка чаще бывает:

1. аденокарцинома
2. железистый рак
3. меланома

4. плоскоклеточный неороговевающий рак
5. плоскоклеточный ороговевающий рак
67. Адекватный объем хирургического вмешательства при местно-

распространенном раке языка:

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

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

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

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

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

70. Клиническая картина I стадии рака языка характеризуется :

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

71. У больного установлен диагноз хондромы нижней челюсти.

Какое лечение Вы примените:

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

72. К остеодисплазии не относятся:

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

73. Лечение оссифицирующей фибромы заключается в следующем:

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

74. У больного установлен диагноз периферической остеомы (экзостоза) нижней челюсти. Укажите вариант Вашего лечения:

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

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

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

76. Клинически оссифицирующая фиброма челюстей протекает как:

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

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

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

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

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

79.К гистиоцитозу X относится:

1. нейрофиброматоз
- 2.эозинофильная гранулема
73. амелобластома
74. меланотическая нейроэктодермальная опухоль младенцев
75. миксома челюстных костей

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

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

Ответы

81.Ранними симптомами периферических сарком челюстей являются:

1. деформация челюсти, подвижность зубов
2. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение

глотания

3. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

82.Рентгенологическая картина при периферической саркоме челюсти характеризуется:

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

83.Ранними симптомами сарком околочелюстных тканей являются:

1. безболезненный инфильтрат мягких тканей

2. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, утолщение челюсти

4. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания

84. Рентгенологическая картина остеолитической формы саркомы челюсти характеризуется:

1. деструкцией костной ткани с очагами просветления с нечеткими контурами

2. истончением кортикального слоя кости, множеством кистозных просветлений

3. разволокнением кортикального слоя, пятнистоочаговым "ватным" рисунком, преобладанием костеобразования

4. периоссальными наслоениями (спикулами), отслойкой надкостницы, краевой деструкцией кости

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

1. химиотерапию

2. лучевую терапию

3. иссечение опухоли

4. комбинированное лечение

5. симптоматическую терапию

86. У больного установлен диагноз остеосаркомы нижней челюсти.

Укажите правильный вариант лечения:

1. вылушивание;

2. консервативное лечение;

3. сглаживание деформированного участка

4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями,

комбинированное лечение.

87. Рак верхнечелюстной пазухи следует дифференцировать:

1. с ретенционной кистой

2. с полиморфной аденомой

3. с хроническим в/ч синуситом

4. с дистопией третьих моляров

88. У больного установлен диагноз остеобластомы нижней челюсти.

Какое лечение Вы примените:

1. кюретаж;

2. резекцию участка челюсти;

3. вылушивание;

4. резекцию участка челюсти с окружающими тканями, комбинированное лечение.

89. Развитию вторичного рака нижней челюсти способствует:

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

90. Рентгенологическая картина остеобластической формы саркомы челюсти характеризуется:

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

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

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

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

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

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

1. цистотомия
2. цистэктомия
3. цистаденэктомия

4. криотерапия

5. склерозирование

94. Хирургическое лечение ретенционных кист малых слюнных желез

закljučается в удалении кисты:

1. с железой

2. с частью железы

3. кисты с железой и окружающими тканями

95. При удалении ретенционных кист малых слюнных желез

иссекаются:

1. киста

2. часть оболочки кисты

3. часть слизистой оболочки и киста с железой

4. часть слизистой оболочки, киста с железой и окружающими тканями

96. Доброкачественной эпителиальной опухолью слюнных желез

является:

1. карцинома

2. цилиндрома

3. мукоэпидермоидная

4. ацинозноклеточная

5. мономорфная аденома

97. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей

ставится на основании результата:

1. томографии

2. контрастной рентгенографии

3. открытой хирургической биопсии

4. пункционной биопсии

5. морфологического исследования послеоперационного материала

98. Злокачественной эпителиальной опухолью слюнных желез является:

1. цилиндрома

2. лимфаденома

3. онкоцитоз

4. плеоморфная аденома

5. мономорфная аденома

99. Парез лицевого нерва как осложнение возможен при операциях на

слюнной железе:

1. поднижнечелюстной

2. околоушной

3. подъязычной

4. малой слизистой оболочки щеки

5. верно 1) и 3)

100. Комбинированный метод лечения новообразований:

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

Ключи к тестам

1-1	2-5	3-1	4-1	5-1	6-4	7-2	8-3	9-3	10-2
11-3	12-3	13-1	14-1	15-3	16-1	17-3	18-3	19-3	20-2
21-2	22-2	23-3	24-3	25-4	26-3	27-1	28-1	29-2	30-3
31-1	32-5	33-2	34-2	35-5	36-5	37-2	38-5	39-4	40-4
41-3	42-2	43-3	44-4	45-2	46-1	47-1	48-4	49-2	50-3
51-1	52-3	53-1	54-5	55-5	56-4	57-1	58-5	59-3	60-4
61-3	62-4	63-3	64-3	65-3	66-5	67-4	68-1	69-3	70-2
71-2	72-4	73-2	74-3	75-2	76-3	77-2	78-1	79-2	80-4
81-1	82-1	83-3	84-3	85-3	86-4	87-4	88-2	89-5	90-1
91-1	92-4	93-1	94-3	95-д	96-3	97-5	98-4	99-2	100-4

Ситуационные задачи

Задача 1

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

Ответ

Гистологические формы эпюлисов: фиброзный, ангиоматозный, гигантоклеточный.

Задача 2

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

1. Какое заболевание обнаружено у больной?
2. К какой группе заболеваний оно относится?

Ответ

1. Гигантоклеточный эпюлис.
2. Опухолевидные заболевания.

Задача 3

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

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

2. Что такое инвазивный рост опухоли?

Ответ

1. Из эпителиальных клеток;

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

Задача 4

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

Назовите факторы риска, способствующие развитию злокачественной опухоли.

Ответ

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

Задача 5

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

1. Составьте алгоритм обследования больного Ответ

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

Задача 6

Больной А., 35 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При осмотре полости рта обнаружена деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области премоляров пальпация которой

безболезненная. В области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста". Больной отмечает, что в настоящее время практически здоров. Два месяца назад у него был перелом нижней челюсти справа.

1. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

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

Ответ

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

2. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов.

Задача 7

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

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

Ответ

1. Острый серозный лимфаденит поднижнечелюстной области справа.

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

Задача 8

Пациентка А. 42 лет обратилась к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие опухолевидного образования в верхнем отделе шеи спереди, которое появилось около месяца назад и начало увеличиваться в размере. Образование причиняет дискомфорт, жалоб на боль нет. Клинически в верхнем отделе шеи спереди определяется округлой формы образование размером 4 см в диаметре, безболезненное при пальпации, кожа над образованием в цвете не изменена. Образование связано с подъязычной костью и смещается во время акта глотания. Проведите диагностику, определите план обследования и лечения.

Проведите диагностику данной патологии

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

Задача 9

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?

Ответ

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.
2. По возможности результаты цитологического исследования.

Задача 10



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

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

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

1. Дайте название рентгенограммы и опишите ее.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Расскажите этиологию и патогенез данного заболевания.
4. Укажите вид хирургического лечения и обоснуйте его.
5. Назовите возможные осложнения во время операции и в послеоперационном периоде.

Ответы

1. Ортопантограмма. На рентгенограмме определяется очаг разрежения костной ткани округлой формы с достаточно четкими контурами, нижняя граница которого доходит до края нижней челюсти. Определяется также дистопия и ретенция зачатка зуба 4.5, коронковая часть которого расположена в полости образования; дистопия зуба 4.4, у которого периодонтальная щель на всем протяжении дистальной поверхности корня не определяется. Имеется также причинный зуб 8.5, леченный ранее по поводу осложненного кариеса.

2. Одонтогенная воспалительная киста нижней челюсти справа. Хронический периодонтит зуба 8.5. Дистопия, ретенция зуба 4.5 и дистопия зуба 4.4.

3. Под влиянием химического и механического раздражения продуктами воспаления эпителиальные элементы в периодонте (остатки

эмбрионального эпителия зубооб-разовательной пластинки - клетки (Маляссе-Астахова) разрастаются и размножаются, образуя микроскопические полости, которые постепенно наполняются транссудатом, благодаря чему в них повышается давление.

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

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

Задача 11

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

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Когда показан хирургический метод лечения?

Ответ

1. На основании анамнеза и клинических данных ставится диагноз - хроническая трещина красной каймы нижней губы.
2. Консервативное лечение.
3. При неэффективности консервативного лечения.

Задача 12

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие вспомогательные методы исследования используются для уточнения диагноза?
3. Предложите план лечения.

Ответ

1. Липома.
2. Цитологическое исследование.

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

Задача 13

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

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика лечения этого больного?

Ответ:

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

Задача 14

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

1. Ваш предварительные диагнозы?
2. Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Ответы:

1. Метастазы в л\узлы шеи.
2. УЗИ исследования с пункцией из увеличенного л/узла с последующим проведением операции или химио-лучевого лечения

Задача 15

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

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Наметьте план лечения.
3. Какая рентгенологическая картина характерна для хондросаркомы?

Ответ

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

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

3. Характеризуется чередованием разряжения с мелкими плотными включениями

Задача 16

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

Ответ

Злокачественная опухоль верхней челюсти.

Задача 17

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

Ответ:

T2N1M0.

Задача 18

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

1. Тактика действия врача?
2. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

1. УЗИ исследование околоушной области и регионарных зон, пункция под контролем УЗИ из очага уплотнения, компьютерная томография
2. Диагноз дифференцируется между плеоморфной аденомой и раком околоушной слюнной железы. Задача 2

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

1. Тактика действия врача?
2. Наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

1. УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла.
2. Метастазы в л/узлы шеи.

Задача 19

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

1. Расскажите об основных принципах лечения.
2. Предложите тактику лечения этого больного?

Ответ

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

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

Задание 20

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

Укажите принципы лечения данной опухоли?

Ответ:

Комбинированное лечение.

Задача 21

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

Ответ:

Внутриканевая лучевая терапия

Задача 22

Больной обратился в клинику на припухлость левой половины мягкого неба. Небная миндалина увеличена, на ней глубокое изъязвление размером 0,5х0,8 см с плотными краями и некротическим налетом. Назовите оптимальный метод лучевой терапии: ОПК-6.2

Ответ:
аппликационная лучевая терапия

Задача 23

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

Каков наиболее вероятный диагноз?

Ответ:

Острая лучевая болезнь. I. Период первичной реакции.

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

Задача 24

Больная, 41 года, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в области боковой поверхности верхнего отдела шеи справа. Боль несколько усиливается при повороте головы. Впервые появилось образование и болезненность около 2 лет назад. В районной поликлинике был поставлен диагноз «хронический гиперпластический лимфаденит в области боковой» поверхности шеи справа. Проведена санация полости рта, назначалось противовоспалительное и физиолечение. После чего боль прошла, образование уменьшилось, размягчилось и 18 практически не определялось при пальпации. После переохлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось, становилось болезненным.

Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследования поставлен диагноз «боковая киста шеи справа в стадии воспаления».

В чем заключалась диагностическая и тактическая ошибка врача в районной поликлинике?

Ответ:

Диагностическая ошибка заключается в том, что больному не полностью проведено обследование. Не проведено цитологическое исследование (диагностическая пункция), по результатам которой можно было бы с большей вероятностью предположить диагноз боковой кисты шеи. Тактическая ошибка заключалась в том, что, не исключив при помощи дополнительных методов обследования опухоли или опухолеподобного заболевания, неоднократно назначалось физиолечение, которое могло способствовать малигнизации. Ошибочным также было и то, что, несмотря на повторные рецидивы воспаления, после проведенной санации, курс лечения повторялся и не проводилось 2.4 Итоговый тестовый контроль

5.2 Оценочные материалы для оценки промежуточной аттестации (оценка планируемых результатов обучения)

Примерные вопросы к зачету:

1. Опухоли и опухолеподобные образования. Статистика, классификация опухолей челюстно-лицевой области. Современные представления о биологической сущности опухолей.

Теории канцерогенеза.

2. Методы обследования и диагностики, больных со злокачественными опухолями ЧЛО.

Организация онкостоматологической помощи. Диспансерные группы.

3. Предраковые заболевания лица и полости рта. Классификация, предрасполагающие факторы. Факультативный предрак и фоновые заболевания лица и полости рта. Облигатный предрак лица и полости рта. Принципы лечения больных с предраком ЧЛЮ.
4. Рак кожи лица. Клиника, диагностика, лечение.
5. Рак губы. Клиника, диагностика, лечение.
6. Рак слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение. Рак языка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Рак верхней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.
8. Рак нижней челюсти.
9. Лучевая диагностика
10. Лучевая терапия. Клиника, диагностика, лечение.
11. Саркомы ЧЛЮ.
12. Доброкачественные и злокачественные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
13. Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями. Роль врача-стоматолога.
14. Схема написания учебной истории болезни.
15. Основные этапы лучевой терапии.
16. История развития лучевой терапии
17. Остеорадионекроз челюстей
18. Современные принципы лечения больных со злокачественными опухолями ЧЛЮ.
19. Современные представления о биологической сущности опухолей.
20. Теории канцерогенеза.
21. Классификация опухолей головы и шеи
22. Факторы риска развития опухолей головы и шеи Профилактика опухолей головы и шеи Предопухолевая патология
23. Клиника опухолей головы и шеи
24. Скрининг и ранняя диагностика опухолей головы и шеи
25. Первичная диагностика опухолей головы и шеи Уточняющая диагностика опухолей головы и шеи Стадирование опухолей головы и шеи
26. Роль морфологического исследования в диагностике и

планировании лечения опухолей головы и шеи

27. Принципы лечения опухолей головы и шеи

28. Методы лечения опухолей головы и шеи

29. Планирование лечения опухолей головы и шеи Диспансерное наблюдение за пациентами, пролеченными по поводу опухолей головы и шеи

30. Факторы прогноза при опухолях головы и шеи

31. Перспективные направления улучшения результатов лечения больных опухолями головы и шеи

5.3 Шкала и критерии оценивания планируемых результатов обучения по дисциплине

1.1. Основания и сроки проведения промежуточных аттестаций в форме зачетов.

1.1.1. Освоение образовательной программы, в том числе отдельной части или всего объема учебного предмета, курса, дисциплины (модуля) образовательной программы, сопровождается промежуточной аттестацией обучающихся, проводимой в формах, определенных учебным планом, и в порядке, установленном вузом.

1.1.2. Зачет проводится после выполнения рабочего учебного плана для данной дисциплины в части установленного объема учебных занятий и при условии успешной текущей и рубежной аттестации дисциплины, но не позднее, чем в последнюю неделю семестра.

1.2. Общие правила приема зачетов:

1.2.1. преподаватель, принимающий зачет, должен создать во время зачета спокойную деловую атмосферу, обеспечить объективность и тщательность оценки уровня знаний студентов, учет их индивидуальных особенностей;

1.2.2 при явке на зачет студент обязан иметь при себе зачетную книжку, которою он предъявляет преподавателю, принимающему зачет. В исключительных случаях при отсутствии зачетной книжки прием зачета может осуществляться по индивидуальному допуску из деканата при предъявлении документа, удостоверяющего личность;

1.2.3 в процессе сдачи зачета студенты могут пользоваться учебными программами и, с разрешения преподавателя, справочными и другими необходимыми пособиями. Использование несанкционированных источников информации не допускается. В случае обнаружения членами зачетной комиссии факта использования на зачете несанкционированных

источников информации (шпаргалки, учебники, мобильные телефоны, пейджеры и т.д.), зачетной комиссией составляется акт об использовании студентом несанкционированных источников информации, а студент удаляется с зачета с оценкой «не зачтено». Кроме того, актируются с последующим удалением студента все возможные случаи мошеннических действий; 2.3.4. присутствие посторонних лиц в аудитории, где принимается зачет, без письменного распоряжения ректора университета (проректора по учебной работе, декана факультета) не допускается. Посторонними лицами на комиссионной сдаче зачета считаются все, не включенные в состав зачетной комиссии приказом ректора.

1.2.4 по окончании зачета преподаватель оформляет и подписывает зачетную ведомость и передает её в деканат с лаборантом кафедры не позднее следующего после сдачи зачета дня;

Зачет

Порядок проведения зачета:

- ответственным за проведение зачета является преподаватель, руководивший практическими, лабораторными или семинарскими занятиями или читавший лекции по данной учебной дисциплине;

- при проведении зачета в форме устного опроса в аудитории, где проводится зачет, должно одновременно находиться не более 6 - 8 студентов на одного преподавателя, принимающего зачет. Объявление итогов сдачи зачета производится сразу после сдачи зачета;

- при использовании формы письменного опроса, зачет может проводиться одновременно для всей академической группы. Итоги сдачи зачета объявляются в день сдачи зачета;

- при проведении зачета в виде тестовых испытаний с использованием компьютерной техники на каждом рабочем месте должно быть не более одного студента;

- на подготовку к ответу при устном опросе студенту предоставляется не менее 20 минут. Норма времени на прием зачета - 15 минут на одного студента. 3.4. Критерии сдачи зачета:

- Зачет считается сданным, если студент показал знание основных положений учебной дисциплины, умение решить конкретную практическую задачу из числа предусмотренных рабочей программой, использовать рекомендованную нормативную и справочную литературу.

- Результаты сдачи зачета в письменной форме или в форме компьютерного тестирования должны быть оформлены в день сдачи зачета. В зачетную книжку вносятся наименование дисциплины, общие часы/количество зачетных единиц, ФИО преподавателя, принимавшего

зачет, и дата сдачи. Положительная оценка на зачете заносится в зачетную книжку студента («зачтено») и заверяется подписью преподавателя, осуществлявшего проверку зачетной работы. При неудовлетворительном результате сдачи зачета запись «не зачтено» и подпись преподавателя в зачетную книжку не вносятся. В зачетно-экзаменационную ведомость заносятся как положительные, так и отрицательные результаты сдачи зачета.

- По окончании зачета преподаватель оформляет зачетную ведомость: против фамилии не явившихся студентов проставляет запись «не явился», против фамилии не допущенных студентов проставляет запись «не допущен», проставляет дату проведения зачета, подсчитывает количество положительных и отрицательных результатов, число студентов, не явившихся и не допущенных к зачету, и подписывает ведомость.

- Заполненные зачетные ведомости с результатами сдачи зачета группы сотрудники кафедры передают в соответствующий деканат до начала сессии.

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут (I). Билет состоит из 2 вопросов (II). Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Если зачет дифференцированный, то можно пользоваться следующими критериями оценивания:

Оценка «отлично» выставляется, если студент показал глубокое полное знание и усвоение программного материала учебной дисциплины в его взаимосвязи с другими дисциплинами и с предстоящей профессиональной

деятельностью, усвоение основной литературы, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, знание дополнительной литературы, способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний.

Оценки «хорошо» заслуживает студент, показавший полное знание основного материала учебной дисциплины, знание основной литературы и знакомство с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой, способность к пополнению и обновлению знаний.

Оценки «удовлетворительно» заслуживает студент, показавший при ответе знание основных положений учебной дисциплины, допустивший отдельные погрешности и сумевший устранить их с помощью преподавателя, знакомый с основной литературой, рекомендованной рабочей программой.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях студента основных положений учебной дисциплины, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на вопросы билета.

Для устного опроса (ответ на вопрос преподавателя):

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по

соответствующей дисциплине.

Критерии и шкалы оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» - **высокий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он дал правильные ответы на 85% и более тестовых заданий;

Оценка «хорошо» - **средний уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 75-84% тестовых заданий;

Оценка «удовлетворительно» - **низкий уровень компетенции** - выставляется студенту, если он ответил правильно на 65-74% тестовых заданий;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется студенту, если он набрал менее 64% правильных ответов на тестовые задания.

Для оценки решения ситуационной задачи:

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

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

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

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

Для оценки рефератов:

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

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

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему

не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

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

Для оценки презентаций:

- Оценка «отлично» выставляется, если содержание является строго научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) усиливают эффект восприятия текстовой части информации. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами, причем в наиболее адекватной форме. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «хорошо» выставляется, если содержание в целом является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) соответствуют тексту. Орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки практически отсутствуют. Наборы числовых данных проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте выделены.

- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если содержание включает в себя элементы научности. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) в определенных случаях соответствуют тексту. Есть орфографические, пунктуационные, стилистические ошибки. Наборы числовых данных чаще всего проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация является актуальной и современной. Ключевые слова в тексте чаще всего выделены.

- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если содержание не является научным. Иллюстрации (графические, музыкальные, видео) не соответствуют тексту. Много орфографических, пунктуационных, стилистических ошибок. Наборы числовых данных не проиллюстрированы графиками и диаграммами. Информация не представляется актуальной и современной. Ключевые слова в тексте не выделены.

Критерии и шкала оценивания уровня освоения компетенции

Шкала оценивания		Уровень освоения компетенции	Критерии оценивания
отлично	зачтено	высокий	студент, овладел элементами

			компетенции «знать»», «уметь» и «владеть», проявил всесторонние и глубокие знания программного материала по дисциплине, освоил основную и дополнительную литературу, обнаружил творческие способности в понимании. изложении и практическом использовании усвоенных знаний.
хорошо		достаточный	студент овладел элементами компетенции «знать» и «уметь», проявил полное знание программного материала по дисциплине, освоил основную рекомендованную литературу. обнаружил стабильный характер знаний и умений и проявил способности к их самостоятельному применению и обновлению в ходе последующего обучения и практической деятельности.
удовлетворительно		базовый	студент овладел элементами компетенции «знать», проявил знания основного программного материала по дисциплине в объеме, необходимом для последующего обучения и предстоящей практической деятельности, изучил основную рекомендованную литературу, допустил неточности в ответе на экзамене, но в основном обладает необходимыми знаниями для их устранения при корректировке со стороны экзаменатора.
неудовлетворительно	не зачтено	Компетенция не сформирована	студент не овладел ни одним из элементов компетенции, обнаружил существенные пробелы в знании основного программного материала по дисциплине, допустил принципиальные ошибки при применении теоретических знаний, которые не позволяют ему продолжить обучение или приступить к практической деятельности без дополнительной подготовки по данной дисциплине.

6. Перечень учебно-методической литературы

6.1 Учебные издания:

1. Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425329.html>
2. Амбулаторно-поликлиническая онкология [Электронный ресурс] / Ш.Х. Ганцев, В.В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 448 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-2058-4 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420584.html>
3. Лучевая терапия [Электронный ресурс] / Труфанов Г.Е., Асатурян М.А., Жаринов Г.М. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-2514-5 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425145.html>
4. Лучевая диагностика повреждений челюстно-лицевой области [Электронный ресурс] / Васильев Ю.В., Лежнев Д.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 80 с. - ISBN 978-5-9704-1698-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970416983.html>
5. Лучевая диагностика и терапия. Общая лучевая диагностика [Электронный ресурс] / Терновой С. К. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 232 с. - ISBN 978-5-9704-2989-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970429891.html>

6.2 Методические и периодические издания

1. Бесплатные медицинские методички для студентов ВУЗов Режим доступа: <https://medvuza.ru/free-materials/manuals>
2. Журнал «Стоматология». Режим доступа: elibrary.ru
3. Российский стоматологический журнал. Режим доступа: elibrary.ru

7. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимых для освоения дисциплины

1. Единое окно доступа к информационным ресурсам [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://window.edu.ru/>
2. Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России [Электронный ресурс]. - Режим доступа <http://www.femb.ru/feml/>, <http://feml.scsml.rssi.ru>

8. Перечень информационных технологий, используемых при осуществлении образовательного процесса по дисциплине

8.1 Комплект лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, в том числе отечественного производства

В процессе изучения дисциплины, подготовки к лекциям и выполнению практических работ используются персональные компьютеры с установленными стандартными программами:

1. Consultant+
2. Операционная система Windows 10.
3. Офисный пакет приложений MicroSoft Office
4. Антивирус Kaspersky Endpoint Security.
5. PROTEGE – свободно открытый редактор, фреймворк для построения баз знаний
6. Open Dental - программное обеспечение для управления стоматологической практикой.
7. Яндекс.Браузер – браузер для доступа в сеть интернет.

8.2. Перечень электронно-библиотечных систем (ЭБС), современных профессиональных баз данных и информационно справочных систем:

1. Национальное научно-практическое общество скорой медицинской помощи <http://cito03.netbird.su/>
2. Научная электронная библиотека elibrary.ru <http://elibrary.ru>
3. Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://feml.scsml.rssi.ru/feml>
4. Всемирная организация здравоохранения <http://www.who.int/en/>
5. Министерство здравоохранения РФ <http://www.rosminzdrav.ru>
6. Стоматология <http://www.orthodent-t.ru/>
7. Виды протезирования зубов: <http://www.stom.ru/>
8. Русский стоматологический сервер <http://www.rusdent.com/>
9. Электронно-библиотечная система «Консультант студента ВПО», доступ предоставлен зарегистрированному пользователю университета с любого домашнего компьютера. Доступ предоставлен по ссылке www.studmedlib.ru.

9 Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины

Методические рекомендации для студентов

Основными видами аудиторной работы студентов, обучающихся по программе специалитета, являются лекции и практические (семинарские) занятия. В ходе лекций преподаватель излагает и разъясняет основные понятия темы, связанные с ней теоретические и практические проблемы, дает рекомендации к самостоятельной работе. Обязанность студентов – внимательно слушать и конспектировать лекционный материал.

В процессе подготовки к семинару студенты могут воспользоваться консультациями преподавателя. Примерные темы докладов, сообщений, вопросов для обсуждения приведены в настоящих рекомендациях. Кроме указанных в настоящих учебно-методических материалах тем, студенты могут по согласованию с преподавателем избирать и другие темы.

Самостоятельная работа необходима студентам для подготовки к семинарским занятиям и подготовки рефератов на выбранную тему с использованием материалов преподаваемого курса, лекций и рекомендованной литературы.

Самостоятельная работа включает глубокое изучение научных статей и учебных пособий по дисциплине. Самостоятельную работу над дисциплиной следует начинать с изучения программы, которая содержит основные требования к знаниям, умениям, навыкам обучаемых. Обязательно следует выполнять рекомендации преподавателя, данные в ходе установочных занятий. Затем приступать к изучению отдельных разделов и тем в порядке, предусмотренном программой. Получив представление об основном содержании раздела, темы, необходимо изучить материал с помощью учебника. Целесообразно составить краткий конспект или схему, отображающую смысл и связи основных понятий данного раздела, включенных в него тем. Обязательно следует записывать возникшие вопросы, на которые не удалось ответить самостоятельно.

Методические указания по самостоятельному изучению теоретической части дисциплины

Изучение вузовских курсов непосредственно в аудиториях обуславливает такие содержательные элементы самостоятельной работы, как умение слушать и записывать лекции; критически оценивать лекции, выступления товарищей на практическом занятии, групповых занятиях, конференциях; продуманно и творчески строить свое выступление, доклад, рецензию; продуктивно готовиться к зачетам и экзаменам. К самостоятельной работе вне аудитории относится: работа с книгой, документами, первоисточниками; доработка и оформление лекционного

материала; подготовка к практическим занятиям, конференциям, «круглым столам»; работа в научных кружках и обществах.

Известно, что в системе очного обучения удельный вес самостоятельной работы достаточно велик. Поэтому для студента крайне важно овладеть методикой самостоятельной работы.

Рекомендации по работе над лекционным материалом - эта работа включает два основных этапа: конспектирование лекций и последующую работу над лекционным материалом.

Под конспектированием подразумевают составление конспекта, т.е. краткого письменного изложения содержания чего-либо (устного выступления – речи, лекции, доклада и т.п. или письменного источника – документа, статьи, книги и т.п.).

Методика работы при конспектировании устных выступлений значительно отличается от методики работы при конспектировании письменных источников. Конспектируя письменные источники, студент имеет возможность неоднократно прочитать нужный отрывок текста, поразмыслить над ним, выделить основные мысли автора, кратко сформулировать их, а затем записать. При необходимости он может отметить и свое отношение к этой точке зрения. Слушая же лекцию, студент большую часть комплекса указанных выше работ должен откладывать на другое время, стремясь использовать каждую минуту на запись лекции, а не на ее осмысление – для этого уже не остается времени. Поэтому при конспектировании лекции рекомендуется на каждой странице отделять поля для последующих записей в дополнение к конспекту.

Записав лекцию или составив ее конспект, не следует оставлять работу над лекционным материалом до начала подготовки к зачету. Нужно проделать как можно раньше ту работу, которая сопровождает конспектирование письменных источников и которую не удалось сделать во время записи лекции, - прочесть свои записи, расшифровав отдельные сокращения, проанализировать текст, установит логические связи между его элементами, в ряде случаев показать их графически, выделить главные мысли, отметить вопросы, требующие дополнительной обработки, в частности, консультации преподавателя.

При работе над текстом лекции студенту необходимо обратить особое внимание на проблемные вопросы, поставленные преподавателем при чтении лекции, а также на его задания и рекомендации.

Рекомендации по работе с учебными пособиями, монографиями, периодикой.

Грамотная работа с книгой, особенно если речь идет о научной литературе, предполагает соблюдение ряда правил, овладению которыми необходимо настойчиво учиться. Организуя самостоятельную работу студентов с книгой, преподаватель обязан настроить их на серьезный, кропотливый труд.

Прежде всего, при такой работе невозможен формальный, поверхностный подход. Не механическое заучивание, не простое накопление цитат, выдержек, а сознательное усвоение прочитанного, осмысление его, стремление дойти до сути – вот главное правило. Другое правило – соблюдение при работе над книгой определенной последовательности. Вначале следует ознакомиться с оглавлением, содержанием предисловия или введения. Это дает общую ориентировку, представление о структуре и вопросах, которые рассматриваются в книге. Следующий этап – чтение. Первый раз целесообразно прочитать книгу с начала до конца, чтобы получить о ней цельное представление. При повторном чтении происходит постепенное глубокое осмысление каждой главы, критического материала и позитивного изложения, выделение основных идей, системы аргументов, наиболее ярких примеров и т. д.

Непременным правилом чтения должно быть выяснение незнакомых слов, терминов, выражений, неизвестных имен, названий. Немало студентов с этой целью заводят специальные тетради или блокноты. Важная роль в связи с этим принадлежит библиографической подготовке студентов. Она включает в себя умение активно, быстро пользоваться научным аппаратом книги, справочными изданиями, каталогами, умение вести поиск необходимой информации, обрабатывать и систематизировать ее. Полезно познакомиться с правилами библиографической работы в библиотеках учебного заведения.

Научная методика работы с литературой предусматривает также ведение записи прочитанного. Это позволяет привести в систему знания, полученные при чтении, сосредоточить внимание на главных положениях, зафиксировать, закрепить их в памяти, а при необходимости и вновь обратиться к ним. Конспект ускоряет повторение материала, экономит время при повторном, после определенного перерыва, обращении к уже знакомой работе.

Конспектирование – один из самых сложных этапов самостоятельной работы. Каких-либо единых, пригодных для каждого студента методов и приемов конспектирования, видимо, не существует. Однако это не исключает соблюдения некоторых, наиболее оправдавших себя общих правил, с которыми преподаватель и обязан познакомить студентов:

1. Главное в конспекте не его объем, а содержание. В нем должны быть отражены основные принципиальные положения источника, то новое, что внес его автор, основные методологические положения работы. Умение излагать мысли автора сжато, кратко и собственными словами приходит с опытом и знаниями. Но их накоплению помогает соблюдение одного важного правила – не торопиться записывать при первом же чтении, вносить в конспект лишь то, что стало ясным.

2. Форма ведения конспекта может быть самой разнообразной, она может изменяться, совершенствоваться. Но начинаться конспект всегда должен с указания полного наименования работы, фамилии автора, года и места издания; цитаты берутся в кавычки с обязательной ссылкой на страницу книги.

3. Конспект не должен быть безликим, состоящим из сплошного текста. Особо важные места, яркие примеры выделяются цветным подчеркиванием, взятием в рамочку, отненном, пометками на полях специальными знаками, чтобы как можно быстрее найти нужное положение. Дополнительные материалы из других источников можно давать на полях, где записываются свои суждения, мысли, появившиеся уже позже составления конспекта.

Методические указания по подготовке к различным видам семинарских и практических работ

Участие студентов на семинарских занятиях направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по конкретным темам дисциплины;
- формирование умений демонстрировать полученные знания на публике, реализацию единства интеллектуальной и практической деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых качеств, как самостоятельность, ответственность, точность, творческая инициатива.

Темы, по которым планируются семинарские занятия и их объемы, определяется рабочей программой.

Семинар как вид учебного занятия может проводиться в стандартных учебных аудиториях. Продолжительность - не менее двух академических часов. Необходимыми структурными элементами, помимо самостоятельной деятельности студентов, являются инструктаж, проводимый преподавателем, а также организация обсуждения итогов выступлений студентов. Семинарские занятия могут носить репродуктивный, частично-поисковый и поисковый характер.

Для повышения эффективности проведения лабораторных работ и практических занятий рекомендуется: разработка методического комплекса с вопросами для семинара, разработка заданий для автоматизированного тестового контроля за подготовленностью студентов к занятиям; подчинение методики проведения семинарских занятий ведущим дидактическим целям с соответствующими установками для студентов; применение коллективных и групповых форм работы, максимальное использование индивидуальных форм с целью повышения ответственности каждого студента за самостоятельное выполнение полного объема работ; подбор дополнительных вопросов для студентов, работающих в более быстром темпе, для эффективного использования времени, отводимого на практические занятия.

Оценки за выполнение семинарских занятий могут выставляться по пятибалльной системе или в форме зачета и учитываться как показатели текущей успеваемости студентов.

Методические указания по подготовке к текущему контролю знаний

Текущий контроль выполняется в форме опроса, тестирования.

Методические указания по подготовке к опросу

Самостоятельная работа студентов включает подготовку к устному опросу на семинарских занятиях. Для этого студент изучает лекции преподавателя, основную и дополнительную литературу, публикации, информацию из Интернет-ресурсов.

Тема и вопросы к семинарским занятиям, вопросы для самоконтроля содержатся в рабочей учебной программе и доводятся до студентов заранее. Эффективность подготовки студентов к устному опросу зависит от качества ознакомления с рекомендованной литературой. Для подготовки к устному опросу, блиц-опросу студенту необходимо ознакомиться с материалом, посвященным теме семинара, в учебнике или другой рекомендованной литературе, записях с лекционного занятия, обратить внимание на усвоение основных понятий дисциплины, выявить неясные вопросы и подобрать дополнительную литературу для их освещения, составить тезисы выступления по отдельным проблемным аспектам.

В зависимости от темы, может применяться фронтальная или индивидуальная форма опроса. При индивидуальном опросе студенту дается 5-10 минут на раскрытие темы.

Методические указания по подготовке к тестированию

Успешное выполнение тестовых заданий является необходимым условием итоговой положительной оценки в соответствии с применяемой системой обучения. Тестовые задания подготовлены на основе лекционного материала, учебников и учебных пособий по данной дисциплине.

Выполнение тестовых заданий предоставляет студентам возможность контролировать уровень своих знаний, обнаруживать пробелы в знаниях и принимать меры по их ликвидации. Форма изложения тестовых заданий позволяет закрепить и восстановить в памяти пройденный материал. Предлагаемые тестовые задания охватывают узловые вопросы теоретических и практических основ по дисциплине. Для формирования заданий использована закрытая форма. У студента есть возможность выбора правильного ответа или нескольких правильных ответов из числа предложенных вариантов. Для выполнения тестовых заданий студенты должны изучить лекционный материал по теме, соответствующие разделы учебников, учебных пособий и других литературных источников.

Контрольные тестовые задания выполняются студентами на семинарских занятиях. Репетиционные тестовые задания содержатся в рабочей учебной программе дисциплины. С ними целесообразно ознакомиться при подготовке к контрольному тестированию.

Методические указания по подготовке к зачету (экзамену)

1. Подготовка к зачету/экзамену заключается в изучении и тщательной проработке студентом учебного материала дисциплины с учетом учебников, лекционных и семинарских занятий, сгруппированном в виде контрольных вопросов.

2. На зачет/экзамен студент обязан предоставить:

- полный конспект лекций (даже в случаях разрешения свободного посещения учебных занятий);

- полный конспект семинарских занятий;

3. На зачете/экзамене по билетам студент дает ответы на вопросы билета после предварительной подготовки. Студенту предоставляется право отвечать на вопросы билета без подготовки по его желанию.

Преподаватель имеет право задавать дополнительно вопросы, если студент недостаточно полно осветил тематику вопроса, если затруднительно однозначно оценить ответ, если студент не может ответить на вопрос билета, если студент отсутствовал на занятиях в семестре.

Раздел 10. Материально-техническое обеспечение, необходимое для осуществления образовательного процесса по дисциплине:

№ п/п	Наименование объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения, с перечнем основного оборудования	Адрес (местоположение) объекта, подтверждающего наличие материально-технического обеспечения (с указанием номера такого объекта в соответствии с документами по технической инвентаризации)
1.	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых консультаций и индивидуальной работы обучающихся с педагогическими работниками, оснащенная средствами обучения, оборудованием и техническими средствами, учебно-наглядными пособиями, образовательными, информационными ресурсами и иными материальными объектами, необходимыми для организации образовательной деятельности.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 2 этаж, кабинет № 11
2.	Учебная аудитория для самостоятельной работы обучающихся, оснащенная компьютерной техникой с подключением к сети Интернет и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде организации.	367031, Республика Дагестан, город Махачкала, пр-кт Амет-Хана Султана, зд.91., 3 этаж, библиотека, кабинет № 23

11. Особенности организации обучения по дисциплине при наличии инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Особенности организации обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляются на основе создания условий обучения, воспитания и развития таких студентов, включающие в себя использование при необходимости адаптированных образовательных программ и методов обучения и воспитания, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания вуза и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение учебных дисциплин (модулей) обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Обучение в рамках учебной дисциплины обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется институтом с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Обучение по учебной дисциплине обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах.

В процессе ведения учебной дисциплины профессорско-преподавательскому составу рекомендуется использование социально-активных и рефлексивных методов обучения, технологий социокультурной реабилитации с целью оказания помощи обучающимся с ограниченными возможностями здоровья в установлении полноценных межличностных отношений с другими обучающимися, создании комфортного психологического климата в учебной группе.

Особенности проведения текущей и промежуточной аттестации по дисциплине для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья устанавливаются с учетом индивидуальных психофизических особенностей и при необходимости предоставляется дополнительное время для их прохождения.