федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «онкология челюстно-лицевой области» по специальности 31.08.74 «стоматология хирургическая»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.74 «Стоматология хирургическая», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «22» июня 2018 г

Оренбург

**1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы

ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи

ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Определение понятия предрак. Классификация предрака.
2. Опухоли жировой ткани (липома). Клиника, лечение.
3. Сосудистые опухоли челюстно-лицевых костей (костная гемангиома). Клиника, диагностика, лечение.

**Модуль 2**. **Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Классификация рака нижней губы по системе TNM.
2. Злокачественная меланома. Клиника, диагностика и лечение.
3. Одонтогенные раки (первичный внутрикостный рак).

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области**

Практическое занятие №1

Тема: Методы обследования больных с предопухолевыми и опухолевыми поражениями лица, органов полости рта, челюстей и шеи. Предраковые состояния кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Понятие о номенклатуре онкологических заболеваний. Международная гистологическая классификация опухолей (МГКО).
2. Обследование больных с подозрением на опухолевый процесс.
3. Специальные методы исследования (ЭОД, рентгенодиагностика, морфологические методы, исследования крови).
4. Понятие онкологической настороженности.
5. Определение понятия предрак. Классификация предрака.
6. Болезнь Боуэна. Клиника, лечение.
7. Пигментная ксеродерма. Клиника, лечение.
8. Актинический кератоз (солнечный, старческий кератоз). Клиника, лечение.
9. Радиационный дерматоз. Клиника, лечение.
10. Предраковый меланоз, меланотическое пятно (веснушка) Гетчинсона. Клиника, лечение.
11. Бородавчатый (узелковый) предрак красной каймы губ. Клиника, лечение.
12. Ограниченный предраковыцй гиперкератоз красной каймы губ. Клиника, лечение.
13. Абразивный (преканцерозный) хейлит Манга-ноти. Клиника, лечение.
14. Эритроплакия слизистой оболочки полости рта. Клиника, лечение.

**Тестовые задания:**

1. 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

2. 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

3. При подозрении на злокачественную опухоль челюстно-лицевой области больного необходимо направить к:

* + - 1. районному онкологу
			2. специалисту-радиологу
			3. участковому терапевту
			4. хирургу общего профиля
			5. хирургу-стоматологу

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

* + - 1. районному онкологу
			2. специалисту-радиологу
			3. участковому терапевту
			4. хирургу общего профиля
			5. хирургу-стоматологу

5. К дополнительным методам исследования для уточнения диагноза «зло­качественное новообразование челюстно-лицевой области» относится:

* + - 1. физикальный
			2. биохимический
			3. цитологический
			4. иммунологический
			5. биометрический

6. Для морфологической картины предрака характерно наличие:

гиперкератоза

обызвествления миоцитов

воспалительного инфильтрата

вторичного казеозного некроза

инвазии в подлежащие ткани

7. К предраковым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

рожистое воспаление

термический и химические ожоги

бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

8. К предраковым заболевания красной каймы губ относятся:

рожистое воспаление

термический и химические ожоги

бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, хейлит Манганотти

болезнь Боуэна, пигментная ксеродерма, актинический кератоз, предраковый меланоз

эритроплакия, лейкоплакия, красная волчанка, плоский лишай, подслизистый фиброз

9. Клиническая картина предракового гиперкератоза характеризуется нали­чием:

2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей

атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географического» рисунка

ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками

болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпите­лием на 3-5 мм

10. Клиническая картина хейлита Манганотти характеризуется наличием:

2-3 эрозий, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

эрозивной поверхностью с инфильтрацией подлежащих тканей

атрофичных уплощенных бляшек, покрытых корками, «географического» рисунка

ограниченного участка ороговения, покрытого тонкими, плотно сидящими чешуйками

болезненного узла с бугристой поверхностью, возвышающегося над эпите­лием на 3-5 мм

**Проверка практических навыков:**

1. План обследования больных с предопухолевыми и опухолевыми поражениями лица, органов полости рта, челюстей и шеи.
2. План лечения пациентов с предраковыми состояниями.

Практическое занятие №2

Тема: Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты кожи лица. Врожденные свищи и кисты лица и шеи. Клиническая картина, диагностика, лечение

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, прием практического навыка).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Базально-клеточный рак. Клиника, диагностика и лечение.
2. Плоскоклеточный рак кожи лица. Клиника, диагностика и лечение.
3. Кератоакантома. Клиника, диагностика и лечение.
4. Доброкачественный плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома). Клиника, диагностика и лечение.
5. Себорейный кератоз. Клиника, диагностика и лечение.
6. Ринофима. Клиника, диагностика и лечение.
7. Опухоль волосяного матрикса (обызвествленная эпителиома Малерба). Клиника, диагностика и лечение.
8. Невус. Клиника, диагностика и лечение.
9. Злокачественная меланома. Клиника, диагностика и лечение.
10. Кератиновая киста. Дермоидная киста. Клиника, диагностика и лечение.
11. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Клиника, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

* 1. врожденными
	2. одонтогенными
	3. травматическими
	4. онкологическими
	5. воспалительными

2. Боковая киста шеи локализуется:

* 1. по средней линии шеи
	2. в подподбородочной области
	3. в поднижнечелюстной области
	4. по переднему краю трапециевидной мышцы
	5. в средней трети шеи, по переднему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы

3. Срединная киста шеи локализуется:

* 1. в подподбородочной области
	2. в области яремной вырезки
	3. в поднижнечелюстной области

4) по переднему краю трапециевидной мышцы

5) над щитовидным хрящом

4. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается в:

* 1. носоглотке
	2. щечной области
	3. подъязычной области
	4. поднижнечелюстной области
	5. области верхнего полюса миндалины

5. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается в:

* 1. носоглотке
	2. щечной области
	3. подъязычной области
	4. области корня языка
	5. поднижнечелюстной области

6. Клиническим симптомом врожденной кисты шеи является наличие:

* 1. уплотнения кожи на шее
	2. повышения температуры тела
	3. болей спастического характера
	4. положительной тимоловой пробы
	5. новообразования округлой формы

7. 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

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

* 1. в надключичной области
	2. по переднему краю трапециевидной мышцы
	3. по переднему краю жевательной мышцы
	4. горизонтально по верхней шейной складке
	5. горизонтально по нижней шейной складке

9. Наиболее грозным осложнением во время удаления боковой кисты шеи является:

* 1. парез лицевого нерва
	2. перелом подъязычной кости
	3. повреждение крупных сосудов шеи
	4. травма околоушной слюнной железы
	5. травма поднижнечелюстной слюнной железы

10. Наиболее грозным осложнением после удаления срединных свищей шеи (реже кист) является:

* 1. парез лицевого нерва
	2. парез голосовых связок
	3. перелом подъязычной кости
	4. травма околоушной слюнной железы
	5. стеноз верхних дыхательных путей

**Проверка практических навыков:**

1. План лечения пациентов с опухолями и опухолеподобными поражения лица.
2. План лечения пациентов с врожденными свищами и кистами лица и шеи.

Практическое занятие №3

Тема: Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения мягких тканей челюстно-лицевой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опухолеподобные поражения фиброзной ткани (фиброма, фиброматоз, эпулис). Клиника, лечение.
2. Опухолеподобные поражения жировой ткани (липома, диффузный липоматоз). Клиника, лечение.
3. Опухолеподобные поражения кровеносных сосудов (гемангиома, системный гемангиоматоз, гимангиома грануляционно-тканевого типа - пиогенная гранулема тканевого). Клиника, лечение.
4. Опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая неврома). Клиника, лечение.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Фиброма. Клиника, лечение.
2. Эпулис. Клиника, лечение.
3. Гемангиома. Клиника, лечение.

**Проверка практических навыков:**

1. План лечения пациентов с опухолеподобными поражениями мягких тканей челюстно-лицевой области.

Практическое занятие №4

Тема: Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей. Клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение. Доброкачественные одонтогенные опухоли.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Одонтогенные эпителиальные кисты (радикулярные, фолликулярные, парадентальные, эпидермоидные кисты челюстей, кератокиста). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
2. Неодонтогенные эпителиальные кисты (киста носонебного (резцового) канала, шаровидно-верхнечелюстная киста, носогубная (носоальвеолярная) киста). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
3. Доброкачественные одонтогенные опухоли (амелобластома, амелобластическая фиброма).
4. Доброкачественные одонтогенные опухоли (однтомы, цементомы).
5. Доброкачественные одонтогенные опухоли (миксомы - миксофиброма).

**Тестовые задания:**

1. Клиническим проявлением кисты челюсти является:

* 1. гематома
	2. симптом Венсана
	3. нарушение глотания
	4. плотное обызвествленное образование
	5. безболезненная деформация в виде вздутия

2. 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
	5. в виде участков уплотнения и разрежения

3. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

* 1. цементомой
	2. амелобластомой
	3. твердой одонтомой
	4. репаративной гранулемой
	5. остеомиелитом

4. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

* 1. одонтомой
	2. цементомой
	3. радикулярной кистой
	4. репаративной гранулемой
	5. остеомиелитом

5. 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

6. Основным методом лечения амелобластомы является:

* + 1. цистэктомия
		2. химиотерапия
		3. лучевая терапия
		4. резекция челюсти
		5. выскабливание оболочки новообразования

7. Основным метолом лечения амелобластомы у лиц пожилого возраста или с тяжелой сопутствующей патологией является:

* + 1. химиотерапия
		2. лучевая терапия
		3. резекция челюсти
		4. декомпрессионная цистотомия
		5. выскабливание оболочки новообразования

8. Мягкая одонтома относится к группе:

* + 1. предраков
		2. воспалительных заболеваний
		3. опухолеподобных образований
		4. злокачественных одонтогенных опухолей
		5. доброкачественных одонтогенных опухолей

9. Наиболее часто мягкая одонтома локализуется в области:

* + - 1. нижних моляров
1. верхних моляров
2. нижних премоляров
3. резцов нижней челюсти
4. резцов верхней челюсти

10. 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 дёсны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

**Проверка практических навыков:**

1. План лечения пациентов с кистами челюстей.
2. План лечения пациентов с доброкачественными одонтогенными опухолями.

Практическое занятие №5

Тема: Доброкачественные косте- и хрящеобразующие опухоли. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Костеобразующие опухоли (остеома, остеоид-остеома, остеобластома, осифицирующая фиброма - фиброостелма). Клиника, диагностика, лечение.
2. Хрящеобразующие опухоли (хондрома, остеохондрома). Клиника, диагностика, лечение.
3. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома). Клиника, диагностика, лечение.
4. Сосудистые опухоли челюстно-лицевых костей (костная гемангиома). Клиника, диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Гигантоклеточная опухоль относится к группе:

* + 1. истинных опухолей
		2. опухолеподобных образований
		3. пороков развития зубных тканей
		4. злокачественных одонтогенных опухолей
		5. доброкачественных одонтогенных опухолей

2. Гистологическое строение гигантоклеточной опухоли характеризуется:

* + 1. отдельными зубоподобными структурами
		2. пролиферирующим одонтогенным эпителием
		3. тонкой фиброзной капсулой, выстланной ороговевающим плоским эпителием
		4. богато васкуляризированной тканью, состоящей из веретенообразных и ги­гантских клеток
		5. обызвествленными зубными тканями, расположенными хаотично, образующими единый конгломерат

3. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется:

* + 1. рубцовой контрактурой
		2. бессимптомным течением
		3. периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
		4. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
		5. плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижностью зу­бов в этой области

4. Окончательный диагноз «гигантоклеточная опухоль» ставится на основа­нии данных:

* + 1. опроса
		2. цитологии
		3. гистологии
		4. анализов крови
		5. клинико-рентгенологического исследования

5. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является:

* + 1. химиотерапия
		2. криодеструкция
		3. комбинированное лечение
		4. выскабливание опухоли
		5. удаление опухоли в пределах здоровых тканей

6. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли больших разме­ров является:

* + 1. химиотерапия :
		2. блок-резекция челюсти
		3. выскабливание опухоли
		4. декомпрессионная цистотомия
		5. резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

7. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать с:

* + 1. миксомой
		2. пародонтитом
		3. ретенционной кистой
		4. плеоморфной аденомой
		5. остеомиелитом челюсти

8. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать с:

* + 1. пародонтитом
		2. кистой челюсти
		3. ретенционной кистой
		4. плеоморфной аденомой
		5. остеомиелитом челюсти

9. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать с:

* + 1. пародонтитом
		2. остеосаркомой
		3. ретенционной кистой
		4. плеоморфной аденомой
		5. остеомиелитом челюсти

10. Гигантоклеточную опухоль следует дифференцировать с:

* + 1. пародонтитом
		2. ретенционной кистой
		3. плеоморфной аденомой
		4. остеомиелитом челюсти
		5. амелобластической фибромой

**Проверка практических навыков:**

1. План лечения пациентов с доброкачественными косте- и хрящеобразующими опухолями.

Практическое занятие №6

Тема: Опухолеподобные поражения челюстей. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Фиброзная дисплазия. Клиника, диагностика, лечение.
2. Эозинофильная гранулема. Клиника, диагностика, лечение.
3. Центральная гигантоклеточная гранулема. Клиника, диагностика, лечение.
4. «Коричневая опухоль» гиперпаратиреоидизма. Клиника, диагностика, лечение.
5. Деформирующий остит (Болезнь Педжета). Клиника, диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Периферическая гигантоклеточная гранулема - это:

костная опухоль

мягкотканная опухоль

опухолеподобное образование

истинная одонтогенная опухоль

эпителиальная опухоль

2. Основным этиологическим фактором в развитии периферической гигантоклеточной гранулемы является:

рецидив кисты

острый пульпит

перелом челюсти

хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

вирусная инфекция

3. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

ограниченным участком ороговения десны

рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны

плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции

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

4. Диагноз эозинофильной гранулемы ставится на основании данных:

* + 1. опроса
		2. цитологии
		3. гистологии
		4. анализов крови
		5. клинико-рентгенологического исследования

5. Основным методом лечения очаговой формы эозинофильной гранулемы является:

* + 1. химиотерапия
		2. выскабливание опухоли
		3. комбинированное лечение
		4. декомпрессионная цистотомия
		5. резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

6. Основным методом лечения диффузной формы эозинофильной грануле­мы является:

* + 1. химиотерапия
		2. выскабливание опухоли
		3. блок-резекция челюсти
		4. хирургическое и лучевая терапия
		5. резекция челюсти с одномоментной костной пластикой

7. Эозинофильную гранулему дифференцируют с:

* + 1. остеосаркомой
		2. ретенционной кистой
		3. плеоморфной аденомой
		4. остеомиелитом челюсти
		5. сосудистыми опухолями

8. Основным патогенетическим фактором в течении фиброзной дисплазии является:

рецидив кисты

острый пульпит

перелом челюсти

очаговое нарушение костеобразования

хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

9. Методом лечения фиброзной дисплазии является:

химиотерапия

комбинированное лечение

лучевая терапия

частичная резекция

резекция, выскабливание очага

10. Рентгенологические признаки фиброзной остеодисплазии болезни Брайцева-Лихтенштейна (фиброзная форма):

1. очаг просветления без четких границ
2. очаг затенения без четких границ
3. очаг просветления с замыкающей пластинкой
4. нет специфических признаков
5. мраморный рисунок кости

**Проверка практических навыков:**

1. План лечения пациентов с опухолеподобными поражениями челюстей.

**Модуль 2.** **Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области**

Практическое занятие №7

Тема: Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация рака нижней губы по системе TNM.
2. Рак нижней губы. Клиника, диагностика и лечение.
3. Базально-клеточный рак. Клиника, диагностика и лечение.
4. Плоскоклеточный рак кожи лица. Клиника, диагностика и лечение.
5. Злокачественная меланома. Клиника, диагностика и лечение.
6. Одонтогенные раки (злокачественная амелобластома, первичный внутрикостный рак, одонтогенные саркомы).

**Тестовые задания:**

1. Стадию злокачественного новообразования устанавливают па основании:

* + - 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

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

* + - 1. химиотерапию
			2. лучевую терапию
			3. иссечение опухоли
			4. комбинированное лечение
			5. симптоматическую терапию

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

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

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

* 1. химиотерапию
	2. СВЧ-гипертермию
	3. лучевую терапию
	4. комбинированное лечение
	5. симптоматическую терапию

5. Распространенность опухоли, ее метастазирование наиболее точно оцени­вает классификация:

* 1. TNM
	2. клиническая
	3. пятибалльная
	4. онкологического центра
	5. гистологическая

6. Метод дополнительного исследования при постановке предварительного диагноза рака нижней губы в условиях поликлиники:

томография

клиническое

цитологическое

ультразвуковое

рентгенологическое

7. Метод дополнительного исследования при постановке окончательного ди­агноза рака нижней губы и условиях поликлиники:

* + 1. биопсия
		2. томография
		3. клиническое
		4. ультразвуковое
		5. рентгенологическое

8. Основным методом лечения рака нижней губы является:

* + 1. физиотерапия
		2. химиотерапия
		3. хирургический
		4. лучевая терапия
		5. комбинированный метод

9. Основной метод лечения рака нижней губы I стадии:

* + - 1. физиотерапия
			2. химиотерапия
			3. хирургический
			4. лучевая терапия
			5. комбинированный метод

10. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует в:

шейные лимфоузлы

глубокие шейные лимфоузлы

заглоточные и шейные лимфоузлы

легкие и кости гематогенным путем

подподбородочные и поднижнечелюстные лимфоузлы

**Проверка практических навыков:**

* 1. План лечения пациентов со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля**  | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос, письменный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется при условии 91-100% правильных ответов |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется при условии 81-90% правильных ответов |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 71-80% правильных ответов |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется при условии 70% и меньше правильных ответов. |

**3. Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине в форме зачета проводится в устной форме (собеседование).

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| незачтено | Выставляется за бессодержательные ответы на вопросы, незнание основных понятий, неумение применить знания практически. Ответ не раскрывает полноту знаний по теме, в ответе не наблюдается умение выделять главное, использование приемов анализа, сравнения, обобщения, изложение знаний своими словами, приведение примеров, доказательств. Ответ логически не выстроен, в нем отсутствуют доказательства, опирающиеся на аргументы, аналитические данные и факты; ответ не выстроен в единстве теории и практики с подтверждением теоретических положений фактами, педагогическими ситуациями. |
| зачтено | Выставляется за правильные или недостаточно полные ответы на вопросы билета, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора.Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы билета, самостоятельное решение задач. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера.Выставляется за неформальные и осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы билета (теоретического и практического характера). |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Одонтогенные эпителиальные кисты (радикулярные, фолликулярные, парадентальные). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
2. Одонтогенные раки (одонтогенные саркомы).
3. Предраковые состояния кожи лица.
4. Доброкачественный плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома). Клиника, диагностика и лечение.
5. Предраковые состояния красной каймы губ.
6. Опухоль волосяного матрикса (обызвествленная эпителиома Малерба). Клиника, диагностика и лечение.
7. Предраковые состояния слизистой оболочки рта.
8. Опухоли и опухолеподобные поражения кровеносных сосудов (гимангиома грануляционно-тканевого типа - пиогенная гранулема тканевого). Клиника, лечение.
9. Себорейный кератоз. Клиника, диагностика и лечение.
10. Доброкачественные одонтогенные опухоли (однтома, цементома, миксома, миксофиброма).
11. Неодонтогенные эпителиальные кисты (киста носонебного (резцового) канала, шаровидно-верхнечелюстная киста, носогубная (носоальвеолярная) киста). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
12. Ринофима. Клиника, диагностика и лечение.
13. Невус. Клиника, диагностика и лечение.
14. Рак нижней губы. Клиническая картина, диагностика, лечение.
15. Костеобразующие опухоли (остеома, остеоид-остеома). Клиника, диагностика, лечение.
16. Кератиновая киста. Дермоидная киста. Клиника, диагностика и лечение.
17. Хрящеобразующие опухоли (хондрома, остеохондрома). Клиника, диагностика, лечение.
18. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Клиника, лечение.
19. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома). Клиника, диагностика, лечение.
20. Одонтогенные эпителиальные кисты (эпидермоидные кисты челюстей, кератокиста).
21. Смешанные опухоли слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
22. Злокачественная меланома. Клиника, диагностика и лечение.
23. Доброкачественные одонтогенные опухоли (амелобластома, амелобластическая фиброма).
24. Рак языка. Клиника, диагностика и лечение.
25. Классификация опухолей челюстно-лицевой области. Методы обследования больного. Диагностика опухолей челюстно-лицевой области.
26. Одонтогенные раки (злокачественная амелобластома).
27. Опухоли и опухолеподобные поражения фиброзной ткани (фиброма, фиброматоз, эпулис). Клиника, лечение.
28. Сосудистые опухоли челюстно-лицевых костей (костная гемангиоэндотелиома). Клиника, диагностика, лечение.
29. Опухоли и опухолеподобные поражения жировой ткани (липома, диффузный липоматоз). Клиника, лечение.
30. Рак слизистой оболочки полости рта. Классификация по системе TNM. Диагностика, принципы лечения.
31. Опухоли и опухолеподобные поражения кровеносных сосудов (гемангиома, системный гемангиоматоз). Клиника, лечение.
32. Злокачественные опухоли больших слюнных желез. Диагностика, принципы лечения.
33. Лимфангиома (капилярная, кавернозная, кистозная). Клиника, лечение.
34. Костеобразующие опухоли (остеобластома, осифицирующая фиброма - фиброостелма). Клиника, диагностика, лечение.
35. Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз). Клиника, лечение.
36. Базально-клеточный рак. Клиника, диагностика и лечение.
37. Плоскоклеточный рак кожи лица. Клиника, диагностика и лечение.
38. Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (травматическая неврома). Клиника, лечение.
39. Кератоакантома. Клиника, диагностика и лечение.
40. Злокачественные опухоли костей лицевого скелета. Классификация, морфология, клиника, диагностика, принципы.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

 **Задача 1.** У больной, 30 лет, врожденное заболевание кожи - пигментация кож­ных покровов лица. На кожных покровах лица и участках туловища име­ются пигментированные пятна, возвышающиеся над кожей и сли­вающиеся друг с другом. На некоторых элементах определяются участки кератоза и мокнущие эрозии.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

**Ответ к задаче 1.**

* 1. Врожденное заболевание. У детей толчком к развитию может служить солнечный ожог, после чего появляются пигментированные пятна. Диагноз – пигментная ксеродема.
	2. Лечение – иссечение патологических эрозированных участков кожи. При множественных поражениях – лучевая терапия. Рекомендуется защитная одежда от солнечной инсоляции.

**Задача 2.** У больного, 40 лет, в анамнезе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки щечной области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щечной области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не возвышающееся над окружающими воспаленными отечными тканями. Поверхностные слои образования не снимаются при соскабливании.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

**Задача 3.** У больного, 50 лет, на красной кайме нижней губы в течение послед­них лет возникают эрозии, спонтанно заживающие и рецидивирующие. При осмотре на красной кайме нижней губы обнаружены эрозии непра­вильной формы с гладкой поверхностью, местами покрытые корками, безболезненные, основание эрозий без уплотнения. При снятии корок с образования поверхность кровоточит.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

**Задача 4.** У больной, 65 лет, на слизистой оболочке ретромолярной области слева имеется образование на узком основании. Растет медленно, поверхность белесоватая, ворсинчатая, безболезненная, часто травмируется. Коронковые части жевательных зубов верхней и нижней челюсти слева разрушены, полость рта не санирована.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 52 лет, жалуется на наличие участка уплотнения на красной, кайме нижней губы слева, существующее в течение нескольких лет. Ранее не лечился. При местном осмотре обнаружено плотное образование с участками ороговения ткани, размером до 1,0 см, неправильной формы. Образование распространяется ниже уровня границы красной каймы ниж­ней губы слева, серовато-белого цвета, по краям покрытое чешуйками. Основание не инфильтрировано, пальпация безболезненная.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 70 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие новообразования в области переходной складки верхней челюсти слева. Обнаружила образование полгода назад. Болезненность появляется в этой области при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть, которым пользуется 10 лет. По переходной складке слева на уровне отсутствующих 17,16,15,14 имеется образование с широким основанием, напоминающее складку, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на боли, возникающие во время приема пищи в области верхней челюсти справа, при ношении полного съемного протеза на верхнюю челюсть. Протез изготовлен 8 лет назад. Отмечает сухость во рту. В области отсутствующих фронтальных зубов на уровне 14,13,12,21 имеется новообразование в виде нескольких складок, слизистая оболочка этой области гиперемирована, пальпация безболезненность.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Больная, 64 лет, обратилась с жалобами на обильное слюноотделение, невозможность приема пищи, боль при открывании рта. Определяется новообразование на переходной складке в области 16,15,14. Болезненность в этой области появляется при пользовании полным съемным протезом. У больной полная вторичная адентия. Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена. На уровне отсутствующих 16,15,14 имеется дольчатое образование на широком основании. Полные съемные протезы на нижнюю и верхнюю челюсти изготовлены 5 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 9.** Больная, 72 лет, обратилась с жалобами на невозможность носить полный съемный протез нижней челюсти из-за новообразования на нижней челюсти слева. В области альвеолярного отростка нижней челюсти слева определяется новообразование, напоминающее складки слизистой оболочки полости рта, на широком основании, слизистая оболочка этой области гиперемирована, отечна. Полный съемный протез на нижнюю челюсть изготовлен 10 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 10.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на новообразование в области слизистой оболочки щечной области справа, округлой формы. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа определяется новообразование с четкими границами, бледно-розового цвета, размером 0,5 см, на широком основании. У больной вторичная частичная адентия.

1. О какой опухоли можно думать?
2. Составьте план лечения.

**Задача 11.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области верхней челюсти соответственно 21, 22, 23. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Открывание рта свобод­ное, безболезненное. Определяется гиперемия, отечность и болезненность десны с вестибулярной стороны в области 21, 22, 23. 21, 22, 23 под пломбами. В этой области отмечается незначительная деформация альвеолярного от­ростка и податливость за счет вздутия костной ткани, симптом «пергаментного хруста». При рентгенологическом исследовании виден участок разрежения костной ткани в области верхушек корней 22, 23, округ­лой формы с четкими контурами, в каналах зубов прослеживается плом­бировочный материал на 2/3 длины корней. У 22-периодонтальная щель не прослеживается.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 12.** Больная, 35 лет, обратилась с жалобами на наличие выбухания в об­ласти альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Появление этого выбухания связывает с лечением 45. Больная также отмечает, что год назад появилось образование в околоушной области справа, округлой формы, безболезненное. При пальпации в околоушно-жевательной облас­ти справа определяется образование округлой формы, размером 2,0x2,0 см. В полости рта определяется незначительная болезненность и гипере­мия слизистой оболочки в области 45, 44, 43, 45 под пломбой. При пальпации также выявляется деформация альвеолярного отростка в области 45, 44, 43 за счет вздутия. Целостность костной ткани не нарушена. При рентгенологи­ческом исследовании выявляется участок разрежения костной ткани с четкими контурами в области верхушек корней 45, 44, 43 округлой формы. Периодонтальная щель у 45 не прослеживается. Корневой канал не за­пломбирован.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 13.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области десны верхней челюсти на уровне 21, 22, 23. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. При внешнем осмотре видимых отклонений от нормы нет. Рот открывается свободно, пальпаторно определяется незначительная болезненность альвеолярного отрост­ка и гиперемия слизистой оболочки в области 21, 22, 23, 21, 22 - под пломбами, 23- интактный.

1. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки диагноза?
2. Какие заболевание вы можете предположить?

**Задача 14.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области десны на уровне 21, 22, 23, появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Три месяца назад больной перенес воспале­ние легких. При внешнем осмотре видимых изменений не выявлено. Рот открывается свободно. При осмотре полости рта отмечается болезнен­ность, гиперемия отечность слизистой оболочки в области 21, 22, 23, с вести­булярной стороны 22 - под пломбой, 21, 23 - интактные.

1. Какое заболевание или патологическое состояние можно предположить.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для постановки диагноза и составления плана лечения больного воспаление легких?

**Задача 15.** Больная, 35 лет, обратилась в поликлинику с целью санации полости рта, жалоб никаких не предъявляла. При рентгенологическом исследова­нии выявлен участок разрежения костной ткани с четкими границами, округлой формы, размером 1,0x1,0 см в области верхушек корней 21, 22, 23, в корневых каналах этих зубов пломбировочный материал отсутствует. Электровозбудимость пульпы 21, 23 снижена, 22 -электровозбудимость отсутствует. При внешнем осмотре видимых отклонений от нормы не отме­чается. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Деформа­ции альвеолярного отростка не отмечается, 21, 22, 23 - неподвижны, пальпация в этой области безболезненна. Из перенесенных заболеваний больная указывает на детские инфекции и простудные заболевания. В настоящее вре­мя считает себя здоровой.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 16.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резкой болезненности под языком справа. Боли беспокоят около двух месяцев. В последнее время появилось затруднение движения языка. На общее состояние здоровья жалоб больной не предъявляет. Из анамнеза выяснено, что больной много курит и употребляет алкоголь, особенно, последние пять лет, любит острую пищу. При внеротовом обследовании определяется одиночные, увеличенные, подвижные лимфатические узлы в поднижнечелюстной области и в среднебоковом отделе шеи справа. При внутриротовом обследовании обнаружен участок слизистой оболочки полости рта с выраженным гиперкератозом протяженностью более 4,0 см, располагающийся между подъязычным валиком и телом нижней челюсти справа. В центре и в глубине этого участка имеется щелевидная язва протяженностью около 2,0 см. Пальпаторно определяется значительное уплотнение мягких тканей вокруг язвы, спаянное с телом нижней челюсти справа. При рентгеноло­гическим обследовании тела и ветви нижней челюсти справа определяется участок резорбции кортикальной пластинки внутренней поверхности тела нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз и дайте его обоснование.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Укажите источник поражения нижней челюсти.

**Задача 17.** Больная, 41 года, жалуется на приступообразные боли по ходу ниж­неальвеолярного нерва слева. Боли беспокоят несколько месяцев. Обра­щался к стоматологу, который не обнаружил одонтогенной причины болевого синдрома и направил больную к невропатологу, который назначил лекарственную терапию (анальгетики и седативные препараты) в течение месяца. Улучшения больная не отмечала, за это время появилась подвиж­ность 36, 37, 38 зубов. Позже появилось онемение нижней губы слева и ощущение «ватных» зубов на нижней челюсти слева. В левой поднижнечелюстной области появились два увеличенных, подвижных лимфатических узла.

1. Наметьте план обследования.
2. Поставьте диагноз.
3. В случае обнаружения злокачественного образования наметьте план лечения.

**Задача 18.** Больной, 48 лет, поступил в клинику с диагнозом вторичный плоскоклеточный ороговевающий рак подбородочного отдела нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что год назад появилась язва в области уздечки языка вместе прикрепления ее к нижней челюсти, не беспокоившая больного. Занимался самолечением. Обратился к врачу, когда стало отмечаться нарушение дикции из-за тугоподвижности языка. После дополнительного обследования диагноз направившего учреждения был не только подтвержден, но и уточнен.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте этапы комбинированного лечения.

**Задача 19.** Больной, 19 лет, обратился с жалобами на наличие припухлости в области нижней челюсти слева и на ее болезненность, которая появилась 2-3 недели назад и с каждым днем усиливается. Усиление болевого симп­тома стало сопровождаться повышением температуры до 38,0-39,0 °С. У больного 2 года назад был перелом нижней челюсти в области 37, 38 без смещения. Шинирование челюстей не проводилось, носил пращевидную повязку. Консолидация наступила без осложнений. Около 5-ти месяцев назад появились неприятные ощущения в области нижней челюсти слева, в области бывшего перелома появилась припухлость по нижнему краю тела нижней челюсти слева, которая постепенно увеличивалась в размере и сопровождалась болью. При осмотре отмечается образование значи­тельных размеров, выбухающее вниз, внутрь и наружу. Пальпация образо­вания безболезненная, патологический участок тела нижней челюсти слева плотный, неподвижный, размером 8,0x5,0 см. Открывание рта ограничено до 2,5 см. Альвеолярный отросток в области 36, 37, 38 и ретромолярная об­ласть вздуты. При рентгенологическом исследовании определяется резко выраженный участок остеосклероза костной ткани угла и тела нижней челюсти слева с нечеткими границами, по краю тела нижней челюсти отмечаются спикулы.

1. О какой опухоли можно думать в данном случае?
2. В случае правильной постановки диагноза, какое обязательное обследование необходимо провести перед составлением плана лечения?
3. Наметьте план лечения.

**Задача 20.** Больной, 36 лет, обратился с жалобами на обширную язву дна поло­сти рта, протяженностью от 45 до 35 и располагающуюся в основном меж­ду подъязычными валиками и телом нижней челюсти. В среднем отделе язва распространилась на нижнюю поверхность языка, что привело к тугоподвижности языка и вследствие этого к затруднению речи и приема пищи. При осмотре отмечается плотный конгломерат лимфатических узлов в подподбородочной и поднижнечелюстной областях слева, опреде­ляются значительно увеличенные и малоподвижные два лимфатических узла в среднебоковом отделе шеи справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте ему обоснование.
3. Наметьте и составьте план обследования больного для уточнения диагноза.

**Образец экзаменационного билета**

|  |
| --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИкафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургиинаправление подготовки (специальность) 31.08.74 «Стоматология хирургическая» дисциплина «Онкология челюстно-лицевой области»**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**1. Кератоакантома. Клиника, диагностика и лечение.
2. Злокачественные опухоли костей лицевого скелета. Классификация, морфология, клиника, диагностика, принципы.

 |
| Зав. кафедрой стоматологии ичелюстно-лицевой хирургиипрофессор Декан факультета подготовки кадров высшей квалификации к.м.н., доцент «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. МатчинИ.В. Ткаченко |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу | Знать основные принципы, законы и категории философских знаний в их логической целостности и последовательности | Вопросы 1-40 |
| Уметь использовать основы философских знаний для оценивания и анализа различных социальных тенденций, явлений и фактов | Задачи 1-20 |
| Владеть способностью абстрактно мыслить, анализировать, синтезировать полученную информацию | Задачи 1-20 |
| 2 | ПК-5 готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем | Знать международную классификацию болезней | Вопросы 1-40 |
| Уметь находить у пациентов патологические состояния, синдромы заболевания в соответствии с Международной классификацией болезней | Задачи 1-20 |
| Владеть методами проведения диагностических принципов по выявлению патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний | Задачи 1-20 |
| 3 | ПК-6 готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы | Знать правила проведения экспертизы временной нетрудоспособности | Вопросы 1-40 |
| Уметь проводить экспертизу временной нетрудоспособности в медицинских организациях и иных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность, государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности по экспертизе временной нетрудоспособности | Задачи 1-20 |
| Владеть правилами экспертизы временной нетрудоспособности в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями, связанными с временной потерей трудоспособности | Задачи 1-20 |
| 4 | ПК-7 готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи | Знать клиническую симптоматику, этиологию и патогенез основных хирургических стоматологических заболеваний, их профилактику, диагностику и лечение | Вопросы 1-40 |
| Уметь обосновывать клинический диагноз, план и тактику ведения больного | Задачи 1-20 |
| Владеть навыками оказания специализированной медицинской помощи стоматологическому больному | Задачи 1-20 |
| 5 | ПК-12 готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей | Знать ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях | Вопросы 1-40 |
| Уметь выполнять перечень работ и услуг для диагностики заболевания, оценки состояния больного и клинической ситуации в соответствии со стандартом медицинской помощи | Задачи 1-20 |
| Владеть методами ведения медицинской учётно-отчётной документации в медицинских организациях | Задачи 1-20 |