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**

**«ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ»**

**для подготовки по специальности**

**31.05.03 – стоматология**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.05.03 – «Стоматология», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 9 от «30» апреля 2021 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 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий

УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни

ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности

ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента

ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний

ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых

ПК-7 Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии

ПК-11 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала

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

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

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

1. Понятие онкологической настороженности.
2. Определение понятия предрак. Классификация предраковых заболеваний кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
3. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные поражения мягких тканей челюстно-лицевой области.

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

1. Классификация злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
2. Одонтогенные раки (злокачественная амелобластома, первичный внутрикостный рак, одонтогенные саркомы). Клиника, диагностика и лечение.

**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, письменный 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 Манганоти. Клиника, лечение.
14. Эритроплакия слизистой оболочки полости рта. Клиника, лечение.

Вопросы для письменного опроса:

1. Морфологические методы диагностики.
2. Классификация злокачественных новообразований по системе TNM.
3. Принципы онконастороженности.
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза «зло­качественное новообразование челюстно-лицевой области».

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

1) физикальный 2) биохимический 3) гистологический

4) биометрический 5) иммунологический

7. Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) ранних симптомов заболевания 2) препаратов для лечения

3) профессиональных вредностей 4) допустимых доз лучевой терапии

5) расположения онкологических служб

8. 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) расположения онкологических служб

9. Под онкологической настороженностью понимают знание:

1) профессиональных вредностей

2) препаратов для лечения опухолей

3) допустимых доз лучевой терапии

4) специальных методов обследования, ранней диагностики

5) системы организации помощи онкологическим больным

10. Этиологическим фактором возникновении предрака является:

1) вторичная адентия

2) острые воспалительные процессы в мягких тканях лица

3) хроническая травма слизистой оболочки полости рта

4) острые воспалительные процессы в костях лицевого скелета

5) специфические воспалительные процессы

Проверка практических навыков:

1. Составление плана диагностики и лечения пациентов с предраковыми заболеваниями кожи лица.
2. Составление плана диагностики и лечения пациентов с предраковыми заболеваниями красной каймы губ.
3. Составление плана диагностики и лечения пациентов с предраковыми заболеваниями слизистой оболочки рта.

**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, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Кератоакантома. Клиника, диагностика и лечение.
2. Доброкачественный плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома). Клиника, диагностика и лечение.
3. Себорейный кератоз. Клиника, диагностика и лечение.
4. Ринофима. Клиника, диагностика и лечение.
5. Опухоль волосяного матрикса (обызвествленная эпителиома Малерба). Клиника, диагностика и лечение.
6. Невус. Клиника, диагностика и лечение.
7. Кератиновая киста. Дермоидная киста. Клиника, диагностика и лечение.
8. 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. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается в:

1) носоглотке 2) щечной области 3) подъязычной области

4) поднижнечелюстной области 5) области слепого отверстия корня языка

7. Наружное отверстие срединного свища шеи располагается в:

1) щечной области 2) подъязычной области 3) области корня языка

4) поднижнечелюстной области 5) области подъязычной кости по средней линии шеи

8. Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи» проводится исследование:

1) биохимическое 2) цитологическое 3) радиоизотопное

4) реакция Вассермана 5) тимоловая пробав динамике

9. Для подтверждения диагноза «боковой свищ шеи» проводится исследова­ние:

1) гистологическое 2) радиоизотопное 3) реакция Вассермана

4) тимоловая проба в динамике 5) контрастная фистулография

10. 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

Проверка практических навыков:

1. Планирование 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, тестирование, проверка практических навыков).

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

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

Тестовые задания:

1. К истинным опухолям из фиброзной ткани относят:

1) эпулис 2) мягкую фиброму 3) фиброматоз десен

4) ксантому 5) миксому

2. Основным методом лечения фибром является:

1) химиотерапия 2) лучевая терапия 3) комбинированное лечение

4) иссечение в пределах здоровых тканей 5) гомеопатия

3. Фиброматоз развивается в результате:

1) вредных привычек 2) нарушения эмбриогенеза

3) хронического механического раздражения 4) воспаления :

5) вирусного поражения

4. Фиброматоч чаше локализуется на слизистой оболочке:

1) щек 2) верхней губы 3) дна полости рта

4) переходной складки с вестибулярной стороны 5) неба

5. Основным методом лечения фиброматоза является:

1) химиотерапия 2) лучевая терапия

3) комбинированное лечение 4) иссечение образования вместе с надкостницей

5) гомеопатия

6. Основным методом профилактики фиброматоза является:

1) химиотерапия 2) лучевая терапия

3) комбинированное лечение 4) устранение хронической травмы слизистой оболочки

5) антивирусная терапия

7. Чаще всего липома локализуется в области:

1) поднижнечелюстной 2) лобной 3) височной

4) околоушно-жевательной 5) щечной

8. Основным методом лечения липомы является:

1) химиотерапия 2) криодеструкция 3) комбинированное лечение

4) лучевая терапия 5) иссечение вместе с капсулой

9. Клиническая картина фиброзного эпулиса 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

10. Клиническая картина ангиоматозного эпулиса 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

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование лечения пациентов с доброкачественными опухолями и 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, однтомы, цементомы, миксомы - миксофиброма).

Тестовые задания:

1. В результате воспаления в периапикальных тканях челюстных костей развивается:

1) кератокиста 2) радикулярная киста 3) фолликулярная киста

4) назоальвеолярная киста 5) киста резцового канала

2. В результате нарушения развития эмалевого органа в челюстных костях образуется киста:

1) кератокиста 2) радикулярная 3) фолликулярная

4) назоальвеолярная 5) резцового канала

3. Клиническим проявлением кисты челюсти является:

1) гематома 2) симптом Венсана 3) нарушение глотания

4) плотное обызвествленное образование 5) безболезненная деформация в виде вздутия

4. 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

5. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

1) цементомой 2) амелобластомой 3) твердой одонтомой

4) репаративной гранулемой 5) остеомиелитом

6. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать с:

1) одонтомой 2) цементомой 3) радикулярной кистой

4) репаративной гранулемой 5) остеомиелитом

7. 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

8. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид:

1) лимфы 2) крови 3) мутной жидкости

4) холестеотомных масс 5) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

9. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:

1) цистэктомия 2) криодеструкция 3) склерозирование

4) частичная резекция челюсти 5) половинная резекция челюсти

10. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является:

1) цистотомия 2) цистэктомия 3) криодеструкция

4) частичная резекция челюсти 5) половинная резекция челюсти

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с одонтогенными и неодонтогенными кистами челюстей.
2. Планирование 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). 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. Планирование 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:

1) костная опухоль 2) мягкотканная опухоль

3) опухолеподобное образование 4) истинная одонтогенная опухоль

5) эпителиальная опухоль

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

1) рецидив кисты

2) острый пульпит

3) перелом челюсти

4) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

5) вирусная инфекция

3. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:

1) ограниченным участком ороговения десны

2) рыхлым, болезненным, кровоточащим образованием десны

3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

4) синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции

5) 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:

1) рецидив кисты

2) острый пульпит

3) перелом челюсти

4) очаговое нарушение костеобразования

5) хроническая травма слизистой оболочки альвеолярного отростка

9. Методом лечения фиброзной дисплазии является:

1) химиотерапия 2) комбинированное лечение 3) лучевая терапия

4) частичная резекция 5) 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:

Планирование лечения пациентов с опухолеподобными поражениями челюстей.

**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 злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
2. Классификация рака нижней губы по системе TNM.
3. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы.
4. Одонтогенные раки (злокачественная амелобластома, первичный внутрикостный рак, одонтогенные саркомы). Клиника, диагностика и лечение.

Тестовые задания:

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

1) TNM 2) клиническая 3) пятибалльная

4) онкологического центра 5) гистологическая

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

1) томография 2) клиническое 3) цитологическое

4) ультразвуковое 5) рентгенологическое

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

1) биопсия 2) томография 3) клиническое

4) ультразвуковое 5) рентгенологическое

4. Основным методом лечения рака нижней губы является:

1) физиотерапия 2) химиотерапия 3) хирургический

4) лучевая терапия 5) комбинированный метод

5. Основной метод лечения рака нижней губы I стадии:

1) физиотерапия 2) химиотерапия 3) хирургический

4) лучевая терапия 5) комбинированный метод

6. Рак нижней губы на ранних стадиях метастазирует в:

1) шейные лимфоузлы 2) глубокие шейные лимфоузлы

3) заглоточные и шейные лимфоузлы 4) легкие и кости гематогенным путем

5) подподбородочные и поднижнечелюстные лимфоузлы

7. Рак нижней губы на поздних стадиях метастазирует в:

1) глубокие шейные лимфоузлы 2) подподбородочные лимфоузлы

3) заглоточные и шейные лимфоузлы 4) легкие и кости гематогенным путем

5) поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы

8. Рак верхней губы на ранних стадиях метастазирует в:

1) глубокие шейные лимфоузлы 2) подподбородочные лимфоузлы

3) заглоточные и шейные лимфоузлы 4) легкие и кости гематогенным путем

5) поднижнечелюстные и шейные лимфоузлы

9. Операция Крайля включает удаление регионарных метастазов в составе:

1) клетчатки боковой поверхности шеи 2) кивательной мышцы

3) внутренней яремной вены 4) ответы 2+3 5) ответы 1+2+3

10. Операция Крайля показана при стадии рака:

1) T1, N0, M0 2) T1, N3, M0 3) T2, N3, M1 4) Т3, N0, M0 5) ответы 2+3

Проверка практических навыков:

* 1. Планирование лечения пациентов с раком нижней губы.
	2. Планирование лечения пациентов со злокачественной амелобластомой.
	3. Планирование лечения пациентов с первичным внутрикостным раком.
	4. Планирование лечения пациентов с одонтогенной саркомой.

**Практическое занятие №8**

Тема: Злокачественные опухоли кожи лица.

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

Оценочные материалы текущего контроля успеваемости

Вопросы для устного опроса:

1. Клиника, диагностика и лечение базально-клеточного рака.
2. Клиника, диагностика и лечение плоскоклеточного рака кожи лица.
3. Клиника, диагностика и лечение злокачественной меланомы.

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. Лечение меланомы кожи

1) хирургическое

2) консервативное

3) комбинированное (вначале лучевое, а затем хирургическое)

4) химиотерапия

5. На сколько сантиметров от края меланомы нужно отступить при ее удалении?

1) по краю опухоли делается разрез 2) отступают на 0,5 см от край опухоли

3) отступают на 1 см от края опухоли 4) отступают на 2 см от края опухоли

5) отступают на 3 см от края опухоли

6. Синонимом базалиомы не является:

1) базальноклеточный рак 2) базальноклеточная эпителиома

3) кожный карциноид 4) ботриомикома

5) эпителиома Литтла 6) ulcus rodens

7. Дно изъязвившейся базалиомы имеет следую­щий вид:

1) мягкое, ровное, корки отсутствуют, края ровные и мягкие, растет как по периферии, так и вглубь

2) плотное, неровное, покрытое желтоватыми корками, имеет воронкообразный вид, края язвы кратеро­образные, язва растет как по периферии, так и вглубь (разъедающая язва)

3) плотное, ровное, покрытое красного цвета корками, имеет срезанный вид (видна мышечная ткань), растет язва только по периферии

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

1) химиотерапию 2) СВЧ-гипертермию 3) лучевую терапию

4) комбинированное лечение 5) симптоматическую терапию

9. Меланома – это:

1) злокачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток

2) доброкачественная опухоль, которая развивается из пигментообразующих клеток

3) врожденный порок развития кожи

4) опухолеподобное образование

10. Базалиома имеет склонность к изъязвлению:

1) да

2) нет

3) очень редко

Проверка практических навыков:

1. Планирование лечения пациентов с базально-клеточным раком.
2. Планирование лечения пациентов с плоскоклеточным раком кожи лица.
3. Планирование лечения пациентов со злокачественной меланомой.

**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. |
| **Решение проблемно-ситуационных** **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации в форме зачета**

|  |  |
| --- | --- |
| 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). |

**3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Онкостоматология» в форме зачета проводится по билетам.

**Образец зачетного билета**

|  |
| --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИкафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургиинаправление подготовки (специальность) 31.05.03 «Стоматология» дисциплина «Онкостоматология»**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1****I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**1. Доброкачественный плоскоклеточный кератоз (кератотическая папиллома). Клиника, диагностика и лечение.
2. Рак слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика и лечение.

**II. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**Больная, 65 лет, направлена на консультацию для определения опти­мального способа лечения по поводу злокачественного новообразования альвеолярного отростка верхней челюсти слева, T2N3M0. В течение мно­гих лет больная пользуется съемным частичным протезом на верхней челюсти с кламмерами на зубах 17, 27. Около года назад зуб 17 самостоятельно выпал. После чего протез стал плохо фиксироваться, а сохранившийся кламмер в области зуба 27 стал постоянно травмировать слизистую оболочку переходной складки и альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Образо­вавшаяся декубитальная язва вначале больную не беспокоила. Язва посте­пенно увеличивалась и распространилась на небную поверхность верхней челюсти слева.1. Определите оптимальный способ лечения данного заболевания.
 |
| Зав. кафедрой стоматологии ичелюстно-лицевой хирургиид.м.н., профессор Декан стоматологического факультета д.м.н., доцент «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. МатчинН.Б. Денисюк |

**Перечень оборудования, используемого для проведения промежуточной аттестации.**

Компьютерный класс, информационная система Университета.

 **Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Методы обследования больных с предопухолевыми и опухолевыми поражениями лица, органов полости рта, челюстей и шеи.
2. Предраковые заболевания кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки рта.
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. Кератиновая киста. Дермоидная киста. Клиника, диагностика и лечение.
10. Врожденные кисты и свищи лица и шеи. Клиника, лечение.
11. Опухоли и опухолеподобные поражения фиброзной ткани (фиброма, фиброматоз, эпулис). Клиника, лечение.
12. Опухоли и опухолеподобные поражения жировой ткани (липома, диффузный липоматоз). Клиника, лечение.
13. Опухоли и опухолеподобные поражения кровеносных сосудов (гемангиома, системный гемангиоматоз, гимангиома грануляционно-тканевого типа - пиогенная гранулема). Клиника, лечение.
14. Лимфангиома (капилярная, кавернозная, кистозная). Клиника, лечение.
15. Опухоли и опухолеподобные поражения периферических нервов (нейрофиброматоз, травматическая неврома). Клиника, лечение.
16. Одонтогенные эпителиальные кисты (радикулярные, фолликулярные, парадентальные, эпидермоидные кисты челюстей, кератокиста). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
17. Неодонтогенные эпителиальные кисты (киста носонебного (резцового) канала, шаровидно-верхнечелюстная киста, носогубная (носоальвеолярная) киста). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
18. Доброкачественные одонтогенные опухоли (амелобластома, амелобластическая фиброма, одонтомы). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
19. Одонтомы челюстей. Классификация, клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
20. Доброкачественные одонтогенные опухоли (цементомы, миксомы, миксофиброма). Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
21. Костеобразующие опухоли (остеома, остеоид-остеома, остеобластома, осифицирующая фиброма). Клиника, диагностика, лечение.
22. Хрящеобразующие опухоли (хондрома, остеохондрома). Клиника, диагностика, лечение.
23. Гигантоклеточная опухоль (остеокластома). Клиника, диагностика, лечение.
24. Сосудистые опухоли челюстно-лицевых костей (костная гемангиома). Клиника, диагностика, лечение.
25. Фиброзная дисплазия. Клиника, диагностика, лечение.
26. Эозинофильная гранулема. Клиника, диагностика, лечение.
27. Центральная гигантоклеточная гранулема. Клиника, диагностика, лечение.
28. «Коричневая опухоль» гиперпаратиреоидизма. Клиника, диагностика, лечение.
29. Деформирующий остит (Болезнь Педжета). Клиника, диагностика, лечение.
30. Классификация злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
31. Классификация рака нижней губы по системе TNM.
32. Клиника, диагностика, лечение рака нижней губы.
33. Рак слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика и лечение.
34. Одонтогенные раки (злокачественная амелобластома, первичный внутрикостный рак, одонтогенные саркомы). Клиника, диагностика и лечение.
35. Клиника, диагностика и лечение базально-клеточного рака.
36. Клиника, диагностика и лечение плоскоклеточного рака кожи лица.
37. Клиника, диагностика и лечение злокачественной меланомы.

**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.

**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.** Больной, 70 лет, жалуется на длительно существующие слабые боли, неприятные ощущения на слизистой оболочке правой щечной области. Табакокурение с 15 лет. Полость рта не санирована. При обследовании полости рта обнаружена эрозия слизистой оболочки правой щечной об­ласти по линии смыкания зубов. Поверхность образования шероховатая, при пальпации основание эрозии инфильтрировано. По краям эрозии определяются множественные папулы в виде участков ороговения, сли­вающиеся в бляшки, возвышающиеся над поверхностью слизистой обо­лочки правой щечной области, не снимающиеся при соскабливании.

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

**Задача 7.** 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, длинной 1,0 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения неэффективны.

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

**Задача 8.** Больной, 60 лет, жалуется на быстрый рост образования на нижней губе слева. При осмотре на нижней губе слева определяется ограниченное образование, размером до 1,0 см, захватывающее красную кайму нижней губы слева, не переходя на кожу и слизистую оболочку. Поверхность об­разования покрыта чешуйками, по цвету отличающиеся более темной окраской по сравнению с окружающей тканью. При пальпации основание образования не уплотнено и безболезненное.

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

**Задача 9.** Больная, 75 лет, жалуется на периодическое появление сухих, чешуйчатых образований на коже губощечной области справа, особенно при воздействии атмосферных явлений в весенне-летнем сезоне. На коже губощечной области справа определяются плоские сухие чешуйки, после удаления которых образуются эрозии. В дальнейшем эрозии эпителизируются у основания и исчезают.

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

**Задача 10.** У больного, 52 лет, имеется образование на нижней губе справа, достигающее размера до 1,0 см и периодически отторгающееся. При осмотре на красной кайме нижней губы справа определяется образование в виде конуса с выраженными участками гиперкеритоза, имеющее гряз­но-серый или коричнево-серый цвет, плотно спаянное с основанием. Окружающие ткани уплотнены и воспалены.

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

**Задача 11.** Больной, 65 лет, жалуется на появление трещин и эрозий на слизистой оболочке щечной области слева. 24, 25, 26, 27 - II, III степени подвижности, имеются патологические зубодесневые карманы, периодически возникают в этой области парадонтальные абсцессы. На слизистой оболочке щечной области слева имеется участок поражения с выраженными явлениями лейкокератоза в виде бородавчатых разрастаний, размером 1,0x1,0 см, которое выступает над окружающими тканями, основание его инфильтрировано.

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

**Задача 12.** Больная, 60 лет, жалуется на плохую фиксацию протеза на нижней челюсти. Около 2-х месяцев назад на боковой поверхности языка справа появилось язвенное образование. Полгода назад у больной проводилось удаление конкремента из правого вартонова протока. На боковой поверх­ности языка справа определяется поверхностная, неправильной формы язва, размером 0,5-1,0 см. Окружающие ткани гиперимированы и отечны. Пальпация образования болезненна, полость рта не санирована.

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

**Задача 13.** Больной, 63 лет, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба. Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование, в виде небольших мягких выростов на широком основании, покрытое гиперемированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височно-нижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

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

**Задача 14.** Больной, 50 лет, жалуется на наличие образования в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Больной пользуется съемным протезом. При осмотре полости рта определяется четко ограниченный участок измененной слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти справа с язычной стороны, ярко красной окраски с бархатистой поверхностью, местами встречаются участки ороговения. На поверхности образования имеются эрозии.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких анамнестических сведений не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 15.** Больной, 55 лет, жалуется, на длительно существующее новообразо­вание в области задней трети боковой поверхности языка слева. На боко­вой поверхности языка слева имеется образование, в виде возвышающихся бляшек, покрытое корками. Соответствующая поверхность языка уплощена за счет атрофии и рубцевания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Каких симптомов не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 16.** У больной, 72 лет, на коже боковой поверхности крыла носа слева определяется образование, медленно растущее, напоминающее язвенную поверхность, покрытую пигментированной коркой, при снятии которой отмечается кровоточивость.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?

**Задача 17.** Больная, 70 лет, жалуется на не заживающую язву на красной кайме нижней губы справа. Из анамнеза отмечается хроническое воспаление поднижнечелюстной слюнной железы справа с обострением в осенне-ве­сенний период. На кожных покровах щечных областей определяются вы­сыпания, по форме напоминающие «бабочку». На красной кайме нижней губы справа имеется инфильтрированный очаг язвенной поверхности, при пальпации болезненный. На слизистой оболочке нижней губы справа во­круг имеющейся язвы выявляются участки гиперкератоза в виде папул, поверхностный слой образования не снимается при поскабливании. Имеется ободок эритемы вокруг участка поражения.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 18.** У больного, 66 лет, обнаружено язвенно-инфильтративное поражение тканей нижней губы слева, характеризующее рак. Год назад у больного был удален камень из поднижнечелюстной слюнной железы справа.

1. Опишите симптомы озлокачествления при язвенных формах предрака.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 19.** Больной, 66 лет, наблюдается в онкологическом диспансере после предыдущего лучевого лечения по поводу рака нижней губы справа. Жа­луется на боли и хруст в области ВНЧС справа. При осмотре определяют­ся атрофические изменения слизистой оболочки красной каймы и тканей нижней губы справа. Периодически на красной кайме этой области появ­ляются трещины и изъязвления.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 20.** Больная, 62 лет, жалуется на жжение иналичие эрозий в области слизистой оболочки правой щечной области. Прием острой и горячей пищи болезненный, определяется патологическая стираемость зубов верх­ней и нижней челюсти. На слизистой оболочке правой щечной области, по переходной складке, ретромолярной области определяются эрозии с участками гиперкератоза в виде папул и инфильтрации подлежащих тка­ней.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 21.** Вольной, 32 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 меся­цев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах. Объ­ективно: на боковой поверхности шеи слева в области верхней трети впе­реди грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева определяется образо­вание, размером 3,0x4,0 см, с четкими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции. Кожа над ним в цвете не изменена. Образование хорошо контурируется при повороте головы в правую сторону.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 22.** 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 физиотерапевтическое лечение. После чего боли прошли, образование уменьшалось в размерах, размягчалось и практически не определялось при пальпации. После пере­охлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось в размерах, становилось болезненным. Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследова­ния поставлен диагноз боковая киста шеи справа в стадии воспаления.

1. В чем заключалась диагностическая и тактическая ошибка врача районной поликлиники?

**Задача 23.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного новообразования в области верхнего отдела шеи справа. Обнаружил около года назад. За истекший период образование несколько раз увеличивалось в размерах, затем вновь уменьшалось. Нигде не лечился.

1. Какие данные необходимы для установления предварительного диагноза?
2. С чем по Вашему мнению может быть связано изменение размеров образования?

**Задача 24.** Больная, 23 лет, поступила в стационар для проведения плановой операции по поводу удаления срединной кисты шеи. Диагноз подтвержден клиническим и цитологическим исследованиями. Однако в период подго­товки к операции образование увеличилось в размере, появилась болез­ненность при пальпации, незначительная гиперемия кожной поверхности этой области.

1. Ваша тактика.

**Задача 25.** Больной, 35 лет, обнаружил новообразование в верхней трети перед­ней поверхности шеи, безболезненное, ограниченно-подвижное, мягкоэластичной консистенции. Кожа над ним не изменена, собирается в склад­ку.

1. Достаточно ли данных для установления диагноза? Если нет, то какие данные необходимы?

 **Задача 26.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на периодическое (примерно раз в полгода) появление новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Новообразование увеличивается до определенных размеров, затем быстро исчезает. При этом больной ощущает появление густой жидкости в горле. Впервые обнаружил появление образования около 5 лет назад. Никуда не обращался. При осмотре выявлено устье функционирующего свищевого хода в области верхнего полюса небной миндалины слева. Других патологических изменений не обнаружено.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Наметьте план обследования и лечения.
3. С чем связаны жалобы больного?

**Задача 27.** Больная, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в позадичелюстной области слева. Боли несколько уси­ливаются при движениях нижней челюсти. Из анамнеза выявлено, что больная в течение двух лет наблюдалась и лечилась по месту жительства по поводу актиномикоза позадичелюстной области слева (подкожно-межмышечная форма). Трижды производилось вскрытие абсцессов, фор­мирующихся в одном и том же месте. Получила три курса актинолизаттерапии. Подробной выписки из истории болезни не имеет. В позадичелюстной области слева определяется резко болезненный инфильтрат, размером 2,0x2,0 см, с четкими границами. Кожа над ним гипсремирована, истончена, не собирается в складку. Определяется участок флюктуа­ции. На кожной поверхности соответственно проекции инфильтрата отме­чается рубцово измененная ткань от ранее проведенной операции. Полость рта санирована. В процессе обследования и лечения поставлен диагноз врожденной околоушной кисты шеи слева в стадии нагноения.

1. Какие диагностические и дифференциально-диагностические критерии служат основой для постановки диагноза?
2. Определите тактику лечения.

**Задача 28.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи справа, безболезненного, медленно увели­чивающегося в размере. При осмотре определяется новообразование, локализующееся в верхних отделах шеи справа на уровне проекции щито­видного хряща, отклоняющееся вправо от средней линии, мягкоэластической консистенции, ограниченно-подвижное, смещающееся при глота­нии, безболезненное, размером 3,0x4,0 см. Кожная поверхность над ним не изменена.

1. Какие заболевания можно предполагать?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Консультации каких специалистов необходимы для уточнения диагноза?

**Задача 29.** Больная, 44 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области справа. Впервые обнаружила его около 3 лет назад. Образование медленно увеличивалось в размере, безболез­ненное. В околоушно-жевательной области справа определяется новооб­разование, диаметром 2,0x2,0 см, безболезненное. Кожа над ним в цвете не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены в размере, безболезненные, подвижные.

1. Каких данных недостает для постановки предварительного диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Какие заболевания Вы можете предположить для проведения дифференциальной диагностики?

**Задача 30.** Больной, 49 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в околоушно-жевательной области слева. Впервые обнаружил образова­ние около 1,5 лет назад. Безболезненное, медленно увеличивающееся в размере. Две недели назад появились незначительные боли в области об­разования, увеличился его размер. В околоушно-жевательной области слева определяется новообразование, диаметром 3,0x3,0 см, безболезнен­ное при пальпации, ограниченно-подвижное, кожные покровы над ним в цвете не изменены. В позадичелюстной области слева пальпируется уве­личенный, безболезненный лимфатический узел.

1. Каких данных не достает для постановки предварительного диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Укажите заболевания, которые необходимы проведения дифференциальной диагностики.

**Задача 31.** Больная, 26 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в околоушно-жевательной области справа. Месяц назад лечилась по поводу абсцесса околоушно-жевательной области справа. Произведено вскрытие абсцесса, после которого на месте разреза образовался свищевой ход. В околоушно-жевательной области справа, кпереди от козелка уха опреде­ляется устье свищевого хода с окружающей гиперемией и мацерацией кожных покровов. При пальпации из свищевого хода выделяется неболь­шое количество густой слизеподобной жидкости.

1. Какие сведения необходимы для постановки диагноза?
2. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 32.** Больной, 34 лет, обратился с жалобами на наличие свищевого хода на передней поверхности шеи. На коже передней поверхности шеи в верхней ее трети определяется устье свищевого хода с втянутой окружающей кож­ной поверхностью, в цвете не изменена. Отделяемого из свища не получе­но.

1. Какие данные необходимы для планирования лечения?
2. Определите хирургическую тактику лечения.

**Задача 33.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на периодическое выделение небольшого количества жидкости из левого наружного слухового прохо­да. Больной отмечает, что приблизительно 2 раза в год воспаляется сред­нее ухо (преимущественно в весенне-осенний период) с увеличением количества отделяемого. По поводу обострения хронического левостороннего отита наблюдается у ЛОР-врача, который направил его на консульта­цию к хирургу-стоматологу.

1. Что могло послужить причиной направления больного ЛОР-врачом на консультацию?
2. Наметьте план обследования.
3. Укажите предположительный диагноз.

**Задача 34.** В клинику поступил больной, 32 лет, с диагнозом абсцесс корня язы­ка. После обследования поставлен диагноз врожденной кисты корня языка в стадии острого воспаления, который в дальнейшем подтвердился.

1. Какие анамнестические данные и клинические симптомы характерны для кисты корня языка в стадии воспаления?
2. Какого характера неотложная помощь может понадобиться больному?
3. Составьте план лечения.

**Задача 35.** Больной, 43 лет, поступил с жалобами на ощущение увеличения объ­ема языка, затрудненное глотание, небольшое нарушение дикции. Около полугода назад больной почувствовал неловкость при глотании в области корня языка, которое стало затрудненным, присоединилось нарушение дикции. Симптомы постепенно нарастали. Консультирован ЛОР-врачом. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре отмечаются не увеличенные в размере регионарные лимфатические узлы, безболезнен­ные, подвижные. Рот открывается свободно. Язык несколько приподнят, движения которого немного ограничены, безболезненны. Отмечается выбухание челюстно-язычных желобков. При пальпации в области корня языка определяется образование, размером 5,0x5,0 см, округлой формы, мягко-эластичной консистенции, с четкими контурами, безболезненное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите заболевания, которые необходимо иметь в виду при проведении диффереициальной диагностики.
3. Наметьте план обследования и лечения.

**Задача 36.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на необычные ощущения и дискомфорт в области горла слева при разговоре и глотании. В 15-летнем возрасте пациент оперирован по поводу врожденного полного бокового свища слева. При осмотре определяется малозаметный послеоперацион­ный рубец на боковой поверхности шеи слева. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений. Полость рта санирована. Имеется выбухание боковой стенки глотки слева. Небная миндалина слева отсутствует.

1. Каких сведений недостает для постановки диагноза?
2. Наметьте план обследования.
3. Поставьте предположительный диагноз.

**Задача 37.** Больному, 35 лет, при первичном обращении на основании анамне­стических и клинических данных поставлен диагноз боковой кисты шеи слева в стадии воспаления. Произведено вскрытие образования, получено около 15 мл мутной жидкости. В послеоперационном периоде проводи­лось противовоспалительное и физиолечение. Послеоперационная рана долго не заживала, в дальнейшем сформировался свищевой ход, из кото­рого постоянно выделяется небольшое количество мутной жидкости.

1. Укажите, были ли допущены врачом ошибки. Если да, то какие?
2. Составьте план дальнейшего лечения.

**Задача 38.** Больной, 48 лет, поставлен диагноз срединной кисты шеи в стадии острого воспаления. Проводилось противовоспалительное и физиолече­ние, воспаление купировалось. Через год вновь отмечается увеличение размеров образования, а месяц назад появились боли в этой области, уси­ливающиеся при глотании. При объективном обследовании определяется образование в области передней поверхности шеи, соответственно верх­нему краю щитовидного хряща, плотное, безболезненное, размером 4,0x5,0 см, неподвижное, с нечеткими границами. Кожа над ним незначи­тельно пигментирована, в складку не собирается. В поднижнечелюстной области справа пальпируются два плотных, неподвижных, безболезнен­ных лимфатических узла.

1. Поставьте предполагаемый диагноз.
2. Укажите, какие ошибки были допущены врачом.
3. Составьте план дальнейшего обследования.

**Задача 39.** Больному, 42 лет, поставлен и подтвержден диагноз рецидива сре­динной кисты шеи. Около трех лет назад была произведена операция уда­ления срединной кисты шеи.

1. Укажите, что могло явиться причиной рецидива?
2. Что необходимо учитывать во время оперативного вмешательства, чтобы снизить до минимума вероятность возникновения рецидива?

**Задача 40.** 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 41.** 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 42.** 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 43.** 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 44.** 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 45.** Больная. 35 лет, обратилась с жалобами на жжение во рту, сухость, боль по линии смыкания зубов в области слизистой оболочки щечной области справа. По линии смыкания зубов на слизистой оболочке щечной области справа имеется новообразование округлой формы, размером до 1,0 см, на широком основании.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите признаки, не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.
3. Составьте план лечения.

 **Задача 46.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на сухость в полости рта и наличие новообразования на слизистой оболочке щечной области слева. У больной частичная вторичная адентия, отсутствуют 36, 37, по линии смыка­ния зубов на слизистой оболочке щечной области слева имеется новообра­зование, размером 1,0 см, на широком основании, бледно-розового цвета.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 47.** Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 36, 37, затрудненное открывание рта, опреде­ляется болезненность во время приема пищи. На уровне 36, 37 имеется ново­образование в области слизистой оболочки, бледно-розового цвета, буг­ристой формы, размером 1,5x1,0 см, 37 покрыт одиночной металлической коронкой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Какое лечение необходимо провести для этой цели?

**Задача 48.** Больная, 23 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 44, 45. Отмечает, что ранее уже проводилось оперативное вмешательство по поводу этого новообразования. В области 44, 45 на слизистой оболочке имеется новообразование округлой формы, бледно-розового цвета, безболезненное при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 49.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования слизистой оболочки в области 25, 26, 27, которое медленно растет - мешает открыванию рта и приему пищи. От 25 до 27 фиксирован несъемный мостовидный протез. В области 25, 26, 27 на слизистой оболочке определяется новообразование с бугристым рельефом, бледно-розового цвета, размером 1,5x1,0 см. Мостовидный протез изготовлен 10 лет назад.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 50.**Больная, 27 лет, обратилась с жалобами на кровоточивость десен, болезненность при приеме пищи, наличие новообразования в области 34, 35, появившееся после лечения 34, 35. В области 34, 35 имеется образование ярко красного цвета, кровоточащее при пальпации.

1. Какое заболевание вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 51.** Больная, 25 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области 24, 25, 26, кровоточащее при приеме пищи. Беременность - 32 неде­ли. В области 24, 25, 26 определяется новообразование ярко красного цвета, размером 1,5x1,0 см, кровоточащее при пальпации. Зубы интактные.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 52.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на вновь появившуюся опу­холь (после удаления прошло полгода) в области 35, 36, болезненность при приеме пищи. В области 35, 36, 37 (35, 36, 37 под мостовидным протезом) имеется новообразование синюшного-красного цвета с рельефом отпечаток зубов, плотно-эластичной консистенции, кровоточит при пальпации.

1. Какое заболевание можете предположить?
2. Какое дополнительное исследование возможно провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 53.** Больная, 56 лет, направлена на консультацию из ортопедического отделения. Жалобы на затрудненное пережевывание пищи, кровоточи­вость десен в области верхней челюсти справа и слева. Альвеолярный отросток справа и слева на верхней челюсти симметрично утолщен. Ниж­ние жевательные зубы контактируют с новообразованием.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 54.** Больной, 57 лет, обратился с жалобами на новообразование в под­челюстной области справа, росло медленно, замечено случайно. В правой подчелюстной области имеется новообразование, размером 5,0x7,0 см, тестовидной консистенции, не спаяно с кожей, подвижное, безболезнен­ное.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 55.** Больной, 60 лет, обратился с жалобами на новообразование большого размера на заднейповерхности шеи и затылочной области. Новообразова­ние имеет вид воротника, без четких границ, занимает заднюю поверх­ность шеи с переходом на затылок.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 56.** Больная, 38 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие обра­зования на слизистой оболочке правой щечной области. Образование об­наружила случайно. При внешнем осмотре: конфигурация лица не изме­нена, открывание рта свободное. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке правой щечной области по линии смыкания зубов определяется образование, безболезненное при пальпации, с четкими границами, слизистая оболочка над ним в цвете не изменена, размером до 1,0 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 57.** Больной, 30 лет, был направлен в клинику из районной стоматологи­ческой поликлиники для консультации и лечения в связи с наличием обра­зования на языке слева. Образование появилось давно, около трех лет назад. За медицинской помощью не обращался. Пациент отмечает, что примерно столько же времени назад ему проведена операция по поводу воспаления верхнечелюстной пазухи. Внешний вид пациента без особенно­стей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На боковой поверхности языка слева ближе к его кончику имеется экзофитное ново­образование, на узком основании, без инфильтрации прилегающих тканей. Образование возвышается над окружающей слизистой оболочкой, грани­цы его четкие, размером до 1,5 см в диаметре, при пальпации безболез­ненное.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения наличие хронического гайморита?

**Задача 58.** Больной, 32 лет, обратился с жалобами на наличие образования на языке. Ранее за медицинской помощью не обращался. Внешний вид боль­ного без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не уве­личены. На боковой поверхности языка справа ближе к его основанию определяется округлое образование.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
3. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?

**Задача 59.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке левой щечной области, которое заметила случайно. Больная отмечает, что в настоящее время практически здорова, но в анам­незе имеется двухсторонний хронический гайморит. Внешний вид боль­ной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не уве­личены. На слизистой оболочке левой щечной области по линии смыкания зубов определяется новообразование.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения имеющийся хронический гайморит?

**Задача 60.** Больной, 56 лет, обратился с жалобами на наличие образования на нижней губе слева, которое появилось месяц назад. Из анамнеза выяснено, что появлению образования предшествовало прикусывание слизистой оболочки нижней губы слева. Рана на губе заживала самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний ука­зывает на ишемическую болезнь сердца, стенокардию, язву двенадцати­перстной кишки. В настоящее время по общему статусу чувствует себя удовлетворительно. Внешний вид пациента без особенностей, поднижне­челюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке нижней губы слева имеется образование округлой формы синюшного цвета мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 см в диаметре.

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

**Задача 61.** В клинику с направлением из районной поликлиники обратилась больная, 30 лет, с жалобами на наличие образования на нижней губе. Об­разование появилось около 8 месяцев назад, постепенно увеличиваясь в размерах. Из анамнеза выяснено, что около года назад у больной был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличе­ны, на слизистой оболочке нижней губы справа в проекции 43, 42, 41 имеется новообразование, возвышающееся над поверхностью мягкой консистен­ции, бледно-розового цвета, безболезненное при пальпации размером 1,0 см. в диаметре. На 4З опорная коронка мостовидного протеза, Перкуссия 43, 42, 41 безболезненная. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти в области 41, 31 нет, но имеется утолщение кости по нижне­челюстному краю в области 41, 31, определяемое при пальпации.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествовавший перелом нижней челюсти?

**Задача 62.** На приеме у хирурга-стоматолога пациент, направленный районным врачом-стоматологом на консультацию. У больного имеется образование на нижней губе слева, Внешний вид пациента без особенностей, подниж­нечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке нижней губы слева определяется образование.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
3. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить диагноз окончательный и составить план лечения?

**Задача 63.** Больная, 28 лет, обратилась в клинику с жалобами на наличие образований на верхней губе. Из анамнеза выяснено, что больная страдает хроническим гайморитом слева. Внешний вид пациентки без особенно­стей, поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке верхней губы слева имеется несколько образований округлой формы. Со стороны верхнечелюстной пазухи слева выраженных изменений не выявлено, выделений из левого наружного носового хода нет. В настоящее время у пациентки ремиссия заболевания.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения имеющийся хронический гайморит слева?

**Задача 64.** Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на наличие образо­вания на кончике языка, затруднение жевания, периодически появляю­щиеся явления кровоточивости. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы не увели­чены. При осмотре полости рта определяется бугристое сине-багрового цвета образование на кончике языка, мягкой консистенции, безболезнен­ная, в глубине которой пальпируются небольшие плотные включения, предположительно ангиолит, размеры новообразования 3,0x5,0 см, явле­ний кровоточивости не отмечаются.

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

**Задача 65.** В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка сле­ва. Когда и в связи с чем появились данные проблемы пациент точно ска­зать не может. Однако, около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, была проведена опера­ция остеосинтеза нижней челюсти слева. Имеетсянекоторое нарушение конфигурация лица за счет отечности мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование си­нюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5x2,5 см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, но при пальпации по нижнечелюстному краю в проек­ции35, 37 определяется утолщение кости.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.

**Задача 66.** Больная, 38 лет, обратилась в клинику с жалобами на увеличенный язык (макроглоссия), нарушение фонации. Внешний вид пациентки без особенностей, поднижнечслюстные и подподбородочные узлы не увели­чены. Язык увеличен в размерах, выражена его складчатость, слизистая оболочка выглядит зернистой с пузырьковидными выростами. Изменен­ные ткани плотные, безболезненные при пальпации.

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

**Задача 67.** В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент с жалоба­ми на чрезмерное увеличение языка, нарушение дикции и приема пищи. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад она ударилась и вывихнула 41, 31. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные и под­подбородочные лимфатические узлы не увеличены. Язык значительно увеличен в размерах, слизистая оболочка выглядит зернистой с пузырько­видными выростами, обращает на себя внимание складчатость языка, при пальпации язык плотно-эластичный, безболезненный. 41, 31 депульпированы и запломбированы, несколько изменены в цвете, перкуссия безболез­ненна, неподвижны (больная носила в течение месяца гнутую проволоч­ную шину-скобу).

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.

**Задача 68.** В клинику обратился больной с жалобами на значительное увеличе­ние размеров нижней губы. Имеется увеличение нижней губы (макрохейлия), ткани губы безболезненные при пальпации, бледно-розового цвета, плотно-эластичные.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 69.** У больной, 70 лет, на слизистой оболочке в щечной области справа по линии смыкания зубов обнаружено плотное, округлой формы и на ши­роком основании, безболезненное образование, с четкими границами, покрытое неизменной слизистой оболочкой, размером до 1,0 см. Лимфа­тические узлы не увеличены в размере.

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

**Задача 70.** Больная, 25 лет, обратилась в районную поликлинику с жалобами на наличие припухлости в левой околоушно-жевательной области. При на­клоне головы вниз определяется «симптом наполнения» в левой околоушно-жевательной области. В полости рта слизистая оболочка этой области и кожа снаружи в цвете не изменены.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо провести для его обоснования?
3. Составьте план лечения.
4. Место лечения данной группы больных.

**Задача 71.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области нижней челюсти справа, появившееся 5 лет назад, которое мед­ленно увеличивается в размере, безболезненное; На нижней челюсти спра­ва отмечается новообразование, размером 8,0x2,0 см. Кожные покровы над ним в цвете не изменены, подвижны. Пальпация новообразования безболезненная, местами имеет плотную консистенцию; Полость рта са­нирована. Зубы на нижней челюсти справа интактны. Чувствительность нижней губы не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличе­ны в размере, безболезненные. При рентгенологическом обследовании определяется разрежение участка костной ткани в области тела нижней челюсти справа с четкими границами, напоминающее поликистозное об­разование.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения.
3. Как правильно собрать анамнез у стоматологического больного, имеющего новообразование?

**Задача 72.** Больная, 35 лет, жалуется на наличие плотного образования в облас­ти тела нижней челюсти справа, безболезненное, медленно увеличи­вающееся в размерах. Пальпаторно определяется новообразование в об­ласти тела нижней челюсти справа, эластичной консистенции, 47, 46, 45 подвижны. При цитологическом обследовании обнаружены клетки, сходные с остеобластами и остекластами. Полость рта не санирована, имеется большое количество кариозных полостей.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз и составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 73.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие безболезненной деформации в области нижней челюсти слева, которую заметила около 5 лет назад. Периодически на боковой поверхности языка слева возникают болезненные афты, рецидивы носят сезонный характер. При рентгеноло­гическом обследовании определяется картина диффузного увеличения тела нижней челюсти слева с деструкцией костной ткани в виде чередова­ния участков уплотнения и разрежения, картина «матового стекла».

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие методы исследования надо использовать в диагностике и лечении, и в какой клиники?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 74.** У больной, 40 лет, клинически поставлен предварительный диагноз лимфангиома боковой поверхности языка слева.

1. Каких: клинико-морфологических данных не достает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
2. В каких учреждениях проводится лечение?
3. Составьте план лечения.

**Задача 75.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на ноющие боли и появление припухлости в области верхней челюсти соответственно 21, 22, 23 зубов. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Открывание рта свобод­ное, безболезненное. Определяется гиперемия, отечность и болезненность десны с вестибулярной стороны в области зубов 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 зубов 22, 23, округ­лой формы с четкими контурами, в каналах зубов прослеживается плом­бировочный материал на 2/3 длины корней. У зуба 22 - периодонтальная щель не прослеживается.

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

**Задача 76.** 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 77.** 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 78.** 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 79.** 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 80.** Больной, 30 лет, обратился в поликлинику с целью санации полости рта. Жалоб не предъявлял. При рентгенологическом исследовании выяв­лен участок разрежения костной ткани с четкими границами, размером 0,8 х 0,8 см в области 2l. При внешнем осмотре видимых отклонений от нор­мы не выявлено. Слизистая оболочка бледно розового цвета. Из перене­сенных заболеваний больной указывает на детские и простудные заболе­вания. В настоящее время считает себя здоровым.

1. Какие заболевания состояния можно предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки диагноза и составления плана лечения?

**Задача81.** Больной, 47 лет, обратился к врачу с жалобами на боль и наличие припухлости в области десны на верхней челюсти справа, которая появи­лась три дня назад без видимых причин. При внешнем осмотре опреде­ляется незначительный отек верхней губы справа. В полости рта опреде­ляется выбухание слизистой оболочки в области 13, 12, 11, которая отечна, гиперемирована, пальпация болезненная. Флюктуация не определяется. 12 - под пломбой. При рентгенологическом исследовании определяется учас­ток разрежения костной ткани с четкими границами, округлой формы, размером 1,0x1,0 см в области верхушек корней 13, 12, в канале корня 12 прослеживается пломбировочный материал на протяжении всей длины. 13 - интактен, периодоптальной щель у 12 в области верхушки не определяет­ся.

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

**Задача 82.** Больной, 56 лет, обратился к врачу с жалобами на наличие безболез­ненной припухлости в области десны нижней челюсти справа. При осмотре полости рта определяется деформация альвеолярного отростка нижней челюсти за счет вздутия в области 44, 43, 42, слизистая оболочка этой области незначительно гиперемирована, пальпация в этой области безбо­лезненна, 43 - под пломбой. При рентгенологическом исследовании опре­деляется участок разрежения костной ткани в области верхушек корней 44, 43, 42 с четкими границами, округлой формы в канале 43 прослеживается пломбировочный материал на 1/2 длины корня. Периодонтальная щель в проекции участка разряжения отсутствует. Больной отмечает, что месяц назад лечился по поводу язвенной болезни желудка.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения наличие у больного язвенной болезни желудка?

**Задача 83.** Больной, 70 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярно­го отростка верхней челюсти справа, а также невозможность вследствие этого пользоваться зубным съемным протезом. В настоящее время на верхней челюсти протез не фиксируется, т.к. у больного появилась дефор­мация альвеолярного отростка в области отсутствующих 17, 16, 15. При внеш­нем осмотре изменений конфигурации лица не определяется. Открывание рта свободное, в области отсутствующих 17, 16, 15 с вестибулярной стороны определяется выбухание альвеолярного отростка, округлой формы, безбо­лезненное при пальпации, слизистая оболочка в цвете не изменена. При рентгенологическом исследовании определяется в области верхней челюс­ти справа, соответственно отсутствующим 17, 16, 15 участок разрежения кост­ной ткани овальной формы с четкими границами. Костная ткань между участком разряжения и верхнечелюстной пазухой сохранена на всем про­тяжении.

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

**Задача 84.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярно­го отростка верхней челюсти слева. При осмотре полости рта определяет­ся деформация альвеолярного отростка за счет вздутия с вестибулярной стороны в области 23, 24, 25, размером 1,0x1,0 см. Пальпация этой области безболезненная, в области наибольшего выбухания определяется симптом «пергаментного хруста».

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

**Задача 85.** Больной, 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 14, 13, 12, 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. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 86.** Больная, 50 лет, обратилась с жалобами, на ноющие боли и появление припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Появление этих симптомов связывает с переохлаждением. Конфигурация лица не изменена, рот открывается свободно. Слизистая оболочка верхне­го свода преддверия полости рта слева гиперемирована, 26 - под пломбой, перкуссия слабо безболезненна. Пальпация верхнего свода преддверия полости рта несколько болезненна, определяется деформация альвеоляр­ного отростка верхней челюсти в области 26, 27, 28 за счет вздутия. У больной на нижней губе имеется округлой формы образование, синюшного цвета, размером 0,3x0,5 см, безболезненное, при надавливании исчезает, а затем приобретает прежние размеры.

1. Какое заболевание вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения наличие образования на нижней губе?

**Задача 87.** Больной, 23 лет, обратился с жалобами на периодически появляю­щиеся ноющие боли в области нижней челюсти справа. Конфигурация лица не изменена, рот открывает свободно, слизистая оболочка полости рта без изменений, умеренно увлажнена. Зубы на нижней челюсти интактные, 48 - отсутствует, со слов больного - не прорезался. При рентгеноло­гическом исследовании тела и ветви нижней челюсти справа определяется ретенированный 48, вокруг корней которого и несколько кзади отмечается участок разрежения костной ткани нижней челюсти справа, округлой формы, размером 1,0x1,0 см, с четкими контурами, связанный с коронковой частью ретенированного 48.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 88.** Больная, 70 лет, обратилась с жалобами на периодически появляю­щуюся припухлость и ноющие боли в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева. В момент обращения к врачу припухлости в поло­сти рта не отмечается, рот открывается свободно. Слизистая оболочка в области 25, 26, 27 незначительно гиперемирована, пальпация этой области безболезненная, 26 - под пломбой. 25, 27 - интактны. При рентгенологи­ческом исследовании определяется участок разряжения костной ткани верхней челюсти слева в области 25, 26, 27 с четкими границами, округлой формы. Периодонтальная щель в области верхушек корней 26 - не просле­живается. Каналы корней 26 - не запломбированы. Отмечается значитель­ное истончение и прогиб костной ткани, разделяющей кистевидное обра­зование и верхнечелюстную пазуху.

При обследовании определяется участок разрежения костной ткани верхней челюсти слева в области 25, 26, 27 с четкими границами, округ­лой формы.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Составьте план лечения.

**Задача 89.** Больной, 67 лет, обратился с жалобами на ноющие боли в области верхней челюсти справа и незначительное серозное отделяемое из правого носового хода. При осмотре полости рта определяется незначительная деформация за счет вздутия альвеолярного отростка верхней челюсти справа в проекции 18, 17, 16. 17, 16 - под пломбами, 16 - в цвете изменен, перкус­сия безболезненна. Подвижность не определяется. При рентгенологи­ческом исследовании выявлено понижение прозрачности правой верхне­челюстной пазухи, а также определяется участок разрежения костной ткани верхней челюсти в области 18, 17, 16, округлой формы, с четкими грани­цами. Костная стенка между кистовидным образованием и верхнечелюст­ной пазухой отсутствует. 17 - у верхушек корней периодонтальная щель не прослеживается, 18 - глубокие периодонтальные карманы. Каналы 18, 17, 16 - не запломбированы.

О каком заболевании можно думать?

Какой метод лечения Вы проведете?

**Задача 90.** Больной, 35 лет, обратился с жалобами на наличие образования в области переходной складки верхней челюсти в проекции 11, 21. Время появления образования не знает, обнаружил случайно. Конфигурация лица не изменена, рот открывается свободно, 13, 12, 11, 21, 22, 23 интактные и неподвиж­ные. По переходной складке в области корней 11, 21 отмечается деформа­ция альвеолярного отростка верхней челюсти полушаровидной формы, размером 1,0x1,0 см, слизистая оболочка, покрывающая образование, бледно-розовой окраски, пальпация безболезненная. В центральном отде­ле образования определяется прогибание вестибулярной костной пластин­ки. При рентгенологическом исследовании определяется участок разреже­ния костной ткани, округлой формой, с четкими границами. У корней 11, 21 определяется расширение периодонгальной щели. ЭОД 13, 12, 11, 21, 22, 23 в преде­лах нормы. Верхушки корней 11, 21 проецируются на участок разряжения.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 91.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на наличие припухлости в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева, которую обнару­жила случайно. Рот открывается свободно. В области альвеолярного от­ростка нижней челюсти слева в проекции 22, 23 определяется деформация за счет вздутия, безболезненная при пальпации. 22, 23, 24 интактные. При рентге­нологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани с четкими границами, по форме напоминающее перевернутую гру­шу, располагающееся между 22 и 23. Корни зубов раздвинуты, периодонтальная щель их сохранена. ЭОД - в пределах нормы.

1. О каком заболевании можно думать?
2. В чем заключается лечение?

**Задача 92.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на наличие образования в области верхней челюсти в проекции основания крыла носа слева. При осмотре полости рта определяется в области альвеолярного отростка верхней челюсти слева в проекции 22, 23 округлое образование, с четкими границами, подвижное, безболезненное, с кожей не спаянное. При рентге­нологическом исследовании видимой патологии костной ткани верхней челюсти слева не выявлено (может выявиться после введения контрастно­го вещества).

1. О каком заболевании можно думать?
2. В чем заключается лечение?

**Задача 93.** 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 94.** 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 95.** 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 96.** 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 97.** Больной, 36 лет, обратился с жалобами на обширную язву дна поло­сти рта, протяженностью от зуба 45 до зуба 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.

**Задача 98.** У больного, 50 лет, отмечается деформация нижнего отдела лица в области нижней челюсти слева, которую он обнаружил более 2-х лет на­зад. Увеличение размера припухлости медленное и безболезненное. Кож­ные покровы над образованием, которое простирается от угла нижней челюсти слева до подбородка, почти не изменены, подвижны. В полости рта с вестибулярной поверхности тела нижней челюсти слева практически отсутствует переходная складка. Слизистая оболочка натянута, с выра­женным сосудистым рисунком. При пальпации определяется плотное, ровное, безболезненное образование. При рентгенологическом обследова­нии костей лицевого скелета довольно ясно прослеживается в области тела нижней челюсти слева не очень интенсивная тень с четкими грани­цами и с участками тяжистого строения в центре. Наружная компактная пластинка тела нижней челюсти сохранена на всем протяжении.

1. На основании вышеизложенного о котором заболевании может идти речь?
2. Какое еще исследование необходимо провести?
3. Наметьте план лечения.

**Задача 99.** Больной, 39 лет, обратился в клинику с направлением по поводу хро­нического остеомелита тела нижней челюсти в области 34, 35, 36. Из анамнеза выяснено, что острого начала заболевания не было. Боли появились около трех месяцев назад и были не сильными, продолжались не более недели, затем появилось онемение нижней губы слева и припухлость тела нижней челюсти с вестибулярной поверхности на уровне 34, 35, 36. Подъем темпера­туры тела не отмечался. При обследовании больного выявлено, что 34, 35, 36 внешне интактны, ЭОД этих зубов свыше 200 мА. При рентгенологи­ческом исследовании отмечается разрежение участка костной ткани тела нижней челюсти слева без четких границ, в диаметре до 2,0 см, который примыкает к левому нижнечелюстному каналу на уровне 35, 36. После УВЧ-терапии (6 сеансов) интенсивность развития процесса усилилась. При наружном обследовании обнаружены два лимфатических узла в левой поднижнечелюстной области, плотные, безболезненные, достаточно по­движные, размером 1,5-2,0 см.

1. Обоснуйте предварительный диагноз с помощью дифференцирования.
2. Поставьте окончательный диагноз и наметьте план лечения.

**Задача 100.** Больная, 42 года, жалуется на образование в области десны с вести­булярной поверхности в проекции 37, 38. В левой поднижнечелюстной об­ласти пальпируется группа лимфатических узлов с ограниченной подвиж­ностью. При осмотре определяется образование, размером до 3,0 см, на широком основании, начинающееся от шеек 37, 38 до переходной складки. На вершине образования имеется язвенная поверхность, легко кровоточа­щая, безболезненная, 37, 38 резко подвижны во всех направлениях. В тече­ние последних 5-6 месяцев у больной дважды проводилась операция иссе­чения «эпулиса» в этой области без гистологического исследования. При рентгенологическом исследовании тела нижней челюсти слева определяется участок деструкции костной ткани альвеолярного отростка в облас­ти корней 37, 38, без четких границ с узурированной структурой. У 37 ди­стальный и у 38 медиальный корни резорбированы на 1/3 от верхушек.

1. Проведите дифференциальный диагноз.
2. Какие необходимые исследования надо провести для постановки окончательного диагноза?

**Задача 101.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на нарушение речи, невоз­можность нормального приема пищи из-за трудности подвижности языка. Нарушение подвижности языка больной заметил более полугода назад. К врачу обратился лишь около 2-х месяцев назад, занимаясь самолечением. Больной курит и принимает алкоголь. Телосложение кахексичное. При осмотре в поднижнечелюстной области слева определяется конгломерат лимфатических узлов, практически не смещаемый. Справа в поднижнече­люстной области пальпируются одиночные, увеличенные, безболезненные и подвижные лимфатические узлы. В полости рта язык практически непо­движен, спаян с тканями тела нижней челюсти слева в области отсут­ствующих 33, 34, 35, 36. Язвенная поверхность с уплотненными краями простирается от средней трети до кончика боковой поверхности языка слева. На месте отсутствующих 33, 34, 35, 36 язва переходит через альвеолярный гребень на слизистую оболочку щеки и нижней губы слева. При рентгенологическом исследовании отмечается значительный участок деструкции компактной пластинки внутренней поверхности нижней челюсти слева в области 33, 34, 35, 36.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберете оптимальный план лечения для данного больного.

**Задача 102.** Больной, 49 лет, жалуется на боли в правой половине лица, на сукро­вичное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Боли появились три месяца назад. К врачам не обращался. Боли купировал пу­тем приема большого количества анальгетиков. Выделения и запах появи­лись около 2-3 недель назад. После осмотра в полости рта отмечается выраженная подвижность интактных жевательных зубов верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза?
4. Составьте план лечения.

**Задача 103.** Больной, 62 лет, пользуется съемными протезами на верхней челюсти с 45 лет. Последний полный съемный протез был изготовлен год назад. В течение последних трех месяцев больной стал отмечать болезненность по заднему краю протеза и ухудшение его фиксации. Прекратив пользоваться протезом, больной почувствовал уменьшение болей, но через некоторое время, попробовав одеть протез, он не смог это сделать из-за по­явившегося возвышения на границе твердого и мягкого неба слева. Обра­тившись в клинику больному было проведено вскрытие образования, от­деляемого не получено. После остановки кровотечения наложением там­пона с перекисью водорода, больной был отпущен домой. В течение по­следующих 2-х недель рана не заживала, а увеличивалась в размере. Боль­ной был направлен на консультацию и дальнейшее лечение в специализи­рованное учреждение, где была диагностирована аденокистозная карци­нома на границе твердого и мягкого неба слева.

1. В чем заключается грубейшая ошибка врача поликлиники?

**Задача 104.** 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 течение 8-ми месяцев. Признаки воспаления и температуры тела не отмечались. Фронтальные зубы верхней челюсти стали подвижными. Боль и интенсивное увеличение образования отмечается в течение последнего месяца. Верхняя губа и концевой отдел носа резко приподняты вверх. Образование от зуба 14до зуба 24с 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.

**Задача 105.** Больной, 51 года, явился на прием с жалобами на незаживающие лунки 26, 27. В течение нескольких месяцев больного беспокоят боли неоп­ределенного характера в области верхней челюсти слева. Неоднократные обращения к невропатологу и стоматологу, а также прописанное ими ме­дикаментозное лечение улучшение не приносили. Стала отмечаться зна­чительная подвижность 26, 27, которые были в последствии удалены, после чего лунки удаленных зубов не заживают в течение пяти месяцев, несмот­ря на дважды проведенную их ревизию.

1. На основании анамнеза поставьте предварительный диагноз.
2. Определите в чем ошибка стоматолога.
3. Наметьте план обследования для постановки окончательного диагноза.
4. Составьте план лечения.

**Задача 106.** Больной, 48 лет, обратился в клинику по поводу резко выраженного экзофтальма, диплопии и снижения зрения правого глаза. Объективно, кроме указанных симптомов, отмечается затрудненное дыхание правой половины носа. Кожные покровы не изменены. Данных о наличие воспа­ления и травмы в области верхней челюсти из анамнеза не выявлено. При рентгенологическом исследовании отмечается деструкция нижнеглазничного края и боковой стенки носа, значительное истончение скулоальвеолярного гребня справа. Под правой кивательной мышцей пальпируется плотный, малоподвижный, размером 2,0x3,0 см, безболезненный лимфа­тический узел.

1. Какого исследования не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план дальнейшего ведения больного и объем хирургического лечения и ортопедического лечения в будущем.

**Задача 107.** Больная, 65 лет, направлена на консультацию для определения опти­мального способа лечения по поводу злокачественного новообразования альвеолярного отростка верхней челюсти слева, T2N3M0. В течение мно­гих лет больная пользуется съемным частичным протезом на верхней челюсти с кламмерами на зубах 17, 27. Около года назад зуб 17 самостоятельно выпал. После чего протез стал плохо фиксироваться, а сохранившийся кламмер в области зуба 27 стал постоянно травмировать слизистую оболочку переходной складки и альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Образо­вавшаяся декубитальная язва вначале больную не беспокоила. Язва посте­пенно увеличивалась и распространилась на небную поверхность верхней челюсти слева.

1. Определите оптимальный способ лечения данного заболевания.

**Задача 108.** Больной, 49 лет, обратился в клинику повторно спустя полтора года после проведенного комбинированного лечения по поводу злокачествен­ного образования верхней челюсти справа. Больному была проведена предоперационная лучевая терапия, половинная резекция верхней челюс­ти справа (от рекомендованной экзентерации содержимого глазницы больной категорически отказался), операция Крайла справа. В послеопе­рационном периоде проводилась дополнительно лучевая терапия. После полной эпителизации раневой поверхности, больному был изготовлен съемный протез - обтуратор на верхнюю челюсть. В настоящее время больной предъявляет жалобы на экзофтальм правого глаза и периодически возникающие кровотечения из под протеза. При осмотре отмечается экзо­фтальм правого глаза, резко выраженный отек нижнего века справа. Со стороны полости рта у дна глазницы отмечается разрастание ткани, напо­минающей грануляционную. При рентгенологическом исследовании от­мечается резорбция нижнеглазничного края справа.

1. Поставьте диагноз. Дайте его обоснование.
2. Какие еще исследования необходимо провести для постановки диагноза и определения дальнейшего плана лечения больного? Составьте план дальнейшего лечения больного.

**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 Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий | Инд.УК1.1. Применяет системный подход для разрешения проблемных ситуаций | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-108 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-108 |
| 2 | УК-6 Способен определять и реализовывать приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования в течение всей жизни | Инд.УК6.1. Решает задачи собственного профессионального и личностного совершенствования и развития, включая задачи изменения карьерной траектории, на основе самооценки, принципов самовоспитания и самообразования в течение всей жизни | знать способы самосовершенствования своей деятельности с учетом своих личностных, деловых, коммуникативных качеств | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь определять приоритеты личностного и профессионального роста | Задачи 1-108 |
| владеть навыками самодиагностики личностных коммуникативных способностей в деловом взаимодействие | Задачи 1-108 |
| 3 | ОПК-1 Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности | Инд.ОПК1.1. Получает информированное согласие пациента | знать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы поведения при осуществлении профессиональной деятельности | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь излагать профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия, соблюдая принципы этики и деонтологии | Задачи 1-108 |
| владеть навыком поведения при осуществлении профессиональной деятельности поведения с соблюдением моральных и правовых норм, этических и деонтологических принципов | Задачи 1-108 |
| 4 | ОПК-5 Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Инд.ОПК5.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания у детей и взрослых (их законных представителей), выявляет факторы риска и причины развития заболеваний | знать анатомо-физиологические особенности челюстно-лицевой области | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-108 |
| владеть навыками сбора жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни у пациента (его законного представителя) с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-108 |
| 5 | ОПК-12 Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации стоматологического пациента | Инд.ОПК12.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациента со стоматологическими заболеваниями в соответствии с действующим порядком медицинской реабилитации, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий при различных заболеваниях и патологических состояниях | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь разрабатывать план реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-108 |
| владеть составление индивидуального плана реабилитации пациента с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-108 |
| 6 | ПК-1 Способен провести и интерпретировать результаты опроса пациента и его родственников, клинического обследование полости рта и челюстно-лицевой области для диагностики стоматологических заболеваний и патологических состояний | Инд.ПК1.3. Интерпретирует результаты осмотра и физикального обследования детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями | знать этиологию, патогенез, клинические проявления и методы диагностики заболеваний челюстно-лицевой области | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь производить осмотр пациента, анализировать и интерпретировать результаты физикального обследования пациента (пальпация, перкуссия и др.) | Задачи 1-108 |
| владеть навыками проведения осмотра пациента, интерпретацией и анализом результатов осмотра и обследования пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области | Задачи 1-108 |
| 7 | ПК-5 Способен к назначению и проведению лечения стоматологических заболеваний, контролю его эффективности и безопасности у детей и взрослых | Инд.ПК5.1. Разрабатывает план лечения детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями, с учетом стандартов медицинской помощи | знать правила назначения, показания и противопоказания к назначению немедикаментозной терапии, лечебного питания, лекарственных препаратов, медицинских изделий при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь составлять и обосновывать план лечения пациента с заболеваниями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста пациента, клинической картины заболевания в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями | Задачи 1-108 |
| владеть навыками оценки эффективности и безопасности применения назначенного лечения | Задачи 1-108 |
| 8 | ПК-7 Способен составить индивидуальный план и применять методы комплексной реабилитации пациентов со стоматологическими заболеваниями с учетом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Инд.ПК7.2. Определяет показания и направляет пациента на консультацию и лечение к врачам-специалистам для его комплексной реабилитации | знать основные принципы реабилитации пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь направлять пациентов со стоматологическими заболеваниями на консультацию к узким специалистам с учетом их общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии | Задачи 1-108 |
| владеть навыками оказания квалифицированной медицинской помощи по своей специальности с использованием современных методов реабилитации, разрешенных для применения в медицинской практике | Задачи 1-108 |
| 9 | ПК-11 Способен к проведению анализа медико-статистической информации, ведению медицинской документации, организации деятельности медицинского персонала | Инд.ПК11.1. Заполняет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа | знать правила ведение медицинской документации, в том числе в форме электронного документа | Вопросы 1-37Тестовые задания 1-209 |
| уметь анализировать показатели эффективности оказанной медицинской помощи; заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения | Задачи 1-108 |
| владеть навыками оформления медицинской документации в организациях, оказывающих медицинскую помощь, в том числе в форме электронного документа | Задачи 1-108 |

**4. Методические рекомендации по применению балльно-рейтинговой системы.**

Методические рекомендации составлены с использованием следующих нормативных документов:

Положения П 004.03-2020 «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №479 от 3.03.2020 г.

Положения П 076.04-2023 «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры», утвержденного приказом ректора ОрГМУ №1410 от 15.06.2023 г.

**4.1. Правила формирования текущего фактического рейтинга (Ртф) обучающегося**

В рамках реализации балльно-рейтинговой системы оценивания учебных достижений, обучающихся по дисциплине (модулю) на кафедре стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в соответствии с пунктами 6, 8.3, 8.4 положения «О балльно-рейтинговой системе оценивания учебных достижений обучающихся», а также пунктом 7.9 положения «О формах, периодичности и порядке текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по образовательным программам высшего образования – программ бакалавриата, программ специалитета, программ магистратуры» определен следующий порядок формирования текущего фактического рейтинга обучающегося.

Текущий фактический рейтинг (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе) складывается из среднеарифметической суммы баллов, набранных в результате:

* текущего контроля успеваемости обучающихся на каждом практическом занятии по дисциплине, который складывается из оценки за устный ответ, тестирование, письменный контроль и практические навыки (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* рубежного контроля успеваемости обучающихся по каждому модулю дисциплины (при наличии) (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе);
* оценки за итоговую работу, представленную в виде защиты истории болезни (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)
* самостоятельной (внеаудиторной) работы обучающихся (максимально 5,0 баллов по 5-балльной системе)

**4.2. Порядок расчета текущего стандартизированного рейтинга**

4.2.1. При отсутствии пропусков по лекциям и практическим занятиям текущий стандартизированный рейтинг с целью стандартизации значений текущего фактического рейтинга вычисляется по следующей формуле:

**Ртс = (Ртф\*70) / 5**

где,

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг** (**0-70 баллов)**

**Ртф – текущий фактический рейтинг (0-5 баллов)**

4.2.2. При наличии у обучающегося пропусков по лекциям и/или практическим занятиям по неуважительной причине от текущего стандартизированного рейтинга, рассчитанного согласно пункту 4.2.1 вычитывается по 3 балла за каждое пропущенное практическое занятие и по 1 баллу за каждую пропущенную лекцию.

4.2.3. При пропуске лекций/практических занятий по уважительной причине, студенту дается 2 недели на отработку пропуска и по окончании этого срока будет производиться расчет Ртс согласно пункту 4.2.2.

**4.3. Порядок расчета бонусного рейтинга**

Бонусный рейтинг рассчитывается отдельно после подсчета текущего стандартизированного рейтинга и определяется в диапазоне от 0 до 5 баллов.

|  |  |
| --- | --- |
| Вид деятельности | Бонусные баллы |
| Посещение всех занятий и лекций | 2 |
| Участие в олимпиаде:1-е место2-е место3-е местоучастие | 3221 |

**4.4. Порядок расчета зачетного / экзаменационного рейтинга**

4.4.1. Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации

* Промежуточная аттестация проводится в форме зачета / экзамена.
* Зачет проходит в форме тестирования в информационной системе ОрГМУ / по зачетным билетам.
* Экзамен проходит по экзаменационным билетам.
* К промежуточной аттестации допускаются студенты, имеющие значение текущего стандартизированного и бонусного рейтинга 35 баллов и более.
* Зачетный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (в виде тестирования) и выражается в процентах от 71 до 100 в зависимости от результата тестирования. Результат тестирования менее 71% считается неудовлетворительным и у студента формируется академическая задолженность.

Правила перевода результатов зачетного тестирования по дисциплине в баллы:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** | **%** | **Рз (в баллах)** |
| 71 | 15 | 81 | 20 | 91 | 25 |
| 72 | 15,5 | 82 | 20,5 | 92 | 25,5 |
| 73 | 16 | 83 | 21 | 93 | 26 |
| 74 | 16,5 | 84 | 21,5 | 94 | 26,5 |
| 75 | 17 | 85 | 22 | 95 | 27 |
| 76 | 17,5 | 86 | 22,5 | 96 | 27,5 |
| 77 | 18 | 87 | 23 | 97 | 28 |
| 78 | 18,5 | 88 | 23,5 | 98 | 28,5 |
| 79 | 19 | 89 | 24 | 99 | 29 |
| 80 | 19,5 | 90 | 24,5 | 100 | 30 |

* Зачетный / экзаменационный рейтинг обучающегося формируется при проведении промежуточной аттестации (по билетам) и выражается в баллах от 0 до 30.

Правила перевода зачетного рейтинга по дисциплине в пятибалльную систему:

|  |  |
| --- | --- |
| **Зачетный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| **Экзамен, дифференцированный зачет** | **Зачет** |
| 26-30 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 21-25 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 15-20 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| Менее 15 баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |

4.4.2. Промежуточная аттестация по дисциплине считается успешно пройденной обучающимся при условии получения им зачетного / экзаменационного рейтинга не менее 15 баллов и текущего стандартизированного рейтинга не менее 35 баллов.

4.4.4. В случае неявки на зачет / экзамен, а также получения обучающимся зачетного / экзаменационного рейтинга менее 15 баллов и (или) текущего стандартизированного рейтинга менее 35 баллов результаты промежуточной аттестации по дисциплине (модулю) признаются неудовлетворительными и у обучающегося образуется академическая задолженность. Дисциплинарный рейтинг в этом случае не рассчитывается.

**4.5. Порядок расчета дисциплинарного рейтинга обучающегося**

После успешной сдачи промежуточной аттестации производится расчет дисциплинарного рейтинга (Рд) по следующей формуле:

**Рд = Ртс + Б + Рзс/Рэ**

где,

Рд **–** дисциплинарный рейтинг (максимально 105 баллов)

Ртс **– текущий стандартизированный рейтинг (35-70 баллов)**

**Б – бонусные баллы (0-5 баллов)**

Рзс –зачетный стандартизированный рейтинг (15-30 баллов)

Рэ – экзаменационный рейтинг (15-30 баллов)

**Таблица перевода дисциплинарного рейтинга в итоговую оценку по дисциплине**

|  |  |
| --- | --- |
| **Дисциплинарный рейтинг по БРС** | **оценка по дисциплине (модулю)** |
| **Экзамен** | **Зачет** |
| 86 – 105 баллов | 5 (отлично) | зачтено |
| 70 – 85 баллов | 4 (хорошо) | зачтено |
| 50–69 баллов | 3 (удовлетворительно) | зачтено |
| 49 и менее баллов | 2 (неудовлетворительно) | не зачтено |