

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 29.08.2026 15:16:25
Уникальный программный ключ:
1bcb6e80b25337659516c8c6c08f3b04f12d77b7

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПбМСИ»)**

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

25 июня 2026 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ДИСЦИПЛИНЫ**

«ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ»

Специальность	<u>31.08.72 Стоматология общей практики</u>
Направленность (профиль)	<u>Стоматология общей практики</u>
Квалификация	<u>врач-стоматолог</u>
Форма обучения	<u>очная</u>
Срок освоения ОПОП	<u>2 года</u>
Кафедра	<u>хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии</u>

**Санкт- Петербург
2026 г.**

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ
«ОНКОСТОМАТОЛОГИЯ»**

Код компетенции	Индикатор компетенции (код и наименование)	Оценочные средства
ПК-2. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установление диагноза	ИД-1 ПК-2.1. Проводит диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с целью установления диагноза	Ситуационные задачи
		Рефераты
		Практические навыки
		Вопросы для зачета
ПК-3. Способен назначать лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями, проводить контроль его эффективности и безопасности	ИД-1 ПК-3.1 Назначает и проводит лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями	Ситуационные задачи
		Рефераты
		Практические навыки
		Вопросы для зачета

1.ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ, УРОВНЯ ОСВОЕНИЯ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ И ОБОБЩЕННЫХ КРИТЕРИЕВ ПРОВЕРКИ СФОРМИРОВАННОСТИ КОМПЕТЕНЦИЙ

Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора компетенции	Этапы формирования компетенции	Уровень освоения компетенции	Шкала оценивания	Критерии оценивания
ПК-2. Способен к проведению диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями, установление диагноза	ИД-1 ПК-2.1. Проводит диагностики у детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями с целью установления диагноза	Знать: Основы профилактической медицины в области онкостоматологии; принципы диспансерного онкологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, принципы реабилитации пациентов. Уметь: Применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях. Провести физикальное обследование пациента различного возраста. Направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам. Владеть: Интерпретацией результатов лабораторных, ин-	Повышенный уровень сформированности компетенции	«отлично»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает глубокие знания, демонстрирует умения и навыки решения сложных задач. Способен самостоятельно решать проблему/задачу на основе изученных методов, приемов и технологий.
			Высокий уровень сформированности компетенции	«хорошо»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает полноту знаний, демонстрирует умения и навыки решения типовых задач в полном объеме.
			Пороговый уровень сформированности компетенции	«удовлетворительно»/ «зачтено»	Компетенция освоена. Обучающийся показывает общие знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции, имеет представление об их применении, но применяет их с ошибками.
			Компетенция не сформирована	«неудовлетворительно»/ «не зачтено»	Компетенция не освоена. Обучающийся не владеет необходимыми знаниями, умениями, навыками или частично показывает знания, умения и навыки, входящие в состав компетенции.

		струментальных методов диагностики у пациентов разного возраста			
ПК-3. Способен назначать лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями, проводить контроль его эффективности и безопасности	ИД - 1 ПК -3.1 Назначает и проводит лечение детям и взрослым со стоматологическими заболеваниями	Знать: Принципы организации и контроля противоэпидемических мероприятий в онкологических учреждениях, в том числе в условиях распространения новой коронавирусной инфекции Уметь: Осуществлять противоэпидемические мероприятия в онкологическом медицинском учреждении в условиях распространения особо опасных инфекций Владеть: методами, обеспечивающими защиту онкостоматологических пациентов при распространении особо опасных инфекций			

2. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ, ШКАЛЫ ОЦЕНИВАНИЯ ПО ВИДАМ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

2.1. Критерии оценки

№ п/п	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде	Примерные критерии оценивания
1.	Ситуационные задачи	Проблемная задача на основе реальной профессионально-ориентированной ситуации, имеющая варианты решений. Позволяет оценить умение применить знания и аргументированный выбор варианта решения.	Ситуационные задачи	Грамотность определения содержащейся в задаче проблемы; корректность оперирования профессиональной терминологией при анализе и решении задачи; адекватность применяемого способа решения ситуационной задачи.
2.	Практические навыки	Средство проверки умений, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения дисциплины.	Практические навыки	Овладение практическими навыками, согласно квалификационной характеристики врача-стоматолога-хирурга
3.	Рефераты	Продукт самостоятельной работы обучающегося, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Тематика рефератов	Содержательные: соответствие содержания работы заявленной теме; степень раскрытия темы; наличие основных разделов: введения, основной части, заключения; обоснованность выбора темы, ее актуальности; структурирование подходов к изучению рассматриваемой проблемы (рубрикация содержания основной части); аргументированность собственной позиции; корректность формулируемых выводов. Формальные: объем работы составляет от 20 до 30 страниц; форматирование текста (выравнивание по ширине, 12 шрифт, 1.5 интервал); соответствие стиля изложе-

				ния требованиям научного жанра; грамотность письменной речи (орфография, синтаксис, пунктуация); перечень используемых литературных источников (содержит не менее 10 источников, 70% которых - научные и учебно-методические издания; из них более 50% - литература, опубликованная за последние 5 лет).
4.	Вопросы для зачета	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по дисциплине в целом.	Перечень контрольных вопросов для зачета	Полнота раскрытия темы; Знание основных понятий в рамках обсуждаемого вопроса, их взаимосвязей между собой и с другими вопросами дисциплины (модуля); Знание основных методов изучения определенного вопроса; Знание основных практических проблем и следствий в рамках обсуждаемого вопроса; Наличие представления о перспективных направлениях разработки рассматриваемого вопроса

2.2. Шкалы оценивания по видам оценочных средств

Оценки отлично (5), хорошо (4), удовлетворительно (3): зачтено

Оценка неудовлетворительно (2): не зачтено

Собеседование по ситуационным задачам

Оценка	Описание
Отлично	Демонстрирует полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены, получены исчерпывающие ответы на все вопросы.
Хорошо	Демонстрирует значительное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены.
Удовлетворительно	Демонстрирует частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены.
Неудовлетворительно	Демонстрирует непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу. Выполненная попытка решить задачу неправильная.

Демонстрация практических навыков

Оценка	Описание
Отлично	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы полностью и подкреплены теоретическими знаниями.
Хорошо	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, сформированы недостаточно, но подкреплены теоретическими знаниями без пробелов
Удовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, в основном сформированы, но теоретические знания по дисциплине освоены частично.
Неудовлетворительно	Необходимые практические навыки, предусмотренные в рамках изучения дисциплины, не сформированы и теоретическое содержание дисциплины не освоено

Рефераты

Оценка	Описание
Отлично	Цель написания реферата достигнута, задачи решены. Актуальность темы исследования корректно и полно обоснована. Собственная позиция аргументирована. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Хорошо	Цель и задачи выполнения реферата достигнуты. Актуальность темы реферата подтверждена. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны. Формальные требования полностью соблюдены.
Удовлетворительно	Цель и задачи реферата достигнуты частично. Актуальность темы реферата определена неубедительно. Собственная позиция аргументирована не в полной мере. Сформулированные выводы корректны частично.

Оценка	Описание
	но. В реферате выявлены отклонения от формальных требований.
Неудовлетворительно	Цель и задачи исследования в реферате не достигнуты. Содержание работы не соответствует заявленной теме. Актуальность темы реферата не указана. Собственная позиция не аргументирована. Отсутствует логика содержания материала. Сформулированные выводы корректны частично. Реферат выполнен со значительными отклонениями от формальных требований.

Собеседование по вопросам для зачета

Оценка	Описание
Отлично/Зачтено	Обучающийся исчерпывающе знает весь программный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.
Хорошо/Зачтено	Обучающийся знает весь требуемый программой материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.
Удовлетворительно/ Зачтено	Обучающийся обнаруживает знание основного программного учебного материала. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.
Неудовлетворительно/ Зачтено	Обучающийся обнаруживает незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь на наводящие вопросы преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

3. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КОНТРОЛЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ

3.1. Оценочные средства для текущего контроля

3.1.2. Ситуационные задачи

4 семестр

ПК-2, ПК-3

Задача 1.

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

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Когда показан хирургический метод лечения?
4. Какая анестезия планируется при хирургическом лечении?
5. Что предшествует анестезии?

Ответы к задаче

1. На основании анамнеза и клинических данных ставится диагноз - хроническая трещина красной каймы нижней губы.
2. Консервативное лечение.
3. При неэффективности консервативного лечения.
4. Инфильтрационная анестезия.
5. Нанесение контуров предстоящего разреза.

Задача 2

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

Вопросы и задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие вспомогательные методы исследования используются для уточнения диагноза?
3. Предложите план лечения.
4. Вид обезболивания?
5. Что предшествует анестезии?

Ответы к задаче:

1. Липома.
2. Цитологическое исследование.
3. Удаление образования вместе с капсулой с последующим гистологическим исследованием.
4. Инфильтрационная анестезия.
5. Нанесение линий разреза.

Задача 3.

Больная, 30 лет, проживает в сельской местности. Обратилась в клинику по поводу деформации альвеолярного отростка в переднем отделе верхней челюсти, которое появилось и постепенно увеличивалось в размере в течении 8-ми месяцев. Признаки воспаления и температуры тела не отмечались. Фронтальные зубы верхней челюсти стали подвижными. Боль и

интенсивное увеличение образования отмечается в течении последнего месяца. Верхняя губа и концевой отдел носа резко приподняты вверх. Образование от 1.4 до 2.4 с вестибулярной поверхности верхней челюсти, слегка бугристое и болезненное при пальпации. При рентгенологическом исследовании определяется участок деструкции костной ткани передней стенки верхней челюсти в виде участков уплотнения и очагов разрежения с нечеткими границами. Проведенное гистологическое исследование показало картину хондромы, но отличающуюся более выраженной клеточной и полиморфной структурой и наличием значительного количества атипичных клеток с крупными или двойными ядрами. Митозы отмечаются редко.

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Наметьте план лечения.
3. В чем заключается послеоперационная реабилитация?
4. Какая рентгенологическая картина характерна для хондросаркомы?
5. Возраст поражения и частая локализация заболевания?

Ответы к задаче:

1. На основании анамнеза и местного статуса можно предположить любое остеогенное новообразование, доброкачественную опухоль, но указание о появлении болей и ускорения роста в течении последнего месяца, рентгенологического исследования, а также результата морфологического исследования предполагает хондросаркому верхней челюсти.
2. Учитывая, что хондросаркома плохо поддается лучевой терапии, необходимо ограничиться оперативным лечением - резекцией верхней челюсти.
3. Изготовление протеза-обтуратора на верхнюю челюсть.
4. Характеризуется чередованием разрежения с мелкими плотными вкраплениями
5. Лица в возрасте 30-60 лет. Часто поражается верхняя челюсть.

Задача 4.

Женщина 67 лет обратилась к врачу-стоматологу-хирургу с жалобами на опухоль в околоушно-жевательной области справа.

В анамнезе выяснено, что опухоль заметила около 15 лет назад, растёт медленно. К онкологу по поводу этого образования обратилась неделю назад, проведена пункционная биопсия опухоли, после получения результата онколог направил на хирургическое лечение к челюстно-лицевому хирургу.

Из общих заболеваний отмечает редкие повышения АД, назначенные участковым терапевтом лекарства принимает ежедневно.

При внешнем осмотре обращает на себя внимание увеличение объёма околоушной области справа, кожные покровы в цвете не изменены, мимические движения одинаковы с обеих сторон. При пальпации объёмное образование представлено безболезненной опухолью округлой формы, 6×8 см, плотной консистенции, с бугристой поверхностью, относительно подвижной. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объёме, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Зубные ряды представлены частичными съёмными протезами



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие обследования необходимо провести для госпитального хирургического лечения?
3. Предложите метод лечения выявленной патологии
4. Опишите примерный протокол предлагаемой Вами операции.
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину удалённой опухоли.

Ответы к задаче:

1. Полиморфная аденома правой околоушной железы.
2. Обследования для хирургического лечения:
 - ОПТГ;
 - УЗИ слюнных желёз;
 - заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
 - флюорография;
 - результаты анализов крови на RW, ВИЧ и гепатиты;
 - группа крови и резус-фактор.
3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – резекция правой околоушной слюнной железы с высепаровкой ветвей лицевого нерва под общим обезболиванием.
4. Примерный протокол предлагаемой операции:
 1. Разрез кожи по Ковтуновичу (вертикальный спереди от наружного слухового прохода, под мочкой уха и огибая её кзади и кверху, далее под острым углом книзу, параллельно углу нижней челюсти).
 2. Лоскут кожи отсепааровывается в слое подкожной клетчатки до размеров на 0,5 см более контурируемой опухоли.
 3. Рассекается плотная околоушно-жевательная фасция в направлении предполагаемого хода Стенонова протока размерами на 0,3 см больше контурируемой опухоли.
 4. Обнаруженная бугристая опухоль послойно тупо и остро выделяется с частичками железы на ней. При углублении обращают внимание на возможно имеющиеся рядом веточки лицевого нерва, при обнаружении которых они выделяются и отделяются от удаляемого материала.
 5. Выделенный опухолевый бугристый узел изучается макроскопически на предмет сохранности капсулы и отправляется на ПГИ. Проводятся гемостаз и ревизия раны. Далее сов-

мешаются края рассечённой фасции, соединяются швами. Укладывается кожный лоскут на место, швы на кожу. Давящая повязка.

6. Сложная морфоструктура клеточная или гиалинизированная. Эпителиальные элементы образуют кистозные полости и ходы, лежат рыхло и переплетены протоплазматическими отростками. Могут быть хрящеподобные включения. Капсула тонкая.

Морфологически – ткань опухоли содержит эктодермальные и мезодермальные структуры.

Задача 5.

Мужчина 32 лет впервые обратился к врачу-стоматологу с жалобами на патологическое образование на нижней губе.

Из анамнеза выяснено, что образование заметил полгода назад, появилось как «простуда», лечился народными средствами, однако патологический процесс не разрешался. Работает водителем большегрузной машины, часто бывает в длительных командировках.

При внешнем осмотре на красной кайме нижней губы сразу влево от срединной линии имеется язва неправильной формы 0,8×0,9 см, покрытая коркой. При пальпации инфильтрации в основании новообразования нет, безболезненное, при попытке снять корку появляется кровоточивость. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объёме, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический.



Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Какие дополнительные методы обследования целесообразно провести?
3. Предложите метод лечения выявленной патологии.
4. Какие технологии можно использовать при иссечении данной опухоли?
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину удалённой опухоли

Ответы к задаче:

1. Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы нижней губы (ККГ).

Основания: характерная местная клиническая картина.

Факторы риска – работает шофёром, часто на открытом воздухе.

Не пальпируются лимфатические узлы.

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование соскоба с опухоли;
- общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – клиновидное иссечение нижней губы с патологическим образованием и пластическим закрытием образовавшегося дефекта местными тканями. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием. Операционный, иссечённый материал должен быть направлен на патогистологическое исследование (ПГИ).

4. Технологии при иссечении данной опухоли:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Гистологически выявляется очаговая пролиферация эпителия с проникновением эпителиальных тяжей в соединительную ткань, утолщение шиповидного слоя, гиперкератоз.

Задача 6.

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

Вопросы и задания:

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?
4. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?
5. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?

Ответы к задаче:

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.
2. Данные анамнеза: давность заболевания, наблюдались ли ранее признаки воспаления, данные о состоянии зубов соответственно этой оболочке. Рентгенологическое обследование, ЭОД.
3. Не имеет.
4. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов.
5. По возможности результаты цитологического исследования.

Задача 7

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 верхней челюсти слева в проекции 2.2, 2.3 определяется деформация за счет вздутия, безболезненная при пальпации. 2.2, 2.3, 2.4 интактные. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани с четкими границами, по форме напоминающее перевернутую группу, располагающееся между 2.2 и 2.3. Корни зубов раздвинуты, периодонтальная щель их сохранена. ЭОД - в пределах нормы.

Вопросы и задания:

1. О каком заболевании можно думать?
2. В чем заключается лечение?
3. Какая подготовка зубов необходима перед хирургическим лечением?
4. Каким подходом производится оперативное вмешательство?
5. Какой метод хирургического лечения показан в данном случае?

Ответы к задаче:

1. Глобуломаксиллярная киста в области верхней челюсти слева.

2. Цистэктомия в области 2.3, перед операцией необходимо депульпировать и запломбировать каналы, так как во время операции возможна резекция верхушек корней 2.3 в случае их обнажения.

3. Депульпировать 2.3.

4. Внутриротовым доступом.

5. Операция – цистэктомия.

Задача 8.

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

Вопросы и задания:

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?

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

32

5. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?

Ответы к задаче

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.

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

3. Не имеет.

4. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов.

5. По возможности результаты цитологического исследования.

Задача 9.

Женщина 44 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на разрастания десны и невозможность пользоваться старыми съёмными зубными протезами.

Из анамнеза выяснено, что изменения появились месяца 3 назад, размеры разрастаний увеличиваются. Имеющимися протезами, возрастом более 10 лет, с трудом пользуется во время еды.

При внешнем осмотре лицо обычной конфигурации. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объеме, 4,5 см. Слизистая оболочка рта вне патологического образования розовая, влажная, без патологических элементов. Альвеолярные отростки беззубые, мало выраженные, тонкие. В области десны и переходной складки (место борта протеза) верхней челюсти в проекции отсутствующих 1.5 – 2.1 зубов разрастания гиперемированной слизистой в виде фартуков и фестонов. Пальпаторно инфильтрация в основании отсутствует, консистенция разрастаний плотноэластическая, безболезненная.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования целесообразно



провести?

3. Предложите метод лечения выявленной патологии
4. Какие технологии можно использовать при иссечении данной опухоли?
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину удалённой опухоли.

Ответы к задаче:

1. Доброкачественная опухоль подслизистой клетчатки, предположительно фиброма (складчатая фиброма).

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование пунктата из опухоли; - общие анализы крови (+ RW, ВИЧ и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография;
- ОПТГ.

3. Пациенту рекомендовано: после изготовления у врача-ортопеда-стоматолога имедиат-протеза для формирования преддверия полости рта показано хирургическое лечение в условиях дневного челюстно-лицевого стационара – удаление опухоли в пределах здоровых тканей (с ПГИ иссечённых тканей), после иссечения накладывается повязка, фиксируемая изготовленным протезом, направляющим эпителизацию раны. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием.

4. Технологии:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Опухоль из зрелой соединительной ткани выглядит в виде гладкого, плотного, безболезненного, ограниченного, подвижного образования либо в толще тканей, либо выступающего над окружающими тканями на широком основании. При локализации на твёрдом нёбе, под слизистой оболочкой альвеолярных отростков фибромы имеют форму фасолины, плотные, неподвижные, слизистая над ними по сравнению с окружающей может быть более бледной. Растут очень медленно, не вызывают жалоб и функциональных расстройств.

Задача 10.



Женщина 56 лет обратилась к врачу-стоматологу с жалобами на опухоль кожи в височной области справа.

Из анамнеза выяснено, что опухоль появилась год назад, размеры поражения увеличиваются, неприятных субъективных ощущений не отмечает.

При внешнем осмотре на увядающей коже правой околоушно-жевательной области имеется бугристое, возвышающееся над окружающими тканями новообразование, 1,5×1,1 см, цвет от коричневого до оттенка какао (пятнистое, типа цветной капусты поверхность). При пальпации опухоль кожи

на широком основании, инфильтрации нет, подвижная, безболезненная. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывает в полном объёме, 4,5 см. Слизистая оболочка рта розовая, влажная, без патологических элементов. Прикус ортогнатический. Зубные ряды

представлены частичными съёмными протезами.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования целесообразно провести?
3. Предложите метод лечения выявленной патологии.
4. Какие технологии можно использовать при иссечении данной опухоли?
5. Опишите предполагаемую морфологическую картину удалённой опухоли.

Ответы к задаче:

1. Доброкачественная опухоль кожи околоушно-жевательной области справа, предположительно папиллома.

2. Дополнительные методы обследования:

- цитологическое исследование соскоба с опухоли;
- общие анализы крови (+ RW и гепатиты) и мочи в плане подготовки к операции;
- заключение врача-терапевта участкового о состоянии соматического здоровья;
- флюорография.

3. Пациенту рекомендовано: хирургическое лечение в условиях челюстно-лицевого стационара – удаление опухоли в пределах здоровых тканей (с ПГИ иссечённой опухоли) и пластическим закрытием образовавшегося дефекта местными тканями. Оперативное лечение проводится под местным обезболиванием.

4. Технологии при иссечении данной опухоли:

1. Радиоволновая (сургидрон).
2. Электротехнологии.
3. Хирургический лазер (углекислотный).

Обязательным требованием операции является получение материала, пригодного для патогистологического исследования.

5. Состоит из многослойного эпителия и рыхлой соединительной ткани с обилием кровеносных сосудов. Возможны скопления пигмента.

Задача 11.

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

Вопросы и задания:

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Когда показан хирургический метод лечения?
4. Какая анестезия планируется при хирургическом лечении?
5. Что предшествует анестезии?

Ответы к задаче 9

1. На основании анамнеза и клинических данных ставится диагноз - хроническая трещина красной каймы нижней губы.

2. Консервативное лечение.
3. При неэффективности консервативного лечения.
4. Инфильтрационная анестезия.
5. Нанесение контуров предстоящего разреза.

Задача 12

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

Вопросы и задания:

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?
4. Какие рентгеновские снимки необходимы в процессе обследования данного больного?
5. Необходима ли для установления точного диагноза морфологическая верификация?

Ответы к задаче

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа.
2. Данные анамнеза: давность заболевания, наблюдались ли ранее признаки воспаления, данные о состоянии зубов соответственно этой оболочки. Рентгенологическое обследование, ЭОД.
3. Не имеет.
4. Внутриротовой, прицельный рентгеновский снимок этих зубов.
5. По возможности результаты цитологического исследования.

3.1.2. Тематика рефератов:

4 семестр

ПК-2, ПК-3

1. Структура онкологической службы.
2. Организация помощи больным со злокачественными опухолями.
3. Принципы диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями.
4. Методы диагностики новообразований челюстно-лицевой области.
5. Диагностика новообразований челюстно-лицевой области.
6. Врожденные свищи и кисты лица и шеи. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
7. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты кожи лица.
8. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Клиника. Диагностика.
9. Методы дифференциальной диагностики одонтогенных новообразований челюстных костей.
10. Современные принципы лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области.
11. Опухолеподобные поражения мягких тканей челюстно-лицевой области, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
12. Механизмы метастазирования лимфатического аппарата шеи.
13. Понятие рака нижней губы. Клинические проявления рака нижней губы.
14. Рак слизистой оболочки дна полости рта с распространением на костную ткань нижней челюсти. Клиника, диагностика. Методы лечения.
15. Рак слизистой оболочки полости рта с распространением на костную ткань верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
16. Саркома челюстно-лицевой области. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения.

17. Клинические проявления онкологических заболеваний слюнных желез.
18. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
19. Доброкачественные и злокачественные одонтогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
20. Доброкачественные косте- и хрящобразующие опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
21. Хирургические методы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
22. Хирургические методы лечения больных с доброкачественными опухолями челюстно-лицевой области.
23. Показания к хирургическим методам лечения.
24. Противопоказания к хирургическим методам лечения.
25. Прогноз и отдаленные результаты после хирургического лечения.
26. Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области.
27. Клиника, диагностика и методы лечения сосудистых новообразований челюстно-лицевой области.
28. Дифференциальная диагностика сосудистых новообразований челюстно-лицевой области.
29. Лучевая терапия как метод лечения онкологических заболеваний ЧЛ области.
30. Методики проведения лучевой терапии.
31. Показания и противопоказания к проведению лучевой терапии.
32. Выбор метода лучевой терапии от морфологической структуры и стадии опухоли.
33. Результаты проведения лучевой терапии и прогнозы.
34. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса. Клиника, диагностика, лечение.
35. Этиология и патогенез остеорадионекроза челюстных костей.
36. Клинические проявления остеорадионекроза челюстных костей
37. Методы лечения остеорадионекроза челюстных костей.
38. Тактика ведения больных с остеорадионекрозом челюстных костей.
39. Методы реабилитации пациентов после комплексного лечения по поводу онкологических процессов челюстно-лицевой области

3.1.3. Практические навыки (изучения анамнеза, оценки онкологического статуса, определение показаний к дополнительным исследованиям, постановки диагноза, проведения дифференциальной диагностики, определения показаний к хирургическому (лучевому, лекарственному) лечению и его варианты)

4 семестр

ПК-2, ПК-3

1. Стандартизованный пациент с опухолью головы и шеи различной локализации.
2. Стандартизованный пациент с опухолью кожи.
3. Стандартизованный пациент с болевым синдромом.

3.2. Оценочные средства для промежуточной аттестации

3.2.1. Вопросы для зачета

4 семестр

ПК-2, ПК-3

1. Понятие онкологическая настороженности.
2. Структура онкологической службы.

3. Организация помощи больным со злокачественными опухолями.
4. Принципы диспансеризации больных с онкологическими заболеваниями.
5. Принципы международной классификации опухолей ВОЗ.
6. Диспансерные группы.
7. Методы диагностика новообразований челюстно-лицевой области.
8. Предрасполагающие факторы возникновения злокачественных опухолей челюстно-лицевой области.
9. Диагностика новообразований челюстно-лицевой области.
10. Врождённые свищи и кисты лица и шеи.
11. Клиника, диагностика, лечение врождённых свищей и кист лица и шеи.
12. Опухоли, опухолеподобные поражения и кисты кожи лица.
13. Предраковые заболевания красной каймы губ. Клиника. Диагностика.
14. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта. Клиника. Диагностика.
15. Методы лечения консервативного и оперативного лечения.
16. Методы диагностика новообразований челюстно-лицевой области
17. Современные принципы лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области.
18. Методы лечения больных со злокачественными новообразованиями ЧЛ области.
19. Методы лечения больных с доброкачественными новообразованиями ЧЛ области.
20. Методы дифференциальной диагностики одонтогенных новообразований челюстных костей.
21. Диагностика новообразований челюстно-лицевой области.
22. Современные принципы лечения больных с опухолями челюстно-лицевой области.
23. Дифференциальная диагностика одонтогенных новообразований челюстных костей.
24. Доброкачественные опухоли мягких тканей челюстно-лицевой области, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
25. Опухолеподобные поражения мягких тканей челюстно-лицевой области, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
26. Операции на лимфатическом аппарате шеи при метастазировании.
27. Топографическая анатомия лимфатического аппарата шеи.
28. Механизмы метастазирования лимфатического аппарата шеи.
29. Показания и противопоказания к проведению операции на лимфатическом аппарате шеи.
30. Прогноз хирургического вмешательства на лимфатическом аппарате шеи.
31. Отдаленные результаты и эффективность хирургического лечения
32. Понятие рака нижней губы.
33. Клинические проявления рака нижней губы.
34. Диагностику и дифференциальную диагностику рака нижней губы.
35. Методы консервативного и оперативного лечения.
36. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
37. Технику проведения хирургического лечения.
38. Послеоперационное ведение больного.
39. Прогноз и отдаленные результаты проведенного лечения.
40. Опухолеподобные поражения челюстей, клиника, диагностика, лечение.
41. Рак слизистой оболочки дна полости рта с распространением на костную ткань нижней челюсти. Клиника, диагностика.
42. Методы лечения Рака слизистой оболочки дна полости рта с распространением на костную ткань нижней челюсти.
43. Первичный рак нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение.

44. Рак слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
45. Рак слизистой оболочки полости рта с распространением на костную ткань верхней челюсти. Клиника. Диагностика. Методы лечения.
46. Возможные методы лечения.
47. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
48. Отдаленные результаты и прогноз хирургического лечения рака слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи и слизистой оболочки полости рта с распространением на костную ткань верхней челюсти
49. Клинические проявления рака языка.
50. Методы диагностики рака языка.
51. Методы лечения рака языка.
52. Показания и противопоказания к хирургическому лечению рака языка.
53. Отдаленные результаты проводимого лечения и прогноз.
54. Саркома челюстно-лицевой области. Клинические проявления.
55. Методы диагностики саркомы ЧЛ области.
56. Методы лечения саркомы челюстно-лицевой области.
57. Показания к оперативному лечению.
58. Топографическую анатомию слюнных желез.
59. Диагностику заболеваний слюнных желез.
60. Дифференциальную диагностику доброкачественных и злокачественных опухолей слюнных желез.
61. Клинические проявления онкологических заболеваний слюнных желез.
62. Методы диагностики заболеваний слюнных желез.
63. Методы консервативного и оперативного лечения онкологических заболеваний слюнных желез.
64. Показания и противопоказания к оперативному лечению.
65. Одонтогенные и неодонтогенные кисты челюстей, клиника, дифференциальная диагностика, лечение
66. Доброкачественные и злокачественные одонтогенные опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
67. Доброкачественные косте- и хрящобразующие опухоли. Клиника, диагностика, лечение.
68. Хирургические методы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области.
69. Хирургические методы лечения больных с доброкачественными опухолями челюстно-лицевой области.
70. Показания к хирургическим методам лечения.
71. Противопоказания к хирургическим методам лечения.
72. Прогноз и отдаленные результаты после хирургического лечения.
73. Сосудистые новообразования челюстно-лицевой области.
74. Клиника, диагностика и методы лечения сосудистых новообразований челюстно-лицевой области.
75. Дифференциальная диагностика сосудистых новообразований челюстно-лицевой области.
76. Лучевая терапия как метод лечения онкологических заболеваний ЧЛ области.
77. Методики проведения лучевой терапии.
78. Показания и противопоказания к проведению лучевой терапии.
79. Выбор метода лучевой терапии от морфологической структуры и стадии опухоли.
80. Результаты проведения лучевой терапии и прогнозы.

81. Гистиоцитоз из клеток Лангерганса. Клиника, диагностика, лечение.
82. Этиология и патогенез остеорадионекроза челюстных костей.
83. Клинические проявления остеорадионекроза челюстных костей
84. Методы лечения остеорадионекроза челюстных костей.
85. Тактика ведения больных с остеорадионекрозом челюстных костей.
86. Методы реабилитации пациентов после комплексного лечения по поводу онкологических процессов челюстно-лицевой области.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (или) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ

Оценивание знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций осуществляется путем проведения процедур текущего контроля и промежуточной аттестации в соответствии с Положением о порядке организации и проведения текущего контроля успеваемости, порядке и формах проведения промежуточной аттестации ординаторов.

Подготовка оценочных материалов для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, проведения контроля остаточных знаний, диагностической работы и других оценочных мероприятий

Тестирование:

Тестирование представляет собой выполнение обучающимися тестовых заданий, включающих в себя:

1. Выполнение тестовых заданий с выбором одного правильного ответа (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 3 (трех) минут на одно задание);
2. Выполнение тестовых заданий на установление правильной последовательности или соответствия (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 5 (пяти) минут на одно задание);
3. Выполнение тестовых заданий с развернутым ответом (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 7 (семи) минут на одно задание).

Эталоны правильных ответов (ключи правильных ответов) к тестовым заданиям представлены в фонде оценочных средств дисциплины.

Письменные и устные задания, предполагающие предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа:

- *ситуационные задачи, практические задания, лабораторные работы, учебно-исследовательские работы, учебные истории болезней (далее – практические задания)* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 30 (тридцати) минут.

Решение/выполнение практических заданий определено следующими «ключами»:

Шаг 1. Изучение условий практических заданий, предполагающее внимательное прочтение. На данном этапе важно понять какие процессы происходят, какие роли выполняют «участники практического задания», какие данные предоставлены и что требуется решить/выполнить (то есть какой результат должен быть получен).

Шаг №2. Анализ условий практического задания. В данном случае важно определить описанные тенденции, стороны, числовые данные (показатели или иные точные сведения). Не помешает соотнести заявленные сведения с теоретическими канонами и определить: какие формулы допустимы, какие правила применимы в данной ситуации или случае, нормы и пр.

Шаг №3. Сортировка данных и построение логики решения. На данном этапе важно классифицировать сведения и установить их связь с определёнными научными, учебными и иными критериями, подобрать наиболее подходящие условия, формулы, алгоритмы, методики, правила и пр.

Шаг №4. Определение точной последовательности действий. В данном случае важно определить достаточность данных для решения/выполнения практического задания, необходимость и способы получения дополнительной или недостающей информации для выработки решения. По результатам четвертого шага ординатор должен определить точную последовательность действий и описать ее в виде решения по этапам, обосновав каждый момент.

Шаг №5. Оформление практического задания. Данный вариант зависит от условий его реализации: достаточно устно озвучить решение и обосновать его, в виде письменного ответа на задание – представить в соответствующем виде (кратко, емко и обоснованно изложив ход мыслей и решения, результат).

- *ответы на вопросы для опроса в ходе текущего контроля, ответы на вопросы для зачета/зачета с оценкой, ответы на вопросы экзамена* (время для расчета общего времени проведения оценочного мероприятия составляет не менее 25 (двадцати пяти) минут;

Подготовка к устному ответу строится с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Вдумайтесь в формулировку данного вопроса.

Шаг №2. Посмотрите на вопрос, как на задачу. Проведите анализ (какими фактами Вы располагаете, к какому выводу можно подвести слушателей).

Шаг №3. Выделите главную мысль; разбейте знания по вопросу на смысловые абзацы; убедитесь, что всё понятно.

Шаг №4. Разделите лист ответа на две части.

- в левой наметьте план ответа. Следите, чтобы этапы плана не нарушали логических рассуждений.

- в правой части сделайте необходимые выборки к пунктам плана: примеры, правила, формулировки, схематические записи. Убедитесь, что каждый этап плана обоснован. Особое внимание обратите на наиболее важные факты.

Шаг №5 Выстройте четкий с применением профессиональных терминов, логический ответ. Минимизируйте при ответе «общую информацию», строго отвечайте на поставленный вопрос. Речь должна быть внятной, аргументы доказательными. Будьте готовы к возможным дополнительным уточняющим вопросам по заявленной теме.

При выполнении письменных и устных заданий, предполагающих предоставление обучающимся развернутого мотивированного ответа необходимо подробно ответить на поставленные теоретические вопросы, описать ход выполнения (решения) практической составляющей, сформулировать выводы и интерпретировать полученные результаты.

Практические навыки – (10-25 минут) демонстрируются с применением разработанного «ключа»:

Шаг №1. Выслушайте/прочтите объяснения преподавателя. Этап теоретического осмысления работы.

Шаг №2. Показ. Этап инструктажа.

Шаг №3. Проба. Этап, на котором 2-3 ординатора выполняют работу, а остальные наблюдают и под руководством преподавателя делают замечания, если в процессе работы допускается ошибка.

Шаг №4. Выполнение работы. Этап, на котором каждый самостоятельно выполняет задание. В ходе демонстрации практических навыков обучающемуся необходимо:

- оснастить рабочее место с соблюдением всех требований к подготовке для выполнения практического навыка (при необходимости),
- соблюдать все требования к безопасности;

- выполнить последовательно практические действия в соответствии с алгоритмом выполнения на специализированном оборудовании (манекене, муляже и пр.), ординаторе-волонтере, т.п.

- все действия обосновать.

Шаг №5. Контроль. На этом этапе работы ординаторов принимаются и оцениваются. Учитывается качество выполнения, бережное отношение к времени, скорость и правильное выполнение задания.

Доклады, рефераты, эссе – (15-25 минут) выполняются с использованием разработанного «ключа»:

Шаг №1. Тема реферата, доклада, эссе выбирается ординатором самостоятельно из предлагаемого перечня с учетом собственных интересов и возможностей.

Шаг №2. Реферат, доклад, эссе выполняется на основе теоретического анализа и обобщения данных научно-методической литературы.

Шаг №3. После выбора темы необходимо подобрать источники литературы и ознакомиться с их содержанием. При подборе литературы следует пользоваться электронными библиотечными системами, возможностями читального зала, консультаций профессорско-преподавательского состава кафедры. Литература по теме должна быть законспектирована и выписана на отдельные карточки. Это ускорит в дальнейшем составление списка литературы, плана реферата.

Шаг №4. После ознакомления с литературой разрабатывается структура (содержание) реферата.

Шаг №5. Теоретические выводы подкрепляются практическим материалом по выбранной теме.

Шаг №6. Подготовка реферата, доклада, эссе к защите с использованием презентации.

Шаг №7. Обсуждение в группе и оценка защиты реферата, доклада, эссе.

Общая продолжительность общего времени проведения оценочного мероприятия не должна превышать два академических часа (90 минут).