

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Стоматологический факультет

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

**ДЕТСКАЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ
ХИРУРГИЯ**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично).

профессиональные (ПК):

Код и наименование обще профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения обще профессиональной компетенции
ПК-5 готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	Способен к проведению диагностики типичных стоматологических заболеваний твердых и мягких тканей полости рта, зубочелюстно-лицевых аномалий у пациентов всех возрастов

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
Готовность к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания.	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов 35 35

ПК-5:

Задания закрытого типа:

1. Ребенок 4-х лет получил травму лица. Диагноз: интрузионный вывих 61 зуба. Лечебная тактика:

- A) наблюдение;
- B) шинирование 61 зуба;
- C) удаление 61 зуба;
- D) репозиция 61 зуба;
- E) депульпирование 61 зуба.

ANSWER: C

2. В патогенезе фолликулярных кист значение имеет:

- A) порочное развитие зубного фолликула;
- B) гипоплазия эмали;
- C) повреждение зубного фолликула;
- D) инфицирование зубного фолликула;
- E) флюороз.

ANSWER: A

3. У мальчика 14 лет диагноз одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти. Два года тому назад была травма 1.1, 2.1 зубов. Тактика врача:

- A) удаление 1.1, 2.1 зубов;
- B) цистэктомия, резекция верхушки корня 1.1, 2.1 зубов;
- C) цистотомия;
- D) противовоспалительное лечение;
- E) пункция полости.

ANSWER: C

4. Ребенок 10 лет, диагноз нагноившаяся одонтогенная воспалительная киста верхней челюсти от 1.1, 2.1 зубов год тому назад была травма фронтальных резцов. Тактика врача:

- A) удаление 1.1, 2.1 зубов;
- B) оперативное лечение – цистотомия;
- C) назначение физиолечения;
- D) периостотомия;
- E) депульпирование 1.1, 2.1 зубов, периостотомия - эндодонтическое лечение.

ANSWER: E

5. Симптомы, не характерные для кисты прорезывания:

- A) локализация на гребне альвеолярного отростка;
- B) синюшный цвет покрывающей слизистой оболочки;
- C) отсутствие зуба в зубном ряду;
- D) отсутствие боли при пальпации;
- E) симптом Дюпиитрена.

ANSWER: E

6. Основным клиническим проявлением кисты челюсти является:

- A) боль;
- B) симптом Венсана;
- C) нарушение глотания;
- D) плотное обызвествленное образование;
- E) безболезненная деформация в виде вздутия.

ANSWER: E

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

- A) в виде "тающего сахара";
- B) с нечеткими границами в области образования;
- C) в виде нескольких полостей с четкими контурами;
- D) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов.

ANSWER: D

8. Фолликулярную кисту необходимо дифференцировать:

- A) с одонтомой;
- B) с цементомой;

- C) с амелобластомой;
- D) с твердой одонтомой;
- E) с репаративной гранулемой.

ANSWER: C

9. Воспалительные корневые кисты челюстей у детей обнаруживаются чаще на челюсти:

- A) верхней;
- B) нижней;
- C) одинаково часто на обеих челюстях;
- D) не характерны для детей;
- E) зависит от возраста ребенка.

ANSWER: B

10. Наиболее частой причиной воспалительных корневых кист челюстей у детей является хронический периодонтит зубов:

- A) временных резцов;
- B) временных клыков;
- C) временных коренных;
- D) постоянных резцов;
- E) постоянных коренных.

ANSWER: C

11. Посттравматические воспалительные кисты челюстей у детей с постоянным прикусом развиваются чаще от зубов:

- A) резцов верхней челюсти;
- B) клыков;
- C) малых коренных;
- D) больших коренных;
- E) резцов нижней челюсти.

ANSWER: A

12. Зачаток постоянного зуба, расположенный в полости кисты, при цистотомии:

- A) всегда удаляется;
- B) всегда сохраняется;
- C) очень редко (при наличии показаний) удаляется;
- D) удаляется с последующей реплантацией;
- E) сохраняется с последующей фиксацией на коронке ортодонтической кнопки.

ANSWER: C

13. Отсутствие симптома пергаментного хруста у детей при корневых кистах связано с:

- A) эластичностью костной ткани растущих челюстей;
- B) достаточной плотностью кортикальной пластинки;
- C) выраженной периостальной реакцией с области кисты;
- D) полным отсутствием кортикальной пластинки;
- E) большой толщиной надкостницы в детском возрасте.

ANSWER: A

14. У детей, больных хроническим паренхиматозным паротитом, в анамнезе выявляется перенесенный острый эпидемический паротит:

- A) всегда;
- B) иногда;
- C) никогда;

- D) крайне редко;
 - E) только у детей с сопутствующей патологией ЛОР-органов.
- ANSWER: B

15. Хронический паренхиматозный паротит заболевание:

- A) передающееся воздушно-капельным путем;
- B) неконтагиозное;
- C) передающееся половым путем;
- D) имеющее вертикальный путь передачи;
- E) наследственное.

ANSWER: B

16. Для хронического паренхиматозного паротита симметричное поражение обеих слюнных желез является признаком:

- A) обязательным;
- B) необязательным;
- C) обязательным только для детей с патологией органов дыхания;
- D) обязательным только для детей с патологией ЛОР-органов;
- E) обязательным только для детей с патологией ЖКТ.

ANSWER: B

17. Гнойное расплавление паренхимы железы характерно для паротита:

- A) острого эпидемического;
- B) хронического паренхиматозного;
- C) новорожденных;
- D) калькулезного;
- E) гангренозного.

ANSWER: C

18. Клинические симптомы паротита новорожденных наиболее близки к симптомам:

- A) острого эпидемического паротита;
- B) гематогенного остеомиелита мышечного отростка нижней челюсти;
- C) хронического паренхиматозного паротита;
- D) калькулезного сиалоаденита;
- E) острого лимфаденита.

ANSWER: B

19. Выделение гнойного секрета из устья выводного протока ОУСЖ характерно для паротита:

- A) острого эпидемического в период разгара;
- B) хронического паренхиматозного;
- C) острого эпидемического у ослабленных детей;
- D) острого эпидемического в период реконвалесценции;
- E) острого эпидемического в период инкубационный.

ANSWER: B

20. Осложнением паротита новорожденных может быть:

- A) хронический неспецифический паренхиматозный паротит;
- B) вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава;
- C) патологический перелом нижней челюсти;
- D) острый эпидемический паротит;

Е) хронический подвывих ВНЧС.

ANSWER: B

21. При эпидемическом паротите инкубационный период составляет:

А) 3 – 5 дней;

В) 14 дней;

С) 30 дней;

Д) 2 месяца;

Е) до года.

ANSWER: B

21. При эпидемическом паротите отделяемое из устья протока околоушной слюнной железы:

А) снижено или полностью отсутствует;

В) вязкое, густое;

С) гнойное;

Д) обильное;

Е) не измененное.

ANSWER: B

22. Перелом Герена - Лефора характеризуется тем, что линия перелома проходит:

А) над альвеолярным отростком и над твердым нёбом, через нижний край грушевидного отверстия и концы крыловидного отростка клиновидной кости, по дну верхнечелюстных пазух;

В) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью, а сзади через крыловидные отростки клиновидной кости;

С) через корень носа, по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты через лобно скуловой шов и скуловую дугу.

ANSWER: A

23. Почему у детей с челюстно-лицевыми повреждениями имеется запоздавшая клиническая симптоматика сотрясения головного мозга:

А) дети легче переносят травму;

В) у детей травма обычно бывает меньшей силы, чем у взрослых;

С) из-за эластичности костей свода черепа и наличия незакрывшихся родничков;

Д) дети не обращают внимания на клинические симптомы.

ANSWER: C

24. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

А) гноя;

В) лимфы;

С) крови;

- D) мутной жидкости;
- E) прозрачной опалесцирующей жидкости.

ANSWER: E

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

- A) кератокиста;
- B) радикулярная;
- C) фолликулярная;
- D) назоальвеолярная;
- E) резцового канала.

ANSWER: C

Задания открытого типа. Ситуационные задачи.

1. Родители ребенка 6 лет обратились с жалобами на припухлость в области слизистой оболочки нижней челюсти справа. Периодически ребенок жалуется на незначительные боли при приеме пищи. К стоматологу обращались давно. Из анамнеза родители отмечают простудные заболевания.

Объективно: отмечается незначительная асимметрия лица в области нижней челюсти справа. Открывание рта в полном объеме, безболезненное. Слизистая оболочка в области нижней челюсти справа незначительно цианотична, слабо болезненная в области 8.4- 8.5. Отмечается деформация альвеолярного отростка в области от 8.4 до 4.6. Зуб 4.6 не прорезался. Зубы 8.4 и 8.5 имеют кариозную полость, перкуссия слабо болезненна.

На рентгенограмме отмечается разрежение костной ткани в области корней 8.4- 8.5 с четкими ровными границами. Зуб 4.6 находится в полости образования.

Поставьте диагноз. Определите план лечения.

Ответ: на основании клинических и рентгенологических данных у ребенка радикулярная зубосодержащая киста в области зубов 8.4- 8.5. Необходимо провести удаление зубов 8.4, 8.5, цистотомию под местным обезболиванием.

2. Больной 5 лет обратился с жалобами на невозможность открыть рот, асимметрию лица. При осмотре – подбородочный отдел нижней челюсти смещен вправо на 1,4см, сглаженность переднего отдела нижней челюсти слева, движения нижней челюсти полностью отсутствуют, осмотр полости рта- глубокий перекрестный прикус.

Укажите предварительный диагноз. Укажите возможные причины заболевания.

Ответ: на основании клинических данных у ребенка костный анкилоз ВНЧС справа. Возможные причины заболевания гематогенный остеомиелит мышечного отростка нижней челюсти, остеомиелит височной кости, гнойный средний отит, травма ВНЧС.

3. Девочка 15 лет обратилась с жалобами на ограниченное болезненное открывание рта. В течение 2 лет отмечала «щелчки» в области ВНЧС справа. Они её не беспокоили, к врачу не обращалась. Накануне девочка посетила стоматолога, проведена санация полости рта. При внешнем осмотре отмечена незначительная припухлость впереди козелка уха справа. Кожа над припухлостью не изменена. Открывание рта ограничено до 2см, болезненно. При открывании рта отмечена диверсия нижней челюсти вправо.

Поставьте предварительный диагноз. Назначьте дополнительные методы исследования.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить диагноз болевая юношеская дисфункция ВНЧС справа. Необходимо провести КТЛТ ВНЧС.

4.К врачу стоматологу обратилась мама с 5-летним ребенком с жалобами на заложенность носа, слабость, боли в верхней челюсти справа. Ребенок перенес ОРВИ. Объективно: отмечается незначительная асимметрия лица в области лица справа. Открывание рта в полном объеме, безболезненное. Слизистая оболочка в области верхней челюсти справа розового цвета, без болезненная. Зубы в цвете не изменены, 5.5 - имеется поверхностная кариозная полость. Перкуссия зуба 5.5 отрицательная.

На внутриротовом снимке: 5.5-кариозная полость в пределах эмалево-дентинной границы. В области зуба 5.5 патологические изменения костной ткани в области верхушек корней визуально не определяются.

Поставьте диагноз. Определите план лечения.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз острый риногенный синусит справа. Необходима консультация и лечение у лор врача, рентгенография придаточных пазух носа для постановки окончательного диагноза

5.У больного 16 лет в области угла нижней губы определяется конусовидный резко болезненный, гиперемированный инфильтрат с некротизацией в центре. Окружающие его ткани напряжены. Температура тела – 38,5°C.

Поставьте диагноз. Где должен лечиться ребенок? Какие осложнения могут возникнуть?

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз абсцедирующий фурункул в области угла нижней губы. Ребенок должен лечиться в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Возможно возникновение таких осложнений как хейлиты, тромбофлебиты, абсцессы, флегмоны, тромбоз кавернозных синусов, менингит, сепсис.

6.Больная 14 лет обратилась с жалобами на припухлость в лобной области справа, головную боль, общую слабость, повышение температуры тела до 38,1°C. Болеет 5 дней, лечилась дома компрессами. Объективно: отек тканей лобной и глазничной области справа, глазная щель сужена за счет отека век. В лобной области справа определяется плотный конусообразный инфильтрат 1,5x2 см, болезненный при пальпации, в центре гнойная корка. Кожа гиперемирована. Поставьте диагноз. Назначьте дополнительные методов обследования. План лечения.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз абсцедирующий фурункул-лобной области справа. Необходимо выполнить общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови. Лечение у данной больной комплексное. Хирургическое лечение – вскрытие фурункула лобной области под местной анестезией. Общее лечение антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, противовоспалительная терапия, симптоматическая терапия.

7.Ребенок М., 13 лет. Жалобы на припухлость, боли в области верхней губы.

Из анамнеза: около 3-х дней назад появился «прыщ» на верхней губе слева, самостоятельно пытался выдавить. За мед.помощью не обращался. Отмечает ухудшение состояния: нарастание отека, слабость, отмечает подъем температуры тела до 38,1°C.

Поставьте диагноз. Где должен лечиться ребенок? Какие осложнения могут возникнуть?

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз абсцедирующий фурункул в области верхней губы слева. Ребенок должен лечиться в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Возможно возникновение таких осложнений как хейлиты, тромбофлебиты, абсцессы, флегмоны, тромбоз кавернозных синусов, менингит, сепсис.

8. Ребенку 9 лет. Заболел 4 дня тому назад. Родители указывают на повышение температуры тела у ребенка до $38,0^{\circ}\text{C}$, общее недомогание. Педиатр патологии со стороны внутренних органов не выявил. Объективно: В области подбородка пальпируется резко болезненный инфильтрат, кожные покровы над ним гиперемированы, определяется флюктуация. В центре инфильтрата — некротический стержень. В подподбородочной области пальпируются увеличенные болезненные лимфатические узлы,

Сформулируйте диагноз. Составьте план лечения ребенка.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз абсцедирующий фурункул в подбородочной области. Лечение у данного больного комплексное. Хирургическое лечение – вскрытие фурункула подбородочной области под наркозом. Общее лечение антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, противовоспалительная терапия, симптоматическая терапия.

9. Ребенку 12 лет. 3 дня назад в области подбородка появились не резко ограниченные краснота и припухлость мягких тканей, сопровождающиеся незначительной болезненностью. Лечились компрессами самостоятельно. В день обращения к врачу-стоматологу в подбородочной области у ребенка сформировались некротические стержни. Подлежащие ткани инфильтрированы, кожа над ними гиперемирована. Появилась резкая болезненность при пальпации. В подбородочной области пальпируются увеличенные, плотные, слабо болезненные лимфатические узлы.

Сформулируйте диагноз. Где должен лечиться ребенок? Какие осложнения могут возникнуть?

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз карбункул подбородочной области. Ребенок должен лечиться в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Возможно возникновение таких осложнений как хейлиты, тромбофлебиты, абсцессы, флегмоны, тромбоз кавернозных синусов, менингит, сепсис.

10. В поликлинику обратилась мать с ребенком 3 лет с жалобами на боли и припухлость в подчелюстной области слева. Болеет в течение 3-х дней. Припухлость увеличивается, ребенок вялый, плохой аппетит. До этого ребенок перенес ОРВИ. Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей подчелюстной области слева. Кожа слабо гиперемирована, в складку собирается, при пальпации лимфоузлы увеличены, болезненны, подвижность ограничена. Со стороны полости рта патологии нет.

Поставьте диагноз. Укажите возможные результаты дополнительного обследования.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз острый подчелюстной лимфаденит слева. В общем анализе крови – лимфоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. В общем анализе мочи может наблюдаться протеинурия, лейкоцитоз.

11. В поликлинику поступил ребенок 10 лет с фурункулом ЧЛО. Перечислите местные осложнения фурункулов челюстно-лицевой области.

Ответ: к местным осложнениям фурункулов относят - хейлиты, флебиты, тромбофлебиты, лимфадениты, абсцессы и флегмоны, остеомиелит, рожистое воспаление.

12. В поликлинику поступил ребенок 10 лет с фурункулом ЧЛО. Перечислите общие осложнения карбункулов челюстно-лицевой области.

Ответ: к общим осложнениям карбункулов относят тромбоз кавернозных синусов, менингит, сепсис.

13. На прием к стоматологу обратился мальчик 13 лет. В левой подчелюстной области у мальчика пальпируется болезненный «шарик» размером 1,5x1,5 см, который появился давно. «Шарик» имеет гладкую поверхность, подвижный, кожа в цвете не изменена, берется в складку. В полости рта имеются кариозные зубы.

Поставьте предварительный диагноз. Ваши действия по отношению к этому пациенту.

Ответ: на основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз хронический одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области слева. Для верификации диагноза пациенту необходимо выполнить пункцию лимфатического узла. Выполнить санацию полости рта.

14. Перечислите признаки, характерные для острого сialoadенита подчелюстной слюнной железы у детей.

Ответ: Заболевание развивается медленно, в течение 5 суток. Наблюдается субфебрильная температура, уплотнение и болезненность в подчелюстной области, сухость во рту, болезненность по ходу Варганова протока.

15. У ребенка имеется безболезненное разрастание десны у шейки зуба 5.2 ярко - красного цвета, неправильной формы, бугристое, мягкой консистенции, легко кровоточит. Какому заболеванию соответствует данное клиническое описание? Определите метод лечения данного заболевания.

Ответ: ангиоматозный эпюлис верхней челюсти справа. Хирургический метод лечения.

16. Девочка 8 лет жалуется на боль в левой околоушно-жевательной области, усиливающуюся при жевании. Температура тела 37,5 °С. Три дня тому назад получила удар в эту область. Объективно: лицо асимметрично за счет болезненного отека тканей в левой околоушно-жевательной области, открывание рта ограничено из-за боли до 1,8-2 см, зубы интактные, прикус ортогнатический, регионарные лимфоузлы не увеличены. На рентгенограмме сустава по Шуллеру слева — костные структуры сустава не изменены, суставная щель несколько расширена.

Определите клинический диагноз. Окажите помощь.

Ответ: Острый травматический серозный артрит левого ВНЧС.

Покой ВНЧС, диета, НПВС (Нурофен), ФТЛ.

17. Женщина 35 лет обратилась к врачу с двухмесячным мальчиком с массой тела 3500 (при рождении 2900 г), у которого красная кайма верхней губы слева раздвоена на две части. Альвеолярный отросток и небо не изменены.

Определите клинический диагноз. Какие специалисты должны осмотреть его до операции?
Определите срок выполнения хейлопластики.

Ответ: Врожденное изолированное левостороннее частичное несращение верхней губы. По правилу Миллорда рекомендовано оперировать при массе тела 4 кг, гемоглобине не менее 100г/л, кол-ва лейкоцитов не более 10×10^9 /л. До операции необходим осмотр педиатра, челюстно-лицевой хирурга, ортодонта.

18. У мальчика в возрасте 2 мес. определяется припухлость тканей в области верхней трети шеи и подчелюстного треугольника слева, которая существует с рождения и медленно увеличивается. Консистенция мягкая, пальпация безболезненная, границы нечеткие, поверхность бугристая. Образование незначительно смещается относительно окружающих тканей. Кожа с образованием не спаяна, в цвете не изменена, имеет подчеркнутый сосудистый рисунок.

Поставьте клинический диагноз. Какие дополнительные методы исследования целесообразны?

Ответ: Лимфангиома левой боковой поверхности шеи и левой подчелюстной области. Ортопантомограмма, пункция.

19. Больной, 14 лет, обратился с жалобами на резкие постоянные боли в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, усиливающиеся при открывании рта. Заболел три дня назад, начало ни с чем не связывает. Объективно: температура тела $38,0^{\circ}\text{C}$, больной ослаблен, отмечается озноб, кожа лба покрыта холодным потом. При осмотре в подподбородочной и обеих поднижнечелюстных областях кожа резко гиперемирована, лоснится, местная температура повышена. Пальпация резко болезненна. Открывание рта затруднено за счет болезненности. Полость рта не санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен хронический гранулирующий периодонтит 4.5, 4.6.

Каких сведений не хватает для постановки диагноза? Какие заболевания Вы можете предположить по имеющимся данным?

Ответ: недостаточно полно выяснены жалобы и анамнестические данные: имеются ли жалобы на нарушение речи, жевания и глотания. Имеется ли припухлость, когда она появилась и как развивалась? Беспокоят ли боли в зубах? Нет данных объективного исследования: наличие отека и инфильтрата, их локализация и объем, наличие симптома флюктуации.

По имеющимся данным можно предположить два заболевания: рожистое воспаление кожи подчелюстных и подподбородочных областей, либо флегмону дна полости рта.

20. Больной, 14 лет, обратился с жалобами на резкие постоянные боли в поднижнечелюстной области справа, усиливающиеся при открывании рта. Заболел три дня назад, начало связывает с переохлаждением. Объективно: температура тела $38,0^{\circ}\text{C}$, больной ослаблен, отмечается озноб. При осмотре в поднижнечелюстной области справа кожа незначительно гиперемирована, пальпируется болезненный, увеличенный лимфатический узел, слабо подвижный, в центре узла определяется размягчение. Открывание рта затруднено за счет болезненности. Полость рта не санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен хронический гранулирующий периодонтит 4.5, 4.6.

Определите клинический диагноз. Ваши действия.

Ответ: на основании клинических данных можно поставить предварительный диагноз острый подчелюстной лимфаденит справа. Необходимо госпитализировать пациента в ЧЛХ, провести удаление очагов хронической одонтогенной инфекции, местное и общее противовоспалительное лечение.

21. Пациент 9 лет получил травму во время тренировки. Ребенок жалуется на боль и припухлость в области подбородка, зубов нижней челюсти. Отмечается отек и гематома в области нижней челюсти во фронтальном отделе. Боль при пальпации этой области. Центральные резцы нижней челюсти дистопированы, отмечается кровоподтек в области зубов. Поставьте диагноз. Дайте рекомендации пациенту.

Ответ: Гематома в области подбородка. Неполный вывих центральных резцов нижней челюсти. Ушиб нижней челюсти во фронтальном отделе. Рекомендовано: обратиться к стоматологу. Холод в области подбородка. НПВС. Местно «Гепариновая мазь».

22. Пациент 7 лет получил травму во время игры на улице. Ребенок жалуется на боль и припухлость в области подбородка. Отмечается отек и гематома в области нижней челюсти во фронтальном отделе. Боль при пальпации этой области. Функции нижней челюсти не нарушены. Поставьте диагноз. Дайте рекомендации пациенту

Ответ: Гематома в области подбородка. Ушиб нижней челюсти во фронтальном отделе. Рекомендовано: холод в области подбородка. НПВС. Местно «Гепариновая мазь».

23. У женщины родился ребенок с врожденной односторонней изолированной скрытой расщелиной верхней губы. Дайте совет матери как кормить новорожденного:

Ответ: кормить грудью или из чайной ложечки в полу-горизонтальном положении.

24. У женщины родился ребенок с врожденной полной двусторонней изолированной расщелиной верхней губы. Дайте совет матери как кормить новорожденного:

Ответ: взять ребенка на руки в положении вертикально.

25. У женщины родился ребенок с врожденной полной двусторонней расщелиной твердого и мягкого неба. Дайте совет матери как кормить новорожденного.

Ответ: взять ребенка на руки и кормить вначале через зонд, а затем только из чайной ложечки грудным молоком, а затем прикорм по рекомендации врача-педиатра.

26. У пациента 7,5 лет выраженная асимметрия лица за счет наличия болезненного отека в левой подчелюстной области. Кожа над ним обычной окраски, в складку собирается. В 8.5 зубе глубокая кариозная полость, зуб подвижен, резко болезненный при перкуссии. Слабо болезненны 8.4. Гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны. Родители ребенка отмечают неоднократную данную картину заболевания, к врачу ранее не обращались, принимали «Нурофен». На рентгеновском снимке определяется разрежение костной ткани с четкими ровными контурами в области корней зубов 8.4,8.5. Поставьте диагноз. Где должен лечиться данный пациент?

Ответ: на основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз радикулярная киста в области зубов 8.5,8.4.

В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении челюстно-лицевой хирургии.

27. Ребенок 7 лет обратился с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти слева. Из анамнеза известно, что припухлость появилась около недели, после перенесенного ОРВИ. Ранее ребенок обращался к стоматологу, был лечён зуб в области нижней челюсти слева. На рентгеновском снимке определяется разрежение костной ткани с четкими ровными контурами в области корней зуба 7.5. Полость зуба частично заполнена пломбирочным материалом. Поставьте диагноз. Определите судьбу зуба.

Ответ: на основании данных задачи, можно поставить диагноз радикулярная киста в области 7.5. Зуб 7.5 подлежит удалению.

28. Девочка 8 лет жалуется на боль в левой околоушно-жевательной области, усиливающуюся при жевании. Температура тела 37,50 С. Три дня тому назад получила удар в эту область. Объективно: лицо асимметрично за счет болезненного отека тканей в левой околоушно-жевательной области, открывание рта ограничено из-за боли до 1,8-2 см, зубы интактные, прикус ортогнатический, регионарные лимфоузлы не увеличены. На рентгенограмме сустава по Шуллеру слева — костные структуры сустава не изменены, суставная щель несколько расширена. Определите клинический диагноз.

Ответ: на основании данных задачи, можно поставить диагноз острый травматический остеоартрит ВНЧС слева.

29. У больной 12 лет жалобы на ограниченное открывание рта, косметический и эстетический недостаток лица. Из анамнеза: в 7 дней после рождения у ребенка было гнойничковое поражение кожи, инфекция распространилась на мышечковый отросток нижней челюсти слева. В 1,5 года родители заметили асимметрию лица и ограниченное открывание рта. С возрастом асимметрия и ограничение открывания рта увеличивались. Объективно: асимметрия лица за счет сглаженности правой половины лица, подбородок смещен влево на 14 мм. Рот открывается на 12 мм. Пальпаторно в области угла нижней челюсти определяется "шпора". Рентгенологически: томограмма левого ВНЧС - неравномерно суженная и деформированная суставная щель. Деформация головки нижней челюсти, укорочение суставного отростка, уплощение суставного бугорка и нижнечелюстной ямки височной кости.

Выскажите предположение о возможной причине возникновения данного заболевания ВНЧС? Поставьте клинический диагноз

Ответ: на основании данных задачи, можно поставить диагноз вторичный деформирующий остеоартрит ВНЧС слева. Возможно, причиной заболевания послужил гематогенный остеомиелит мышечного отростка нижней челюсти.

30. Девочка 12 лет жалуется на периодическую боль в нижней челюсти и ушах. Болеет около года. Местно: лицо симметричное, рот открывается до 6 см с характерным щелканьем в области ВНЧС. Пальпаторно определяется увеличенная экскурсия суставных головок. Прикус мезиальный. Поставьте диагноз. Выскажите предположение о возможной причине возникновения данного заболевания ВНЧС?

Ответ: на основании данных задачи, можно поставить диагноз юношеская дисфункция ВНЧС. Подвывих ВНЧС. В анамнезе у ребенка возможна вегетососудистая дистония,

ускорение роста последние 1-1,5 лет, плоскостопие, быстрая утомляемость, боли в др. суставах. Патогномичным симптомом юношеской дисфункции ВНЧС является симптом щелчка, который возникает при открывании или закрывании рта. Возможно, причиной заболевания послужило патологическое смещение внутрисуставного диска (подвывих, вывих) или его структурные нарушения (перегиб, излом, ущемление, адгезия). Кроме того, симптом щелчка может возникать при нарушениях координации движений между суставной головкой нижней челюсти, внутрисуставным диском и внутренней крыловидной мышцей, связанной с диском при помощи связок.

31. С целью консультации обратилась мама ребенка с врожденной расщелиной верхней губы и неба. У каких специалистов должны наблюдаться дети с данной патологией?

Ответ: у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля. Именно у челюстно-лицевых хирургов, стоматологов ортопедов, ортодонтотв, лор-врачей, педиатров, логопедов, психологов.

32. В клинику обратился ребенок с переломом нижней челюсти. Что можно обнаружить при обследовании пострадавшего ребенка при переломе нижней челюсти?

Ответ: при обследовании ребенка с переломом нижней челюсти можно определить нарушение конфигурации лица за счет посттравматического отека мягких тканей, гематомы, смещения подбородка в сторону от средней линии. На коже лица могут быть ссадины, кровоподтеки, раны. Достоверным клиническим признаком перелома является симптом подвижности отломков челюсти, разрыв слизистой оболочки, подвижность зубов.

33. В клинику обратился ребенок с переломом нижней челюсти. Перечислите жалобы пострадавших детей при переломах нижней челюсти.

Ответ: при переломах нижней челюсти жалобы детей разнообразны и во многом определяются локализацией перелома и его характером. Больных беспокоят припухлость в околочелюстных тканях, боль в нижней челюсти, которая усиливается при открывании и закрывании рта, неправильное смыкание зубов. Откусывание и пережевывание пищи резко болезненно, иногда - невозможно. Некоторые дети отмечают онемение кожи в области подбородка и нижней губы. При наличии сотрясения головного мозга может быть головокружение, головная боль, тошнота, рвота.

34. В клинику обратился ребенок с жалобами на боли в области скуловой кости справа. При осмотре врач поставил диагноз перелом скуловой кости справа. Перечислите показания к репозиции отломков скуловой кости.

Ответ: западение мягких тканей скуловой области, потеря чувствительности в области разветвления подглазничного нерва, диплопия, ограничение подвижности нижней челюсти.

35. В клинику обратился ребенок с жалобами на наличие безболезненного подвижного образования в поднижнечелюстной области. При каких заболеваниях встречается хронический лимфаденит?

Ответ: хронический лимфаденит встречается при хронических одонтогенных воспалительных процессах, хроническом тонзиллите, хроническом рините, хроническом гайморите, хроническом отите.

Задания открытого типа. Вопросы для собеседования.

36. Почему у детей с челюстно - лицевыми повреждениями имеется запоздалая клиническая симптоматика сотрясения головного мозга?

Ответ: из-за эластичности костей свода черепа и наличия не закрывшихся родничков;

37. Перечислите открытые травмы мягких тканей лица и слизистой оболочки лица у детей.

Ответ: ссадины, раны, ожоги, отморожения.

38. Перечислите закрытые травмы мягких тканей лица и слизистой оболочки лица у детей.

Правильный ответ: ушибы, кровоизлияния, гематомы.

39. Где располагается и чем ограничена верхнечелюстная пазуха.

Ответ: Верхнечелюстная, или гайморова пазуха, sinus maxillaris, расположена в толще верхнечелюстной кости. Передняя или лицевая стенка пазухи обращена кпереди, покрыта мягкими тканями щеки. Верхняя стенка отделяет гайморову пазуху от глазницы, задняя (латеральная) обращена к подвисочной и крыловидно-небной ямкам. Нижнюю стенку верхнечелюстной пазухи образует альвеолярный отросток верхней челюсти, отделяющий пазуху от ротовой полости. Внутренняя, или медиальная, стенка пазухи граничит с большей части нижнего и среднего носовых ходов.

40. Где открывается и как называется по автору проток околоушной слюнной железы?

Ответ: проток околоушной слюнной железы или Стенонов проток идет ниже скуловой дуги на 15-20мм и открывается на слизистой щеки напротив 1-2 верхнего моляра.

41. Кровоснабжение околоушной слюнной железы.

Ответ: Кровоснабжается околоушная слюнная железа ветвями наружной сонной артерии. Отток крови осуществляется в зачелюстную, лицевую и заднюю ушную вены.

42. Где открывается и как называется по автору проток поднижнечелюстной слюнной железы.

Ответ: проток подчелюстной слюнной железы или Вартонов проток перегибается через нижний край челюстно-подъязычной мышцы затем идет между подъязычной железой и подбородочно-язычной мышцей и открывается на верхушке подъязычного сосочка.

43. Кровоснабжение подчелюстной слюнной железы.

Ответ: Кровоснабжается подчелюстная слюнная железа подбородочной, лицевой и язычными артериями и венами.

44. Где открывается и как называется по автору проток подъязычной слюнной железы.

Ответ: у подъязычной слюнной железы нет главного протока. Около 3-20 маленьких протоков открываются по дну полости рта. Несколько передних протоков могут соединяться, образуя общий Бартолиев проток, который обычно впадает в Вартонов.

45. Кровоснабжение подъязычной слюнной железы.

Ответ: Кровоснабжается подъязычная слюнная железа подбородочной, лицевой и язычными артериями и венами.

46. Перечислите мышцы, поднимающие нижнюю челюсть.

Ответ: к мышцам, поднимающим нижнюю челюсть, относят медиальную и латеральную крыловидные мышцы *m. pterygoideus medialis* и *lateralis*, жевательную *m. masseter* и височную *m. temporalis*.

47. Перечислите мышцы, опускающие нижнюю челюсть.

Ответ: к мышцам, опускающим нижнюю челюсть, относят челюстно-подъязычную мышцу, *m. mylohyoideus*, двубрюшную мышца, *m. digastricus*, подбородочно-подъязычную мышцу, *m. geniohyoideus*, подбородочно-язычную мышца, *m. genioglossus*.

48. Охарактеризуйте линию перелома верхней челюсти при Лефор I.

Ответ: первый тип перелома верхней челюсти, Лефор I (нижний) характеризуется тем, что линия перелома проходит через нижний край грушевидного отверстия, далее над альвеолярным отростком и над твердым небом по дну верхнечелюстных пазух до крыловидных отростков клиновидной кости.

49. Охарактеризуйте линию перелома верхней челюсти при Лефор II.

Ответ: при втором тип перелома верхней челюсти (суборбитальном, среднем) линия перелома проходит через корень носа (место соединения лобных отростков верхней челюсти и носового отростка лобной кости), далее идет по внутренней стенке глазницы до нижнеглазничной щели, проходит через нее и направляется вперед по нижней стенке орбиты к месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Сзади линия перелома идет через крыловидные отростки клиновидной кости.

50. Охарактеризуйте линию перелома верхней челюсти при Лефор III.

Ответ: при третьем тип переломов верхней челюсти (суббазальном, верхнем) линия перелома проходит в области корня носа (место соединения лобных отростков верхнечелюстных костей с носовым отростком лобной кости, по медиальной стенке глазницы до нижнеглазничной щели, через крыловидные отростки клиновидной кости, затем направляется вперед по нижней стенке орбиты, через лобно - скуловой шов (место соединения лобного отростка со скуловым отростком лобной кости и большим крылом клиновидной кости) и скуловую дугу.

51. Что такое «симптом очков». Чем отличается «симптом очков» при переломах верхней челюсти от «симптома очков» при переломе костей основания черепа?

Ответ: симптом очков - кровоизлияние в клетчатку век. Отличие заключается во времени его появления и распространенности. При переломах верхней челюсти симптом очков возникает сразу же после травмы и имеет распространенный характер, а при изолированных переломах костей основания черепа - не ранее, чем через 12 часов (чаще через 24-48 часов) после травмы и не выходит за пределы круговой мышцы глаза.

52. Что используют для диагностики наличия ликвореи?

Ответ: для диагностики наличия ликвореи используют пробу двойного пятна - истекающая кровь образует на марлевой салфетке бурое пятно в центре, а по периферии - желтый венчик цереброспинальной жидкости. Симптом носового платка - чистый носовой платок,

смоченный ликвором, при высыхании остается мягким, а если смочить носовым отделяемым, то становится жестким ("накрахмаленным").

53. Что означает положительный симптом Малевича при травмах ЧЛО?

Ответ: положительный симптом Малевича - звук треснувшего горшка, возникающий при постукивании по зубам на поврежденной стороне (при переломах стенок верхнечелюстных пазух).

54. Что означает положительный симптом Герена при травмах ЧЛО?

Ответ: положительный симптом Герена - боли по ходу щели перелома верхней челюсти при надавливании указательным пальцем на крючки (снизу вверх) крыловидных отростков клиновидной кости.

55. Что является временными (транспортными) средствами иммобилизации отломков при переломах челюстей?

Ответ: временными (транспортными) средствами иммобилизации отломков при переломах челюсти являются: бинтовая подбородочно-теменная повязка, эластичная подбородочная праща Померанцевой-Урбанской, стандартная транспортная повязка, эластичные резиновые и сетчатые бинты, лигатурные назубные повязки по Айви, восьмиобразная и простая повязки.

56. Какие функции нарушаются при врожденных расщелинах неба и верхней губы?

Ответ: нарушаются функции дыхания, пищеварения и речи.

57. Что означает положительный симптом Мурсу?

Ответ: положительный симптом Мурсу - гиперемированная кайма слизистой оболочки вокруг устья выводного протока околоушной железы при эпидемическом паротите.

58. Перечислите общие осложнения эпидемического паротита.

Ответ: орхит, мастит, острый панкреатит, острый нефрит, артриты, отиты, поражения органа зрения, серозный менингит.

59. Причины острого бактериального паротита у детей.

Ответ: к местным причинам относится: травма железы, распространение воспаления из нагноившихся лимфатических узлов, воспалительные заболевания слизистой оболочки полости рта. К общим причинам бактериального сиалоаденита у детей относят тяжелые инфекционные заболевания, после операций на брюшной полости или на половых органах, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы.

60. Причины заболеваний ВНЧС у детей.

Ответ: воспалительные процессы в зубочелюстной области и жевательных мышцах, ушиб и ранение сустава, инфекционные и эндокринные заболевания, окклюзионные нарушения, нарушения обмена веществ и роста костей (несоответствие между ростом альвеолярного и мышечного отростков нижней челюсти), отиты у детей.

61. Какие заболевания относят к первично-костным повреждениям и заболеваниям ВНЧС у детей?

Ответ: к данной патологии относят воспалительные заболевания суставных концов костей, остеоартрит, вторичный деформирующий остеоартроз, неоартроз, костный анкилоз и врожденную патологию ВНЧС.

62. Какие заболевания относят к функционально-дистензионным заболеваниям ВНЧС и их исходам в подростковом возрасте?

Ответ: к данной патологии относятся юношеская дисфункция ВНЧС, воспалительные и воспалительно-дегенеративные первично-хрящевые заболевания, развивающиеся вследствие дисфункций суставов, артрит (острый, хронический), деформирующий юношеский артроз.

63. Показания к остеотомии ВНЧС при повреждениях и заболеваниях у детей.

Ответ: показаниями к остеотомии у детей является невозможность приема пищи естественным путем (щель между фронтальными зубами 5–7 мм), нарушение функции дыхания и сна, нарастающая отраженная деформация верхней челюсти.

64. Причины вторичного деформирующего остеоартроза у детей.

Ответ: причинами данной патологии у детей является родовая травма, падение и удар в область подбородка в грудном возрасте, последствие гематогенного остеомиелита мышечного отростка нижней челюсти. А также в результате инфицирования ВНЧС со стороны височной кости (гнойный средний отит, мастоидит), переломы мышечного отростка нижней челюсти, которые были не диагностированы и не лечены или при неправильном лечении таких переломов.

65. Перечислите жалобы ребенка при юношеской дисфункции ВНЧС.

Ответ: при данной патологии ребенок жалуется на привычный вывих, S-образные движения н/ челюсти, которые могут сопровождаться болью, щелканье в ВНЧС.

66. Перечислите непосредственные осложнения травм у детей.

Ответ: к непосредственным осложнениям травм относится асфиксия (дислокационная, обтурационная, стенотическая, аспирационная, клапанная), травматический шок и кровотечения.

67. В чем отличие ожогов лица у детей от ожогов другой локализации.

Ответ: ожоги лица более глубокие, это обусловлено строением кожи ребенка (тонким роговым слоем), хорошо развитой сетью капилляров. Ожоги лица у детей сочетаются с ожогами тканей полости рта, при наличии ожогов отек тканей у детей всегда выражен и быстро нарастает, особенно на веках. На лице наблюдается неравномерность поражения различных отделов по глубине (нос, уши, надбровные дуги — чаще IV степени, носогубные складки — II степени, веки — I степени).

68. Перечислите излюбленную локализацию фурункулов ЧЛО у детей.

Ответ: верхняя и нижняя губа, нос, подбородок, носогубная складка, кожа лба и щек.

69. Перечислите стадии фурункула.

Ответ: стадия инфильтрации, формирование и отторжение гнойно-некротического стержня, стадия рубцевания.

70. Какие стадии развития проходят тканевые структуры лимфатических узлов?

Ответ: 1 стадия эмбриональная — накопление клеточных элементов (эндотелиальных, ретикулярных, лимфоцитарных). 2 стадия развитие лимфоидной ткани - (до 3—4 лет) преимущественно элементов лимфоцитарного ряда. 3 стадия интенсивного развития ретикулоэндотелиальных структур (от 4 до 8 лет) — образование пазух. 4 стадия завершения структурного формирования узлов- (от 8 до 12 лет) — формирование капсулы и трабекул.

71. Перечислите причины развития одонтогенных лимфаденитов у детей.

Ответ: к одонтогенным причинам лимфаденита у детей относят периодонтиты, периоститы, остеомиелиты.

72. Перечислите причины развития неодонтогенных лимфаденитов у детей.

Ответ: травма, заболевания СОПР, острые инфекционные заболевания (ОРВИ, корь, ветряной оспа, скарлатина и т. д.), сиалоадениты.

73. Дайте определение аденофлегмоне.

Ответ: аденофлегмона — это разлитое, гнойное воспаление лимфатического узла с переходом на окружающую его клетчатку.

74. Что является профилактикой лимфаденитов у детей?

Ответ: профилактикой лимфаденитов у детей является своевременная санация полости рта, санация очагов острых и хронических воспалений в области шеи, верхних дыхательных путей ребенка, своевременное и качественное лечение сразу после обращения пациента к врачу и установления диагноза.

75. Перечислите врожденные опухоли ЧЛЮ у детей.

Ответы: к врожденным опухолям ЧЛЮ у детей относят врожденные кисты шеи (срединная и боковая), сосудистые опухоли (гемангиомы и лимфангиомы), дермоидные кисты, нейрофиброматоз.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка	Оценка	Оценка «хорошо» (зачтено)	Оценка «отлично»
«неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие	«удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый)	или достаточный уровень	(зачтено) или высокий уровень
сформированности		освоения	освоения
компетенции	уровень освоения	компетенции	компетенции

	компетенции		
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы	высокая логичность и последовательность ответа

	глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления

хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует