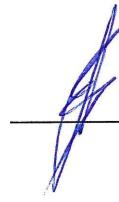


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра стоматологии № 3**

УТВЕРЖДАЮ  
Руководитель  
образовательной программы  
/д.м.н., доц. Кононенко В.И./  
«17» июня 2025 г.



**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –  
программы ординатуры**

Специальность  
**31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Направленность (профиль) программы Челюстно-лицевая хирургия

**Блок 3  
Обязательная часть (Б3.О.01)**

Уровень высшего образования  
**подготовка кадров высшей квалификации**

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону  
2025 г.**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

- 1. Область профессиональной деятельности выпускников**, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.
- 2. Объектами профессиональной деятельности выпускников**, освоивших программу ординатуры, являются:

  - физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);
  - население;
  - совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

- 3. Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

  - профилактическая;
  - диагностическая;
  - лечебная;
  - реабилитационная;
  - педагогическая;
  - организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

- 4. Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:**
  - профилактическая деятельность:**  
предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;  
проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;  
проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;
  - диагностическая деятельность:**  
диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;  
диагностика неотложных состояний;
  - лечебная деятельность:**  
оказание специализированной медицинской помощи;  
участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;  
оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;
  - реабилитационная деятельность:**  
проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;
  - психологово-педагогическая деятельность:**  
формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
  - организационно-управленческая деятельность:**  
применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

### **ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

Процесс изучения дисциплины направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

**УК-1:** Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

**УК-2:** Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.

**УК-3:** Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.

**УК-4:** Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

**УК-5:** Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

**ОПК-1.** Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

**ОПК-2.** Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

**ОПК-3.** Способен осуществлять педагогическую деятельность

**ОПК-4:** Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

**ОПК-5:** Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.

**ОПК-6.** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

**ОПК-7:** Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу.

**ОПК-8:** Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.

**ОПК-9.** Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

**ОПК-10.** Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

**ПК-1:** Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.

### **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель:** установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

## **ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

1. Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача челюстно-лицевого хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия» проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

## **ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из устного собеседования по дисциплинам (модулям) образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

В случаях, предусмотренных нормативными и распорядительными актами, государственный экзамен может проводиться письменно (в том числе с применением дистанционного формата\*).

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности (указывается код и наименование специальности) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием образовательной программы высшего образования - программы ординатуры по специальности, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификаций.

Основой для проведения государственного экзамена являются экзаменационные билеты, включающие в себя два задания.

Одно задание состоит из вопроса, выявляющие теоретическую подготовку выпускника и ситуационные задачи, выявляющей практическую подготовку выпускника по одной и той же теме дисциплины (модулям) образовательной программы.

Пример задания к государственному экзамену, выявляющих теоретическую подготовку выпускника, с указанием проверяемых компетенций:

Номер задания	Формулировка содержания задания	Компетенции, освоение которых проверяется
	Теоретический вопрос. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.	ПК-1.
	Ситуационная задача. Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке левой щеки, которое заметила случайно. Больная отмечает, что в настоящее время практически здорова, но в анамнезе имеется двусторонний хронический гайморит. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой	УК-1; ОПК-4; ОПК-5; ОПК-8.

	<p>оболочке левой щеки области по линии смыкания зубов определяется новообразование.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Поставьте предварительный диагноз.</li> <li>2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?</li> <li>3. Имеет ли значение для составления плана лечения имеющийся хронический гайморит?</li> </ol>	
--	---	--

### **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

1. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
2. Средства физиотерапии, обладающие анальгезирующим действием, показания к их применению.
3. Способы пластики дефектов мягких тканей, применяемые в настоящее время и более перспективные
4. Назовите основное клетчаточное пространство лица в распространении гнойно-воспалительных процессов лица и шеи.
5. Назовите основные ветви наружной сонной артерии.
6. Осложнения во время удаления зубов
7. Клетчаточные пространства, заинтересованные при флегмоне дна полости рта
8. Принципы антибактериальной терапии при лечении гнойно-воспалительных процессов лица и шеи.
9. Пути венозного оттока из органов полости рта.
10. Факторы эффективности физиотерапии, противопоказания к ФТЛ.
11. Особенности гематогенного остеомиелита челюстей
12. Макролиды: представители, механизм действия, дозировки.
13. Виды шин
14. Перечислите доброкачественные новообразования мягких тканей в зависимости от происхождения.
15. Перечислите особенности злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта.
16. Назовите конечные ветви наружной сонной артерии.
17. Свойства лазерной терапии, показания к ее назначению.
18. Анафилактический шок. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Возможные осложнения лекарственной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
20. Сосуды, образующие систему глубоких вен лица и шеи.
21. Ультразвуковая терапия, фенофорез. Механизм действия, свойства, показания к применению.
22. Перечислите все клетчаточные пространства, вовлеченные в процесс при разлитой флегмоне половины лица. Разрезы для вскрытия такой флегмоны
23. Артрозы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
24. Определения группы крови по системе АBO.
25. Классификация заболеваний ВНЧС.
26. Врожденные пороки развития лица и шеи
27. Классификация переломов верхней челюсти по Ле-Фор с указанием, как проходит линия перелома при каждом типе.

28. Цефалоспорины: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
29. Пары черепно-мозговых нервов, принимающих участие в иннервации челюстно-лицевой области.
30. Свойства лазерной терапии, показания к ее назначению.
31. Факторы, способствующие развитию тромбоза пещеристого синуса при фурункулах и карбункулах лица
32. Алгоритм действия врача при переливании компонентов крови.
33. Клиника, диагностика, лечение синдрома мышечной болевой дисфункции.
34. Сроки хейло-, вело-, уранопластика
35. Поздние осложнения переломов костей лица и челюстей.
36. Пенициллины: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
37. Большие симптомы СПИДа.
38. Возможные осложнения пластических операций и их предупреждение.
39. Факторы, от которых зависит способ лечения околокорневых кист челюстей. Эти способы.
40. Определение группы крови по системе АВО.
41. Остеогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей.
42. Назовите поздние осложнения переломов костей лица и челюстей.
43. Показания к переливанию плазмы крови.
44. Возможные причины развития неврита лицевого нерва, способы лечения.
45. Чем обусловлены клинические проявления острых сиалоаденитов?
46. Влияние этиологического фактора на тяжесть течения остеомиелитов челюстей
47. Показания к переливания эритроцитарной массы.
48. Какие методы обследования относятся к лучевой диагностике?
49. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.
50. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
51. Осложнения гемотрансфузии.
52. Какие осложнения возможны при перикоронаратах и чем они обусловлены?
53. Перфоративные синуситы. Тактика врача-стоматолога
54. Дифференциальная диагностика болезни Микулича и синдрома Съегрена.
55. Клиническая анатомия комка Биша.
56. Назовите средства, применяемые для детоксической терапии при гнойно-воспалительных процессах.
57. Назовите способы хирургического лечения переломов нижней челюсти разделив их на чрезочаговые, внутриочаговые и внеочаговые.
58. Добропачественные и злокачественные опухоли кожи. Диагностика и лечение.
59. Классификация антибиотиков.
60. Показания для восстановительных операций челюстно-лицевой области.
61. Вакцины, используемые для профилактики СПИДа?
62. Опухоли, развивающиеся в слюнных железах. Факторы, учитывающиеся при планировании объема операции
63. Лимфатические узлы, составляющие группу лицевых узлов.
64. Ранние осложнения переломов костей лица и челюстей и способы борьбы с ними.
65. Остеогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей.
66. Меры профилактики СПИДа в стоматологической практике.
67. Действия врача при осложнениях при переливании компонентов крови.
68. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
69. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
70. В каких случаях выставляется диагноз «лимфоаденопатия»?
71. Осложнения, возможные при неправильном вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка.
72. Клетчаточные пространства, заинтересованные при флегмоне дна полости рта

73. Местные осложнения местного обезболивания, способы их профилактики и лечения.
74. Врожденные пороки развития лица и шеи относятся
75. На какой период может выдать единовременно листок нетрудоспособности лечащий врач.
76. Приведите классификацию переломов верхней челюсти по Ле-Фор с указанием, как проходит линия перелома при каждом типе.
77. Назовите факультативные предраки слизистой оболочки полости рта и губ.
78. Тактика врача-стоматолога при слюннокаменной болезни
79. На какой срок выдаётся листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет?
80. Пигментные опухоли кожи: пигментныйnevus и меланома. Диагностика и лечение.
81. Перечислите виды пластики местными тканями.
82. Особенности огнестрельных ран лица и челюстей. Этапы их обработки.
83. Алгоритм действия врача при переливании компонентов крови.
84. Назовите ранние осложнения переломов костей лица и челюстей и способы борьбы с ними.
85. Добропачественные и злокачественные опухоли кожи. Диагностика и лечение.
86. Индивидуальная профилактика СПИДа.
87. Осложнения гемотрансфузии.
88. Назовите возможные осложнения пластических операций и их предупреждение.
89. Облигатные и факультативные предраки кожи.
90. Классификация переломов челюстей.
91. Макролиды: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
92. Дизонтогенетические и опухолеподобные процессы мягких тканей. Лечение таких образований?
93. Перечислите все клетчаточные пространства, вовлеченные в процесс при разлитой флегмоне половины лица. Разрезы
94. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при уходе за ребенком до 14 лет
95. Показатели, позволяющие прогнозировать тяжесть течения и осложнения одонтогенной инфекции
96. Обморок, коллапс. Клиника, диагностика, лечение.
97. Пути венозного оттока из органов полости рта.
98. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при уходе за ребенком до 7 лет?
99. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
100. Какие осложнения возможны при перикоронаратах и чем они обусловлены?
101. Показания к переливанию плазмы крови.
102. Артрозы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
103. Клиника, диагностика, лечение эпидемических сиалоаденитов.
104. Сердечная недостаточность. Клинические проявления, лечение.
105. Вид медицинских экспертиз.
106. Перечислите рентгенологические укладки, применяемые для обследования больных с патологией челюстно-лицевой области.
107. Перечислите регионарные лимфоузлы челюстно-лицевой области.
108. Назовите проявления СПИДа в полости рта.
109. Определение понятия "здоровья" по ВОЗ.
110. Назовите основные ветви наружной сонной артерии.
111. Реплантация зубов. Перспективы этого метода.
112. Показания к переливанию эритроцитарной массы.
113. Пороки развития лица и шеи, относящиеся к врожденным
114. Основные этиологические факторы в развитии предрака.
115. Что такое "инвалидность"? Группы инвалидности.
116. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
117. Методы обследования, относящиеся к лучевой диагностике

118. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
119. Определение понятия МСЭК.
120. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.
121. Способы хирургического лечения переломов нижней челюсти, (чрезочаговые, внутриочаговые и внеочаговые).
122. Показания для восстановительных операций челюстно-лицевой области.
123. Классификация новообразований полости рта и глотки.
124. Клиническая анатомия 2 и 3 ветвей тройничного нерва.
125. Признаки малигнизации предраковых заболеваний.
126. Цель назначения ГБО в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области
127. Определение группы крови по системе АВО.
128. Лекарственные препараты, применяемые при лечении артритов ВНЧС в зависимости от этиологии.
129. Перечислите лекарственные вещества, используемые для местного лечения гнойных ран в зависимости от фазы раневого процесса.
130. Поздние осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
131. Осложнения при и после удаления опухолей ОСЖ.
132. Перечислите мышцы, относящиеся к жевательной мускулатуре.
133. Перечислите все известные Вам способы лечения невралгии ветвей тройничного нерва.
134. Артрозы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
- 135 Проявления СПИДа в полости рта.
136. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности?
137. Клинические проявления острых сиалоаденитов?
138. Особенности огнестрельных ран лица и челюстей. Этапы их обработки.
139. Группа аминогликозидов: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
140. Основные методы лечения злокачественный опухолей.
141. Виды пластики местными тканями.

## **ПЕРЕЧЕНЬ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

**Задача 18.** Больной, 38 лет, находится на лечении в клинике в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В первые трое суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалительного процесса на переднебоковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушенны.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Каких сведений не достает для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечебных мероприятий.

**Задача 19.** У больного, 48 лет, находящегося на лечении по поводу флегмоны верхнебоковой области шеи, развившейся в результате нагноения боковой кисты шеи справа, после проведенной операции вскрытия флегмоны состояние продолжало ухудшаться, симптомы интоксикации нарастали. Через несколько часов после операции появился сухой кашель, боль в области грудной клетки, нарастающая одышка. Боль становилась менее интенсивной при положении головы в опущенном к груди состоянии.

1. Развитие какого осложнения можно предположить?
2. Каких симптомов не достает для уточнения диагноза?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?

**Задача 26.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке левой щеки, которое заметила случайно. Больная отмечает, что в настоящее время практически здорова, но в анамнезе имеется двусторонний хронический гайморит. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке левой щеки области по линии смыкания зубов определяется новообразование.

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

**Задача 27.** Больной, 56 лет, обратился с жалобами на наличие образования на нижней губе слева, которое появилось месяц назад. Из анамнеза выяснено, что появлению образования предшествовало прикусывание слизистой оболочки нижней губы слева. Рана на губе заживала самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на ишемическую болезнь сердца, стенокардию, язву двенадцатиперстной кишки. В настоящее время по общему статусу чувствует себя удовлетворительно. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке нижней губы слева имеется образование округлой формы синюшного цвета мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 см. в диаметре.

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

**Задача 28.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на нижней губе. Образование появилось около 8 месяцев назад, постепенно увеличивалось. Из анамнеза выяснено, что около года назад у больной был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на слизистой оболочке нижней губы справа в проекции 43,42,41 имеется новообразование, возвышающееся над поверхностью, мягкое, безболезненное, бледно-розового цвета, на широком основании, размером 1,0 см. в диаметре. На 43 опорная коронка мостовидного протеза. Перкуссия 43,42,41 безболезненная. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется утолщение кости по нижнему краю нижней челюсти в области 41,31, определяемое при пальпации.

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

**Задача 29.** В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка слева. Когда и в связи, с чем появились указанные жалобы, пациент точно сказать не может. Около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, по поводу чего

проведена операция остеосинтеза. При обследовании обнаружено нарушение конфигурация лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование синюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 x 2,5 см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, но при пальпации по нижнечелюстному краю в проекции 35,37 определяется утолщение кости.

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

**Задача 30.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на безболезненную припухлость в области нижней челюсти справа, появившееся 5 лет назад, которая медленно увеличивается, безболезненное. Нижняя челюсть справа значительно утолщена, безболезненная, местами имеет плотную консистенцию. Кожные покровы над утолщением в цвете не изменены, подвижны. Полость рта санирована. Зубы на нижней челюсти справа интактны. Чувствительность нижней губы не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. При рентгенологическом обследовании определяется разрежение участка костной ткани в области тела нижней челюсти справа с четкими границами, напоминающее поликистозное образование.

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

**Задача 32.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость рта, хруст и щелкание в височно-нижнечелюстном суставе. Со слов больной, образование обнаружено врачом при диспансерном осмотре три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, эпидемический паротит, частые простудные заболевания. В нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0 - 3,5 см., подвижность которого несколько ограничена, поверхность бугристая, плотноэластической консистенции, пальпация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно собираются в складку, открывание рта свободное. Слюна из околоушного протока выделяется пенистая, слизистая оболочка рта недостаточно увлажнена, отмечается отсутствие жевательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Больной проводилось цитологическое исследование пунката образования.

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

**Задача 35.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При осмотре полости рта определяется деформация альвеолярного отростка за счет его «вздутия» с вестибулярной стороны в области 23,24,25 размером 1,0 x

1,0 см. Пальпация этой области безболезненная, в области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста".

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 36.** Больная, 41 года, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в области боковой поверхности верхнего отдела шеи справа. Боль несколько усиливается при повороте головы. Впервые появилось образование и болезненность около 2 лет назад. В районной поликлинике был поставлен диагноз «хронический гиперпластический лимфаденит в области боковой» поверхности шеи справа. Проведена санация полости рта, назначалось противовоспалительное и физиолечение. После чего боль прошла, образование уменьшилось, размягчилось и практически не определялось при пальпации. После переохлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось, становилось болезненным. Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследования поставлен диагноз «боковая киста шеи справа в стадии воспаления».

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

## 2 семестра

**Задача 1.**

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом, С.  $\frac{1}{2}$  С. При поступлении: температура тела 39,5  $\frac{1}{2}$  подъемом температуры тела до 38,8 Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации. 44,45 - II-II степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части 44,45 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте и обоснуйте и диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

**Задача 2.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и С. При  $\frac{1}{2}$  сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей  $\frac{1}{2}$  поступлении: температура тела 39,5 нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа

имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Составьте план лечения.
4. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?

**Задача 3.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гноином отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 567 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гноином отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров. По переходной складке верхней челюсти справа имеется разрастание слизистой оболочки, фартукообразно свисающее на альвеолярный отросток. Больного не беспокоит, отмечает медленное увеличение размера образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 4.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боль в области верхней челюсти слева, иррадиирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. С. Из анамнеза выявлено, что неделю назад температура тела повышенна до 37,5, заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боль в зубе прошла, однако накануне обращения к врачу появилась боль при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между резцами, резко болезненное. При внутритромовом осмотре выявлено: коронка 27 частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26,27,28 отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливание тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

**Задача 5.** Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную, постоянную боль в правой половине головы, боль при глотании и открывании рта, нарушения зрения. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°C, головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Из анамнеза выявлено, что три дня назад заболел 18. Беспокоила постоянная, ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. К врачу не обращалась, принимала аналгетики. Два дня назад боль распространилась на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировала в ухо, в висок. Появилась боль при глотании и открывании рта. Симптомы быстро нарастили, вскоре появились симптомы нарушения зрения: дипlopия, снижение остроты зрения правого глаза. При осмотре: определяется отек в околоушно-жевательной и височной областях справа, отмечается симптом "песочных часов". Пальпация в этих областях безболезненная. Значительно выражен отек век справа, глаз полностью закрыт. Коньюктива обоих век гиперемирована. Определяется также отек век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, подвижность II степени. Слизистая оболочка по переходной складке и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, определяется отек в области крыловидно-нижнечелюстной складки справа. При надавливании на мягкие ткани по направлению к бугру верхней челюсти справа определяется болезненный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании в области 18 определяется разрежение костной ткани в области верхушек корней с четкими контурами, размером 0,4-0,5 см.

1. Поставьте диагноз и составьте план лечения.
2. Укажите оперативные подходы для вскрытия воспалительных очагов.
3. С чем связано наличие отека обоих век левого глаза?
4. Участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

**Задача 6.** У больного, 43 лет, при осмотре обнаружен резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области, занимающий передние 2/3 этой области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. В передненижних отделах инфильтрата определяется симптом флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограничены, резко болезненны. Полость рта не санирована.

1. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных
3. Воспалительный процесс какой локализации в первую очередь необходимо исключить или подтвердить в данном случае и почему? На основании каких признаков?
4. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения?

**Задача 7.** Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась постоянная ноющая боль в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастила, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня

назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастили. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела  $-38,5^{\circ}\text{C}$ . В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочных областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движение языка, особенно его смещение вперед, резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?
3. Опишите методику оперативного лечения.

**Задача 8.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боль усиливается при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза выяснено, что три дня назад, после переохлаждения появилась слабоболезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется припухлость тканей в левой поднижнечелюстной области. При пальпации тканей усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка 41 разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области слева определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого Вартона протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При бimanуальной пальпации определяется увеличение и болезненность левой поднижнечелюстной слюнной железы. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами  $0,3 \times 0,3$  см.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.

**Задача 9.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление

припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, уплотненная, болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области пальпируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовым осмотре: 48,46,45,34,35,36,38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъязычной области справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. С чем, по Вашему мнению, может быть связано возникновение абсцесса?

**Задача 10.** Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзилита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзилита. Несмотря на проводимое лечение, около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастили. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта до 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в челюстно-язычном желобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая карманная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Составьте план обследования больного.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

### 3 семестра

**Задача 41.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Наращающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти,

сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости?

Задача 42. Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На трети сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мыщелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мыщелкового отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома в области основания мыщелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Задача 43. Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость в области левой подбородочной области и болезненность здесь во время приема пищи. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад на работе получил удар металлической деталью в область подбородка. Сразу не придал этому значения. 8 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется отечность мягких тканей лица в области подбородка, рот открывается на 2,5 см. Пальпация в области подбородка и ветви нижней челюсти слева слегка болезненна. Надавливание на подбородок вызывает боль в области височно-нижнечелюстного сустава слева. В полости рта: прикус не нарушен, подвижности фрагментов нижней челюсти не выявлено, в том числе и на месте бывшего перелома, 48 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в области угла.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Задача 44. В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется небольшая ссадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см., более широкое открывание рта затруднено и

болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в области ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.

**Задача 45.** Больной, 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, частые простудные заболевания, аппендэктомию. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагментов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом “ступеньки”. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза?
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 46.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пищи. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюктивы, кровянистое отделяемое из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и потерю чувствительности кожи в подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы “ступеньки” в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смешены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для уточнения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 47.** В клинику поступила больная, 28 лет, после автотройки. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные

ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти,. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какое обследование необходимо провести для этой цели?

**Задача 48.** Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гноинмым отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия бимаксилярных шин снова появилась припухлость в околочелюстных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гноинмым отделяемым. Три дня назад появились припухлость и боль в поднижнечелюстной области справа, усиливающиеся при приеме пищи. По общему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной областях справа, имеется гиперемия кожи здесь, пальпируется плотный инфильтрат, в центре которого определяется свищевой ход с гноинмым отделяемым. При бимануальной пальпации определяется конкримент, диаметром 0,5 см. в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы, из протока справа слюна не выделяется. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли отношение состояние подчелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?

**Задача 49.** Больная, 27 лет, поступила в клинику с жалобами на значительное ухудшение самочувствия, сильную боль в области лица, наличие пузьрей на лбу, щеках, подбородке, обугливание лица в области носа, губ и бровей. Из анамнеза выяснено, что полтора часа назад при попытке разжечь газовую плиту пламенем опалило лицо. Врач "скорой помощи" ввел наркотические аналгетики, сердечные средства, на раны была наложена асептическая повязка. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический двухсторонний гайморит в течение 3 лет. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, артериальное давление 100/60 мм. рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. При осмотре определяется гиперемия и наличие тонкостенных пузьрей с серозным содержимым, чередующихся с толстостенными пузьрями, заполненными геморрагическим содержимым на коже щечных, подбородочной и лобной областях. Ткани носа и губ расположены ниже уровня поверхности остальной кожи, сморщеные, сухие, обугленные, пальпация их менее болезненная, чем в остальных участках лица. Из носа определяется гнойное отделяемое

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз и определите степень поражения.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения гноетечение из носа? Соответствует ли этот симптом поставленному диагнозу?

Задача 50. Больной, 84 лет, доставлен в клинику с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, головокружение, наличие трещин на губах и языке, свищевого хода с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти справа в области премоляров, наличие новообразования в области первого моляра на слизистой оболочке альвеолярного отростка. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад был перелом нижней челюсти в области 16,15, травму получил в зоне повышенной радиации (300 рад.), лечился в госпитале. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, простудные заболевания, новообразование в области альвеолярного отростка нижней челюсти в течение двух лет. При осмотре отмечается бледность кожи лица, наличие кровоточащих трещин на губах, участков некроза и покрытых зеленой слизью язв, новообразования на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области первого моляра справа размером 2,0 x 3,0 см., плотно-эластической консистенции, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым этой же локализации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Есть ли взаимосвязь между новообразованием и свищом с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти?



#### **КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ОТВЕТА НА ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ВОПРОС:**

<b>Отметка</b>	<b>Дескрипторы</b>		
отлично	<b>прочность знаний</b>	<b>умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы</b>	<b>логичность и последовательность ответа</b>
	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

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
Недовлетворительно	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 РЕШЕНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание	высокая способность	высокая способность	высокий уровень профессионального

	проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	анализировать ситуацию, делать выводы	выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	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
удовлетворите льно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	Удовлетворите льная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворител ьные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе
неудовлетвори тельно	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

## **МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ И СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

Порядок организации и процедура проведения ГИА определены Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-

педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

Перед государственным экзаменом проводится консультирование выпускников в очном или дистанционном формате по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Результаты государственного экзамена, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит. Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

*Образец эталона ответа на государственном экзамене:*

Цель государственного итогового экзамена - завершить курс обучения, проверить сложившуюся у обучающегося систему понятий, уровень их понимания и применения, способность к комплексному анализу простых и сложных случаев из практики врача челюстно-лицевого хирурга, отметить степень полученных знаний.

Итоговый государственный экзамен это всегда результат деятельности обучающегося.

Первое и основное правило успешной подготовки к государственному экзамену - правильный психологический настрой. Это очередной рабочий момент, требующий концентрации внимания, применения интеллектуальных способностей, умения лаконично и аргументировано изложить доводы членам государственной итоговой аттестационной комиссии. В позитивном исходе заинтересованы обе стороны, и поэтому, страх должен уступить место уверенности. Немного больше воли, настойчивости, труда и успех гарантирован.

Второе правило - это знание и свободное владение специальной терминологией.

Государственная экзаменационная комиссия проверяет не столько уровень и способность обучающегося к запоминанию теоретического материала, сколько уровень понимания им тех или иных категорий и врачебных проблем, умение клинически мыслить, аргументировать и отстаивать определенную позицию.

Таким образом, необходимо разумное сочетание запоминания и понимания. Ответ на государственном экзамене должен иметь определенную логику и последовательность изложения.

Наиболее эффективно традиционно используется следующая модель:

- 1) внимательно прочитав вопрос билета, следует соотнести его с определенной темой курса программы по челюстно-лицевой хирургии) и определить место в базе знаний;
- 2) необходимо дать смысл и содержание вопроса. Раскрыть его сущность;

3) указать на различные аспекты данного вопроса на современном этапе. По дискуссионным проблемам ординатор должен представить несколько точек зрения различных ученых и вправе выбрать любую, но при условии ее достаточной аргументации;

4) раскрыть актуальность и значимость этой темы, как в теме медицинских наук, так и во врачебной практике.

Излагать свой ответ следует четко, уверенно, активно включая в свою речь специальные врачебные термины. Паузы, путаные размышления, слова-паразиты значительно снижают уровень ответа и порождают со стороны членов комиссии многочисленные вопросы. На экзамене, как правило, после ответа ординатора (обучающегося) могут быть заданы как дополнительные, так и уточняющие вопросы.

Дополнительные вопросы задаются помимо вопросов экзаменационного билета и связаны, как правило, с недостаточно полным, либо фрагментарным ответом. В данном случае экзаменатор преследует цель натолкнуть студента на правильный ответ, дать ему верное направление для размышления. Уточняющие вопросы задаются в рамках билета и направлены на уточнение фактологического материала или логики изложения. Каждый вопрос имеет свою причину и выступает своеобразной подсказкой, поэтому полный и аргументированный ответ обучающегося повышает итоговый балл.

При подготовке к экзамену полезно учитывать те критерии, которыми обычно руководствуются члены государственной аттестационной комиссии:

- 1) верное, четкое и достаточно глубокое изложение идей, понятий, фактов;
- 2) полнота и лаконичность ответа (около 15-20 минут);
- 3) новизна учебной информации, степень использования научных и нормативных источников;
- 4) умение связывать теорию с практикой, творчески применять законы к неординарным ситуациям;
- 5) логика и аргументированность изложения;
- 6) грамотное комментирование, приведение примеров и аналогий;
- 7) культура речи.

Излагать свой ответ следует четко, уверенно, активно включая в свою речь специальные юридические термины. Паузы, путаные размышления, слова-паразиты значительно снижают уровень ответа и порождают со стороны членов комиссии многочисленные вопросы. На экзамене, как правило, после ответа студента могут быть заданы как дополнительные, так и уточняющие вопросы.

Дополнительные вопросы задаются помимо вопросов экзаменационного билета и связаны, как правило, с недостаточно полным, либо фрагментарным ответом. В данном случае экзаменатор преследует цель натолкнуть студента на правильный ответ, дать ему верное направление для размышления. Уточняющие вопросы задаются в рамках билета и направлены на уточнение фактологического материала или логики изложения. Каждый вопрос имеет свою причину и выступает своеобразной подсказкой, поэтому полный и аргументированный ответ студента повышает итоговый балл.

При подготовке к экзамену полезно учитывать те критерии, которыми обычно руководствуются члены государственной аттестационной комиссии:

- 1) верное, четкое и достаточно глубокое изложение идей, понятий, фактов;
- 2) полнота и лаконичность ответа (около 15-20 минут);

- 3) новизна учебной информации, степень использования научных и нормативных источников;
- 4) умение связывать теорию с практикой, творчески применять законы к неординарным ситуациям;
- 5) логика и аргументированность изложения;
- 6) грамотное комментирование, приведение примеров и аналогий;
- 7) культура речи.