

**Фонд оценочных средств**  
по дисциплине «Заболевания головы и шеи»

Уровень высшего образования  
СПЕЦИАЛИТЕТ

Направление подготовки  
31.05.03 – РФ, 560004 – КР Стоматология  
(код и наименование направления подготовки)

Квалификация  
Врач-стоматолог

# 1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

| Формируемые компетенции                                                                                          | Планируемые результаты обучения по дисциплине, характеризующие этапы формирования компетенций                                                                                                       | Виды оценочных средств/ шифр раздела в данном документе |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| ОПК-5: Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач | Знать:<br>Морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека.                                                                                            | Блок А - задания репродуктивного уровня                 |
|                                                                                                                  | Уметь:<br>Применять методы диагностики, в том числе с применением инструментальных медицинских изделий при диагностических исследованиях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи.    | Блок В - задания репродуктивного уровня                 |
|                                                                                                                  | Владеть:<br>Способностью верификации диагноза с использованием лабораторных, инструментальных, специализированных методов обследования и консультативных заключений профильных врачей-специалистов. | Блок В, С - задания репродуктивного уровня              |

**Технологическая карта дисциплины  
«Заболевания головы и шеи»**

| Название модулей дисциплины согласно РПД        | Контроль          | Форма контроля                                                                             | зачетный минимум | зачетный максимум | график контроля |
|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------------|-----------------|
| Модуль 1                                        |                   |                                                                                            |                  |                   |                 |
| 1.Одонтогенные абсцессы и флегмоны ЧЛО          | Текущий контроль  | 1. Посещаемость и успеваемость<br>2. Активность (участие в обходах, перевязках, операциях) | 5                | 10                | 5               |
|                                                 | Рубежный контроль | Ситуационные задачи                                                                        | 5                | 15                |                 |
| Модуль 2                                        |                   |                                                                                            |                  |                   |                 |
| 2.Неодонтогенные воспалительные заболевания ЧЛО | Текущий контроль  | 1.Посещаемость и успеваемость<br>2. Активность                                             | 5                | 10                | 11              |
|                                                 | Рубежный контроль | Деловые игры                                                                               | 10               | 10                |                 |
| Модуль 3                                        |                   |                                                                                            |                  |                   |                 |
| 3.Болезни тройничного нерва и слюнных желез     | Текущий контроль  | 1.Посещаемость и успеваемость<br>2. Активность                                             | 5                | 10                | 16              |
|                                                 | Рубежный контроль | тестирование                                                                               | 10               | 15                |                 |
| ВСЕГО за семестр                                |                   |                                                                                            | 40               | 70                |                 |
| Промежуточный контроль (Зачет)                  |                   |                                                                                            | 20               | 30                |                 |
| Семестровый рейтинг по дисциплине               |                   |                                                                                            | 60               | 100               |                 |

### **3. ТИПОВЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ И ИНЫЕ МАТЕРИАЛЫ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА)**

#### **Блок А**

1. Где расположена подглазничная клетчатка?
  - А) между клетчаткой щечной области и клетчаткой височной
  - Б) между подвисочной и крылонебной ямок
  - В) под круговой мышцей глаза и клетчаткой боковой поверхности носа
2. Согласно анатомо – топографической классификации различают:
  - А) околочелюстные абсцессы и флегмоны
  - Б) околосокуловые абсцессы и флегмоны
  - В) окололицевые абсцессы и флегмоны
  - Г) окологлазничные абсцессы и флегмоны
3. Абсцессы и флегмоны подъязычной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:
  - А) поверхностным прилежающим к верхней челюсти.
  - Б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - В) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
  - Г) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей
4. Абсцессы и флегмоны шеи согласно анатомо-топографической классификации относятся к :
  - А) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
  - Б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - В) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
  - Г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
  - Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей
5. Абсцессы и флегмоны подъязычной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:
  - А) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
  - Б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - В) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
  - Г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
  - Д) абсцессам и флегмонам соседних с околочелюстными тканями областей
6. Верхневнутренней границей поднижнечелюстного пространства является:
  - А) челюстно-подъязычная мышца

- - Б) челюстно-язычная мышца
  - В) подбородочно-язычная мышца
- 7. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:
  - А) околоушно-жевательное пространство
  - Б) окологлоточное пространство
  - В) крылонебное пространство
- 8. В подподбородочном пространстве располагаются:
  - А) лицевая артерия и вена
  - Б) подъязычный нерв
  - В) подъязычная слюнная железа
  - Г) лимфатические узлы в количестве 2-4
- 9. В поднижнечелюстном треугольнике различают следующие группы лимфоузлов:
  - А) надчелюстной
  - Б) под подбородочный
  - В) подчелюстные
  - Г) переднеушные
- 10. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:
  - А) лицевой нерв
  - Б) краевая ветвь лицевого нерва
  - В) подъязычный нерв
  - Г) язычный нерв
  - Д) нижнелуночковый нерв
- 11. Наружной границей поднижнечелюстного пространства является:
  - А) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
  - Б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
  - В) наружная поверхность ветви нижней челюсти
  - Г) наружная поверхность тела нижней челюсти
- 12. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:
  - А) наружная яремная вена
  - Б) язычная вена
  - В) зачелюстная вена
  - Г) лицевая вена
  - Д) поверхностная височная вена
- 13. В поднижнечелюстном треугольнике различают следующие слои:
  - А) кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, подкожная мышца шеи, поверхностная пластинка собственной фасции шеи

Б) кожа, подкожно-жировая клетчатка, подкожная мышца шеи, поверхностная пластинка собственной фасции шеи

В) кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, подкожная мышца шеи.

14. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:

А) гематогенный

Б) лимфогенный

В) контактный

Д) гематогенный, лимфогенный, контактный

15. Наружной границей подподбородочного пространства является:

А) задние брюшки правой и левой двубрюшных мышц

Б) передние брюшки правой и левой двубрюшных мышц

В) переднее брюшко двубрюшной мышцы

Г) задние брюшко двубрюшной мышцы

16. Укажите куда не распространяется инфекция из клетчаточного пространства клыковой ямки:

А) подглазничное клетчаточное пространство

Б) жировое тело глазницы

В) жировое тело щеки

Г) глубокая область лица

Д) межмышечное клетчаточное пространство щеки

17. Укажите куда не распространяется инфекция из межкрыловидного пространства:

А) в среднюю черепную ямку через овальное и остистое отверстия

Б) в височную ямку по ходу глубоких височных сосудов и нервов

В) в крылонёбную ямку через крыловидно-верхнечелюстную щель

Г) в передний отдел бокового окологлоточного пространства

Д) в подъязычное клетчаточное пространство по ходу язычного нерва

18. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной в области:

А) височной

Б) скуловой

В) щечной

Г) околоушно-жевательной

Д) окологлоточного пространства

19. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

А) ксерофтальмия

Б) выворот век

- 
- В) потеря зрения  
Г) парез лицевого нерва
20. Первичный очаг гнойного воспаления, перерастающий в флегмону дна полости рта, локализуется в:
- А) щечной области  
Б) подвисочной ямки  
В) жевательной мышце  
Г) околоушной слюнной железе  
Д) поднижнечелюстной области
21. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является:
- А) Диплопия  
Б) отек и гиперемия кожи щечных областей  
В) боль при глотании и открывании рта  
Г) затрудненное открывание рта  
Д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области
22. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать от:
- А) ангины Людвига  
Б) карбункула нижней губы  
В) абсцедирующего паротита  
Г) флегмоны височной области  
Д) обострение хронического верхнечелюстного синусита
23. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:
- А) лицевой нерв  
Б) лицевую артерию  
В) щитовидную железу  
Г) подъязычную слюнную железу  
Д) артерии и вены языка
24. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в :
- А) в подбородочной области  
Б) окаймляющем угол нижней челюсти  
В) слизистой оболочке по крыловидно – нижнечелюстной складке  
Г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти  
Д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
25. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:
- А) гематогенный

- 
- Б) лимфогенный
  - В) контактный
  - Д) гематогенный, лимфогенный, контактный
26. Абсцессы и флегмоны щечной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:
- А) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
  - Б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - В) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
  - Г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
  - Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей
27. Согласно анатомо-топографической классификации околочелюстные абсцессы и флегмоны делятся на:
- А) поверхностные и глубокие
  - Б) краевые и срединные
  - В) поперечные и продольные
28. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят в :
- А) в подбородочной области
  - Б) окаймляющем угол нижней челюсти
  - В) слизистой оболочке по крыловидно-нижнечелюстной складке
  - Г) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
  - Д) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
29. Височной области абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:
- А) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
  - Б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
  - В) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
  - Г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
  - Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей
30. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:
- А) медиальная крыловидная мышца
  - Б) латеральная крыловидная мышца
  - В) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
  - Г) щечно-глоточный шов

## **Блок В**

### Задача 1

Пациент Т., 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на рвущие боли в области зуба 2.6 в течение суток, которые иррадируют в висок, глаз и ухо, с жалобами на повышенную температуру тела, незначительную слабость и недомогание. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки десны, сглаженность переходной складки в области зуба 2.6. При пальпации отмечается болезненность по переходной складке в области зуба 2.6, флюктуация отсутствует. Коронка зуба 2.6 разрушена на  $\frac{1}{2}$ , на его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. Вертикальная перкуссия зуба 2.6 положительная, а горизонтальная перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.6 определяется расширение периодонтальной щели. У пациента 40 констатируется температура тела 37,6 °С, по данным общего анализа крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологухирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

### Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 29 лет. Три дня назад ей заболел зуб 3.6, к врачу она не обращалась. В течение последних суток пациентка отмечала ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, а также боль в области нижней челюсти и при глотании на стороне поражения. При движении языком и открывании рта отмечает усиление болезненности. Объективно: конфигурации лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. Отмечается острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов слева, которые увеличены, болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта незначительно ограничено и сопровождается болевой реакцией. При осмотре полости рта: зуб

-

3.6 на  $\frac{2}{3}$  восстановлен пломбой из композиционного материала, герметизм которой нарушен. Слизистая оболочка в области зуба 3.6 гиперемирована, отечна. Альвеолярный отросток имеет муфтообразное утолщение в области зубов 3.5, 3.6, 3.7. Их перкуссия положительна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). Из патологического зубодесневого кармана зуба 3.6 определяется гноетечение. Слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат с участком флюктуации.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратилась к стоматологухирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациентки в данной клинической ситуации?

### Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка М., 31 год, с жалобами на постоянные боли в области зуба 4.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.7 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.7 разрушена на  $\frac{2}{3}$ . Зондирование зуба 4.7 безболезненно, оно выявляет обилие размягченного дентина в кариозной полости. Перкуссия зуба 4.7 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.7 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области апексов дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани ( $0,5 \times 0,6$  см) с четкими ровными контурами.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратился к стоматологухирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?

### Задача 4

-

К стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 34 года, с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, иррадирующую в ухо, резкую боль при глотании на стороне поражения, болезненное и ограниченное открывание рта. Пациент рассказал, что сутки назад ему удалили зуб 4.8, который беспокоил в течение недели. Последние сутки (после удаления зуба 4.8) пациент отмечал ухудшение общего состояния (нарушение сна, вялость, снижение работоспособности, головная боль). Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. При пальпации определяется болезненная точка на внутренней поверхности угла нижней челюсти справа в области прикрепления к кости сухожилия медиальной крыловидной мышцы. Надавливание в данной области вызывает сильную боль в проекции крыловидно-нижнечелюстного пространства. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ( $0,2 \times 0,3$  см), болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта болезненно и резко ограничено. Отмечается ограничение бокового смещения нижней челюсти в здоровую сторону. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки 4.8 гиперемирована, отечна. Из лунки выделяется гнойный экссудат. Альвеолярный отросток нижней 42 челюсти в области зуба 4.7 и лунки 4.8 имеет муфтообразное утолщение. Перкуссия зуба 4.7 положительна. Зуб 4.7 патологически подвижен (II степень). Крылочелюстная складка сглажена. Слизистая оболочка в области крылочелюстной складки гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. В указанной области определяется ограниченный, резко болезненный инфильтрат. У пациента констатируется температура тела  $38^{\circ}\text{C}$ , выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы периферической крови влево, анизоцитоз, пойкилоцитоз, появляются плазматические клетки в периферической крови, выявляется С-реактивный белок.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?
4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

-

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстнолицевому хирургу обратился пациент Ф., 30 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Он сообщил, что три дня назад ему был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба пациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшение состояния, он вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключицы и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, его движения ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Температура тела 38,8 °С. Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, наличие щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса. Симптомы на задний медиастинит положительные. На ком- 43 пьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к дежурному челюстно-лицевому хирургу.
2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации?
4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

#### Задача 6

Пациент А., 32 года, обратился в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, повышенную температуру тела (более 39 °С).

Из анамнеза известно, что 2 дня назад в области носогубной складки пациент обнаружил фурункул, который пытался выдавить. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,4 оС. Присутствует

-

выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на конъюнктиву нижнего века левого глаза. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения левого глазного яблока ограничены. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 52 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, характерных для токсического нефрита.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Где должен проходить лечение данный пациент?
3. Составьте план обследования и комплексного патогенетического лечения.

#### Задача 7

Во время вечернего обхода врача на дежурстве его внимание задержал пациент Г., 36 лет, находящийся на лечении в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии. Восемь часов назад после обследования в приемном покое многопрофильной больницы ему был выставлен диагноз фурункул правой щечной области, осложненный тромбофлебитом угловой вены справа, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага и назначено лечение, включающее:

- 1) ежедневные перевязки;
- 2) антибиотики широкого спектра действия;
- 3) нестероидные противовоспалительные средства;
- 4) антигистаминные средства;
- 5) аспирин в качестве антикоагулянта непрямого действия.

Однако, несмотря на проводимое лечение, на момент осмотра врачом пациент предъявляет жалобы на озноб. Объективно: констатируется отек и инфильтрация тканей по ходу угловой вены лица. Отек распространяется за пределы инфильтрата. В участке инфильтрации определяется резкая болезненность. Болезненная зона имеет синюшный оттенок. Остальные кожные покровы бледные. Температура тела пациента 38,4 °C. В анализе периферической крови определяется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, укорочение времени свертывания крови, появление фракции В «фибриногена», повышение активности XIII фактора, угнетение фибринолиза; протромбиновый индекс (ПТИ) в пределах нормы. Каким образом должно быть скорректировано комплексное лечение данного пациента?

### Задача 8

Пациентка А., 22 года, обратилась в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, слабость, повышенную температуру тела (более 39 °С), резкую боль в области левого глаза и его выпячивание. Из анамнеза известно, что 3 дня назад в области носогубной складки пациентка обнаружила фурункул, который неоднократно пыталась выдавить. Состояние постепенно ухудшалось, но она не обращалась за специализированной помощью, занималась самолечением. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,5 °С. Присутствует выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на левый глаз. Из-за отека век пациентке не удается раскрыть глазную щель, отмечается экзофтальм с левой стороны. Констатируется расширение зрачка левого глаза и вен глазного дна. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения глазного яблока резко ограничены. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз ( $18 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 58 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, свойственных токсическому нефриту.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Где должна проходить лечение пациентка?
3. Укажите основные составляющие патогенетического лечения.

### Задача 9

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстнолицевому хирургу обратился пациент С., 57 лет, который предъявляет жалобы на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и достигает до ключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него ощущается неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Кожные покровы лица и грудной клетки пациента цианотичны, пастозны, с мраморным оттенком. Отмечается резкая одышка.

Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыхание поверхностное, вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара в минуту. Температура тела 39 °С. Пациент указывает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какое дополнительное обследование для верификации поставленного диагноза необходимо провести?

#### Задача 10

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстнолицевому хирургу обратился пациент С., 40 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него ощущается неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Из анамнеза известно, что три дня назад в амбулаторных условиях пациенту был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба облегчения пациент не испытал. Несмотря на то, что боли продолжали беспокоить, за специализированной помощью он не обращался, лечился самостоятельно. Когда пациент отметил резкое ухудшение состояния, вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Кожные покровы лица и грудной клетки пациента цианотичны, пастозны, с мраморным оттенком. Отмечается резкая одышка. Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыхание поверхностное, вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара в минуту. Температура тела 39 °С. Пациент указывает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с вытянутой и

-  
опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз,

тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (++++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса. Для заднего медиастинита симптомы положительные.

Анализ коагулограммы указывает на следующие нарушения: толерантность плазмы к гепарину, изменение степени тромботеста и реакции на «фибриноген» В. На компьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?

### **Блок С**

Перечень вопросов для промежуточной аттестации:

1. Актиномекоз челюстно-лицевой и шейной области. Этиология, патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
2. Общие и местные лечебные мероприятия при остром гнойном периостите челюстей. Показания к удалению зуба при остром одонтогенном периостите челюстей.
3. Общее и местное лечение при острых одонтогенных остеомиелитах челюстей.
4. Исходы и осложнения острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
5. Понятия об одонтогенной инфекции. Фазы течения процесса и классификация остеомиелита челюстей.
6. Хронический одонтогенный остеомиелит челюсти. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина и дифференциальная диагностика.
7. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюстей. Секвестрэктомия, сроки вмешательства, техника операции.
8. Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
9. Одонтогенный острый гайморит. Этиология, пат. Анатомия. Клиника, диагностика, методы лечения.
10. Одонтогенный хронический гайморит. Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, методы лечения.

11. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
12. Хронические периодонтиты, классификация, патологическая анатомия, клиника и диагностика. Методы хирургического лечения.
13. Методика хирургического лечения хронического периодонтита. Операция резекция верхушки корня. Показания и противопоказания. Методика проведения.
14. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Болезнь Шегрена. Клиника, диагностика, лечение.
15. Острое воспаление слюнных желез. Классификация. Эпидемический и неэпидемический паротит. Клиника, лечение.
16. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология, пути проникновения инфекции, патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика.
17. Абсцессы челюстно-язычного желобка и подъязычного пространства. Топографическая анатомия, клиника и лечение.
18. Флегмона и абсцесс подглазничной области. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника и лечение.
19. Флегмоны и абсцессы лица и шеи. Общая клиническая характеристика и принципы лечения. Осложнения.
20. Абсцесс языка. Абсцесс и флегмона основания языка. Клиника, диагностика, лечение.
21. Общая характеристика околочелюстных абсцессов и флегмон. Этиология, пути распространения инфекции. Клиника и диагностика.
22. Общие и местные лечебные мероприятия при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
23. Исходы и осложнения флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области.
24. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика и лечение.
25. Флегмона щечной и скуловой областей. Топографическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
26. Флегмона поднижнечелюстного треугольника. Топографическая анатомия. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
27. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, пути проникновения и распространения инфекции, источники инфицирования, клиника и лечение.

- 
28. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции, клиника и лечение.
  29. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
  30. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия, клиника и лечение.
  31. Флегмона височной области. Клиника, диагностика, лечение.
  32. Гнилостно-некротические флегмоны. «Ангина Людвига». Этиопатогенез, клиника, лечение.
  33. Гнилостно-некротическая флегмона лица и шеи. Этиология, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
  34. Реактивно-Дистрофические изменения слюнных желез. Болезнь Шегрена.
  35. Хронический сиалодохит. Клиника, диагностика, лечение.

#### **4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И (ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ**

##### **1. Тест (оценка уровня обученности «знать»)**

В рамках дисциплины «Заболевания головы и шеи» оценка уровня обученности «знать» (теоретические аспекты) осуществляется с помощью тестов, как средства для закрепления знаний. В результате в активную работу вовлекаются все студенты группы, оценка ставится всем участвующим. В рамках опроса с помощью тестов охватываются все темы дисциплины.

##### **Шкала оценивания выполненных тестов**

В одном тестовом задании 50 закрытых вопросов.

1. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
2. Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
3. За каждый правильный ответ дается – 2 балла
4. Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.
5. Отметка (в %).

##### **2. Ситуационная задача**

**Шкала оценивания ситуационной задачи (текущий контроль) в %**

- 
1. Анализ клинических данных (жалобы, анамнез, осмотр) – 0 - 25 %
  2. Постановка предварительного диагноза – 0 - 25 %
  3. План дополнительного обследования – 0 - 20 %
  4. План лечения – 0 - 20 %
  5. Обоснование клинического решения – 0 - 10 %

### **3. Контрольная работа**

**Шкала оценивания контрольной работы (рубежный контроль) в %:**

1. Теоретические вопросы – 0 - 40 %
2. Клинические (ситуационные) задания - 0 – 40%
3. Тестовые задания – 0 – 20%

### **4. Промежуточный контроль**

#### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА**

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

**Отметкой отлично (85-100 баллов)** студент демонстрирует глубокие и системные знания по теме; ответ полный, логически последовательный и аргументированный; правильно использует профессиональную медицинскую терминологию; уверенно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя; умеет применять знания для решения клинических ситуаций.

**Отметкой хорошо (70-84 баллов)** студент показывает хорошие знания материала; ответ в целом правильный и последовательный, но могут присутствовать отдельные неточности или неполные формулировки; в основном правильно использует терминологию; отвечает на дополнительные вопросы с небольшими затруднениями.

**Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов)** студент владеет основными положениями темы, однако знания носят поверхностный характер; ответ неполный, допускаются ошибки в терминологии или последовательности изложения; затрудняется при ответе на дополнительные вопросы.

**Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов)** студент не владеет

основными положениями темы; ответ фрагментарный или неправильный; допускает существенные ошибки; не может использовать профессиональную терминологию и не отвечает на дополнительные вопросы преподавателя.

## **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ**

(промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

1. Правильность анализа клинической ситуации – умение выделять основные жалобы пациента, данные анамнеза, результаты объективного обследования и диагностических исследований.
2. Обоснованность клинического мышления – способность формулировать предварительный диагноз, проводить дифференциальную диагностику и аргументировать принятые решения.
3. Выбор методов обследования – умение определять необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики, применяемые в челюстно-лицевой хирургии.
4. Разработка плана лечения – способность составлять рациональный план хирургического и консервативного лечения с учетом клинических рекомендаций и стандартов медицинской помощи.
5. Практические навыки и алгоритм действий – умение последовательно выполнять клинические манипуляции, владение основными методами диагностики и лечения в челюстно-лицевой хирургии.
6. Использование профессиональной терминологии – правильное применение медицинской терминологии и корректное оформление ответа.
7. Самостоятельность и логичность выполнения задания – способность последовательно и обоснованно излагать ход решения задачи и делать клинические выводы.

**Отметкой отлично (85-100 баллов)** оценивается задание выполнено полностью и правильно. Обучающийся демонстрирует уверенное владение практическими навыками и клиническим мышлением. Правильно анализирует клиническую ситуацию, обоснованно формулирует диагноз, грамотно определяет план дополнительного обследования и лечения. Последовательно выполняет алгоритм решения задания, использует профессиональную медицинскую терминологию. Ответ логичный, аргументированный, без существенных ошибок.

**Отметкой хорошо (70-84 баллов)** оценивается задание выполнено в целом правильно. Обучающийся умеет анализировать клиническую ситуацию и применять полученные знания на практике, однако допускает отдельные неточности в обосновании диагноза, выборе методов обследования или лечения. Алгоритм выполнения задания соблюден, практические навыки

продемонстрированы, но имеются незначительные ошибки или неполнота ответа.

**Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов)** оценивается задание выполнено частично. Обучающийся демонстрирует базовые практические навыки, однако анализ клинической ситуации неполный. Допускаются ошибки в постановке диагноза, выборе методов обследования или тактике лечения. Ответ недостаточно аргументирован, имеются пробелы в использовании профессиональной терминологии и последовательности выполнения задания.

**Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов)** оценивается задание выполнено неправильно или не выполнено. Обучающийся не способен правильно проанализировать клиническую ситуацию, допускает грубые ошибки при постановке диагноза и выборе тактики обследования и лечения. Практические навыки и алгоритм решения задания не продемонстрированы, ответ фрагментарный или отсутствует.

## **5. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ И ВЫПОЛНЕНИЮ КОНТРОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ**

### **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ**

Преподавателю предоставляется право поставить оценку без опроса по билету тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета и решить ситуационное задание.

Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.

#### **Оценка промежуточного контроля:**

- min 10 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)

- 10-30 баллов – Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае, если студент правильно формулирует сущность заданной в билете проблемы и дает рекомендации по ее решению и полного выполнения контрольного задания).

#### **ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.**

Для понимания материала и качественного его усвоения рекомендуется такая последовательность действий:

1. После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и

-  
обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.

2. При подготовке к следующей лекции, нужно просмотреть текст предыдущего материала, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции.

3. В течение недели выбрать время для работы с рекомендуемой литературой.

4. Для подготовки к практическим занятиям и выполнению самостоятельной работы необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использовать методические указания по курсу, конспекты лекций.

5. При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется в нем, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план выполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественный вывод.

6. При подготовке к промежуточному и рубежному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно выполнить несколько типовых заданий.

7. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплины осуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается в журнале преподавателя и в баллах.

Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущему материалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по нему преподавателю на индивидуальном собеседовании.

Пропущенная без уважительных причин лекция должна быть отработана методом устного опроса лектором в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практических, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное без уважительной причины, отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся по расписанию кафедры, согласованному с деканатом.

- Пропущенные занятия должны быть отработаны в течение 10 дней со дня пропуска. Пропущенные без уважительной причины практические занятия отрабатываются не более одного занятия в день.  
Пропущенные

занятия по уважительной причине (по болезни, пропуски с разрешения деканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.

- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-за длительной болезни, отработка должна проводиться после разрешения деканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

- В исключительных случаях (участие в межвузовских конференциях, соревнованиях, олимпиадах, дежурство и др.) декан и его заместитель по согласованию с кафедрой могут освобождать магистрантов от отработок некоторых пропущенных занятий.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ К ТЕСТУ**

При подготовке к тестам необходимо проработать лекционный материал и соответствующие страницы основного учебника (желательно также чтение дополнительной литературы); решить все необходимые ситуационные задачи; просмотреть видео-уроки.

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕШЕНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ**

Решение ситуационных задач направлено на формирование клинического мышления, умения анализировать клиническую информацию и принимать обоснованные решения при оказании медицинской помощи пациентам с заболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

При решении ситуационной задачи обучающемуся рекомендуется придерживаться следующего алгоритма:

#### **1. Внимательно изучить условие задачи**

Необходимо определить основные данные: жалобы пациента, анамнез заболевания, анамнез жизни, результаты объективного осмотра и дополнительные методы исследования.

#### **2. Выделить ключевые клинические признаки**

Следует обратить внимание на симптомы, характерные для заболеваний челюстно-лицевой области (боль, отек, нарушение функции, изменения слизистой оболочки, костных структур и др.).

#### **3. Сформулировать предварительный диагноз**

На основании анализа жалоб, анамнеза и клинических данных необходимо определить наиболее вероятный диагноз.

#### **4. Провести дифференциальную диагностику**

Следует рассмотреть заболевания со сходной клинической картиной и обосновать, почему они исключаются.

#### **5. Определить план дополнительного обследования**

Необходимо указать необходимые лабораторные, инструментальные и лучевые методы диагностики (рентгенография, КТ, ортопантомография, лабораторные исследования и др.).

#### **6. Составить план лечения**

Следует определить тактику лечения пациента с учетом клинических рекомендаций:

1. хирургическое лечение;
2. медикаментозная терапия;
3. физиотерапевтические методы;
4. послеоперационное ведение пациента.

#### **7. Описать возможные осложнения и их профилактику**

Необходимо указать наиболее вероятные осложнения заболевания или хирургического вмешательства и меры их предупреждения.

-

8. **Сделать обоснованное заключение**

Ответ должен быть логичным, последовательным и содержать клиническое обоснование принятых решений с использованием профессиональной медицинской терминологии.

**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЕ**

При подготовке к решению контрольной работы необходимо:

- проработать соответствующие страницы учебников;
- воспользоваться конспектом лекций или краткими записями из практического материала;
- просмотреть видео-уроки по соответствующим темам;
- прорешать дома задачи на соответствующие темы (смотри пункт СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ, данного раздела)