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

2026

-

1. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ С УКАЗАНИЕМ ЭТАПОВ ИХ ФОРМИРОВАНИЯВ ПРОЦЕССЕОСВОЕНИЯДИСЦИПЛИНЫ

Формируемые компетенции	Планируемые результатыобучения по дисциплине,характеризующие этапыформированиякомпетенций	Виды оценочных средств/ шифр раздела вданном документе
ОПК-5: Способенпроводить обследование пациента с цельюустановления диагнозапри решениипрофессиональных задач	Знать: Морфофункциональные, физиологические состояния ипатологическиепроцессы ворганизме человека.	Блок А - заданиярепродуктивногоуровня
	Уметь: Применять методыдиагностики,в томчислеприменениеминструментальныхмедицинских изделий придиагностическихисследованиях,предусмотренных порядками оказаниямедицинской помощи.	Блок В - заданиярепродуктивногоуровня
	Владеть: Способностью верификации диагноза сиспользованиемлабораторных,инструментальных,специализированныхметодов обследования иконсультативныхзаключений профильныхврачей-специалистов.	БлокВ,С - заданиярепродуктивногоуровня

-

Технологическая карта дисциплины
«Заболевания головы и шеи»

Название модулейдисциплины согласноРПД	Контроль	Форма контроля	зачетны миниму	зачетны максиму	график контроля
Модуль 1					
1.Одонтогенныеабсцессы и флегмоныЧЛО	Текущий контроль	1. Посещаемость и успеваемость 2. Активность (участие вобходах, перевязках,операциях)	5	10	5
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи	5	15	
Модуль 2					
2.Неодонтогенные воспалительныезаболевания ЧЛО	Текущий контроль	1.Посещаемость и успеваемость2. Активность	5	10	11
	Рубежный контроль	Деловые игры	10	10	
Модуль 3					
3.Болезни тройничногонерва и слюнных желез	Текущий контроль	1.Посещаемость и успеваемость2. 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 височнойБ) 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 флегмоныБ) околоскуловые 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 прилегающим к верхней челюсти.Б) глубоким прилегающим к нижней челюсти

В) поверхностным прилегающим к нижней челюстиГ) глубоким прилегающим к нижней челюсти

Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

4. Абсцессы и флегмоны шеи согласно анатомо-топографическойклассификации относятся к :

А) поверхностным прилегающим к верхней челюстиБ) глубоким прилегающим к нижней челюсти

В) поверхностным прилегающим к нижней челюстиГ) глубоким прилегающим 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 прилегающим к верхней челюстиБ) глубоким прилегающим к нижней челюсти

В) поверхностным прилегающим к нижней челюстиГ) глубоким прилегающим к верхней

челюсти

Д) абсцессам и флегмонам соседних с околочелюстными тканямиобластей

6.Верхневнутренней границей поднижнечелюстного пространстваявляется:

А) челюстно-подъязычная мышца

-

Б) челюстно-язычная мышца

В) подбородочно-язычная мышца

7. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:

А) околоушно-жевательное пространствоБ) окологлоточное пространство

В) крылонебное пространство

8. В подподбородочном пространстве располагаются:

А) лицевая артерия и веналБ) подъязычный нерв

В) подъязычная слюнная железа

Г) лимфатические узлы в количестве 2-4

9. В поднижнечелюстном треугольнике различают следующие группылимфоузлов:

А) надчелюстной

Б) под подбородочныйВ) подчелюстные

Г) переднеушные

10. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:

А) лицевой нерв

Б) краевая ветвь лицевого нерваВ) подъязычный нерв

Г) язычный нерв

Д) нижнелуночковый нерв

11. Наружной границей поднижнечелюстного пространства является:

А) внутренняя поверхность ветви нижней челюстиБ) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

В) наружная поверхность ветви нижней челюстиГ) наружная поверхность тела нижней челюсти

12. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:

А) наружная яремная венаБ) 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 собственнойфасции 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)
гематогенныйБ)
лимфогенныйВ)
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 мышцВ) переднее брюшко двубрюшной мышцы

Г) задние брюшко двубрюшной мышцы

16. Укажите куда не распространяется инфекция из клетчаточногопространства клыковой ямки:

А) подглазничное клетчаточное пространствоБ) жировое тело глазницы

В) жировое тело щеки

Г) глубокая область лица

Д) межмышечное клетчаточное пространство щеки

17. Укажите куда не распространяется инфекция из межкрыловидногопространства:

А) в среднюю черепную ямку через овальное и остистое отверстияБ) в височную ямку по ходу глубоких височных сосудов и нервовВ) в крылонёбную ямку через крыловидно-верхнечелюстную щельГ) в передний отдел бокового окологлоточного пространства

Д) в подъязычное клетчаточное пространство по ходу язычного нерва18. Болезненность при глотании появляется у больных с флегмоной вобласти:

А)
височнойБ)
скуловой
В) щечной
Г) околоушно-жевательной
Д) окологлоточного пространства

19. Одним из осложнений флегмоны глазницы может быть:

А)
ксерофтальмияБ)
выворот век

-
В) потеря зрения
Г) парез лицевого нерва
20.Первичныйочаггнойноговоспаления,перерастающийв флегмонуднаполости рта, локализуется в:
А) щечной области
Б) подвисочной ямки
В) жевательной мышце
Г) околоушной слюнной железеД) поднижнечелюстной области
21. Типичным клиническим признаком флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства является:
А) Диплопия
Б) отек и гиперемия кожи щечных областейВ) боль при глотании и открывании рта
Г) затрудненное открывание рта
Д) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области
22. Флегмону околоушно-жевательной области необходимодифференцировать от:
А) ангины Людвига
Б) карбункула нижней губы
В) абсцедирующего паротита
Г) флегмоны височной области
Д) обострение хронического верхнечелюстного синусита23. При вскрытии флегмоны языка можно повредить:
А) лицевой нерв
Б) лицевую артерию
В) щитовидную железу
Г) подъязычную слюнную железуД) 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 складкеГ) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
Д) параллельнокраюнижнейчелюстидугообразнойформыотугладо

угла

25. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:
А) гематогенный

-

Б)
лимфогенныйВ)
контактный

Д) гематогенный, лимфогенный, контактный

26. Абсцессы и флегмоны щечной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:

А) поверхностным прилегающим к верхней
челюстиБ) глубоким прилегающим к нижней
челюсти

В) поверхностным прилегающим к нижней
челюстиГ) глубоким прилегающим к верхней
челюсти

Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканямиобластей

27. Согласноанатомо-топографическойклассификацииоколочелюстныеабсцессы и флегмоны делятся на:

А) поверхностные и
глубокиеБ) краевые и
серединные

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
складкеГ) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней
челюсти

Д) параллельнокраюнижнейчелюстидугообразнойформыотугладо угла

29. Височной области абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:

А) поверхностным прилегающим к верхней
челюстиБ) глубоким прилегающим к нижней
челюсти

В) поверхностным прилегающим к нижней
челюстиГ) глубоким прилегающим к верхней
челюсти

Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканямиобластей

30. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространстваявляется:

А) медиальная крыловидная мышцаБ) латеральная крыловидная мышца

В) внутренняя поверхность ветви нижней челюстиГ) щечно-глоточный шов

Блок В

-

Задача 1

Пациент Т., 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами нарвущиеболив областизуба2.6в течениесуток,которыеиррадиируютв висок,глази ухо,с жалобамин а повышеннуютемпературутела,незначительнуюслабость и недомогание. Объективно: конфигурация лица не изменена,кожные покровы физиологической окраски. При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки десны, сглаженностьпереходной складки в области зуба 2.6. При пальпации отмечаетсяболезненность по переходной складке в области зуба 2.6, флюктуацияотсутствует. Коронка зуба 2.6 разрушена на ½, на его жевательнойповерхности имеется глубокая кариозная полость, выполненнаяразмягченнымдентином.Вертикальнаяперкуссиязуба2.6поло жительная,агоризонтальная перкуссия отрицательна. По данным лучевых методовисследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях вобласти апекса 2.6 определяется расширение периодонтальной щели. Упациента4 0 констатируетсятемпературатела37,6°С,по даннымобщег оанализа крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево,повышенная СОЭ.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологухирургу.
2. К какойгруппев соответствиис современнойклассификациейострыхо донтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данноезаболевание?
3. Какаяреакцияорганизмаконстатируетсяу пациентав связис развитиемгнойно-воспалительного процесса?

Задача 2

На приемк стоматологу-хирургуобратиласьпациентка У., 29 лет. Тридняназадей заболелзуб3.6,к врачуонане обращалась.В течениепоследнихсуток пациентка отмечала ухудшение общего состояния, нарушение сна,отсутствиеаппетита,вялость,снижениеработоспособности,а такжеболь вобластинижнейчелюстии приглотаниинасторонепоражения.Придвиженииязыкоми открываниирта отмечаетусилениеболезненности.Объективно: конфигурациилицаизмененаза счетколлатеральногоотекамягкихтканей поднижнечелюстной области слева, кожные покровы физиологическойокраски. Кожа легко собирается в складку. Отмечается острое серозноевоспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов

слева,
которыеувеличены,болезненныприпальпации,эластичнойконсистенции,под
вижны,с кожейи
подлежащимитканямине спаяны.Открываниерта незначительноограничен
ои сопровождаетсяболевойреакцией.Приосмотреполостирта:зуб

-

3.6на⅔ восстановленпломбойиз композиционногоматериала,герметизм которойнарушен.Слизистаяоболочкав областизуба3.6гиперемирована, отечна.Альвеолярныйотростокимеетмуфтообразноеутолщениев областизубов 3.5, 3.6, 3.7. Их перкуссия положительна. Указанные зубыпатологически подвижны (II степень). Из патологического зубодесневогокарманазуба3.6определяетсягноетечение.Слизистаяоболочкав областичелюстно-язычногожелобкагиперемирована,отечна,резкоболезненнаприпальпации. Челюстно-язычныйжелобоксглажен.В заинтересованнойобластиотмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченныйболезненный инфильтрат с участком флюктуации.

1.Укажитедиагноз,с которымпациенткаобратиласьк стоматологухирургу.2.К какой группе в соответствии с современной классификацией острыходонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данноезаболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционногопроцесса имеет место у пациентки в данной клинической ситуации?

Задача 3

Наприемк стоматологу-хирургуобратиласьпациенткаМ., 31год,с жалобамина постоянныеболив областизуба4.7.Объективно:конфигурациялицанеизменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарныелимфатическиеузлыне пальпируются.Приосмотреполостирта:слизистаяоболочкаальвеолярногоотросткав областизуба4.7гиперемирована,отечна.Коронказуба4.7разрушенана⅔.Зондированиезуба4.7безболезненно,оновыявляетобилиеразмягченногодентинав кариознойполости.Перкуссиязуба4.7 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальнойрентгенограммы) корневые каналы зуба 4.7 запломбированы, апикальныеотверстия обтурированы. В периапикальных тканях в области апексовдистальногои медиальногокорнейопределяетсяокруглыйочагдеструкциикостной ткани (0,5 × 0,6 см) с четкими ровными контурами.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратился к стоматологухирургу.
2.К какойгруппев соответствиис современнойклассификацийострыхо донтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данноезаболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного

инфекционногопроцесса имеет место в данной клинической ситуации?

Задача 4

-

К стоматологу-хирургуобратилсяпациентГ., 34года,с жалобаминабольвобластинижнейчелюстисправа,иррадиирующуювух о,резкуюбольприглотаниинасторонепоражения,болезненноеи ограниченноеоткрываниерта.Пациентрассказал,чтосуткиназадемуудалил изуб4.8,которыйбеспокоилвтечениенедели.Последниесутки(послеудале ниязуба4.8)пациентотмечалухудшение общего состояния (нарушение сна, вялость, снижениеработоспособности, головная боль). Объективно: конфигурация лица неизменена, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собираетсяв складку.Припальпациионределяетсяболезненнаяточканав нутреннейповерхностиуглананижнейчелюстисправав областиприкреплен ияк костисухожилиямедиальнойкрыловидноймышцы.Надавливаниев данной областивызывает сильную боль в проекции крыловидно-нижнечелюстногопространства.Поднижнечелюстныелимфатическиеузлыув еличены(0,2 × 0,3см), болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, скожейи подлежащимитканямине спаяны.Открываниерта болезненно ирезко ограничено. Отмечается ограничение бокового смещения нижнейчелюстив здоровуюсторону.Приосмотреполостирта:слизистаяоболочкавобластилу нки4.8гиперемирована,отечна.Из лункивыделяетсягнойныйэкссудат.А львеолярныйотростокнижней42челюстив областизуба4.7илунки4.8им еетмуфтообразноеутолщение.Перкуссиязуба4.7положительна.Зуб 4.7 патологически подвижен (II степень). Крылочелюстная складкасглажена. Слизистая оболочка в области крылочелюстной складкигиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. В указаннойобласти определяется ограниченный, резко болезненный инфильтрат. Упациента констатируется температура тела 38 °С, выраженный сдвиглейкоцитарной формулы периферической крови влево, анизоцитоз,пойкилоцитоз,появляютсяплазматическиеклеткив периферическойкрови,выявляется С-реактивный белок.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу хирургу.
2. К какойгруппев соответствиис современнойклассификациейострыхо донтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данноезаболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционногопроцесса имеет место в данной клинической ситуации?
4. Какаяреакцияорганизмаконстатируетсяу пациентав связис развитиемгнойно-воспалительного процесса?

Задача 5

-

В приемныйпокоймногопрофильнойбольницык челюстнолицевомухирургуобратилсяпациентФ., 30лет,с жалобамина больприглотании,разговоре,движенияхязыком.Он сообщил ,чтотриднязадемубылудалензуб4.7,которыйдо удалениябеспокоил в течениедвухсуток.Послеудалениязубапациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшениесостояния,он вызвалскоруюпомощьи былгоспитализирован.Объективно:
отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканейподподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанныхобластяхгиперемирована,отечна,напряжена,в складкуне собирается.Отекраспространяетсяна шеюи доходитдо ключи цыи яремнойвпадины.Припальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Ротпациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах. Язык сухой,покрытый налетом грязно-серого цвета, его движения ограничены. Слизистаяоболочкаднаполостиртагиперемирована,отечна.Температурате ла38,8°С.Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя сопущеннойголовой.При исследованииперифферическойкровивыявляетс явыраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ,анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки впериферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациентаконстатируютсяизменениякислотно-
щелочногосостояниякрови,наличиещелочнойи пировиноградной кислот,электролитногобаланса.Симптомыназадний медиастинит положительные. На ком- 43 пьютерной томографииотмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1. Укажитедиагноз,с которымпациентобратилсяк дежурномучелюстно-лицевому хирургу.
2. К какойгруппев соответствиис современнойклассификациейострыхо донтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данноезаболевание?
3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционногопроцесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации?
4. Какаяреакцияорганизмаконстатируетсяу пациентав связис развитиемгнойно-воспалительного процесса?

Задача 6

Пациент А., 32 года, обратился в стоматологическую поликлинику кстоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубнойскладки слева, озноб, повышенную температуру тела (более 39 ºС).

Изанамнезаизвестно,что2 дняназадв областиносогубнойскладкипациентобнаружилфурункул,которыйпыталс явыдавить.Объективно:отмечаетсявыраженная интоксикация, температура тела 39,4 оС. Присутствует

-
выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, которыйвыходит за пределы инфильтрата и распространяется на конъюнктивунижнего века левого глаза. По ходу левой угловой вены определяетсяболезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под нимгиперемированы,имеютсинюшныйоттенок,напряжены.Движениялев огоглазного яблока ограничены. В общем анализе периферической кровиопределяетсялейкоцитозсо сдвигомлейкоцитарнойформулывлево,СОЭ52мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, характерныхдля токсического нефрита.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условиизадачи, 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 задержалпациент Г., 36 лет, находящийся на лечении в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии. Восемь часов назад послеобследования в приемном покое многопрофильной больницы ему былвыставлен диагноз фурункул правой щечной области, осложненныйтромбофлебитомугловойвеныслева,проведенапервичнаяхирургическаяобработка 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 врачомпациент предъявляет жалобы на озноб. Объективно: констатируется отек иинфильтрация тканей по ходу угловой вены лица. Отек распространяется за пределы инфильтрата. В участке инфильтрации определяется резкаяболезненность. Болезненная зона имеет синюшный оттенок. Остальныекожныепокровыбледные.Температурателапациента38,4оС. В анализеperiферической крови определяется выраженный сдвиг лейкоцитарнойформулывлево,повышеннаяСОЭ,укорочениевременисвертываниякрови,появлениефракцииВ «фибриногена»,повышениеактивностиXIIIфактора,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 поликлиникук стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складкислева,озноб,слабость,повышеннуютемпературутела(более39 °С),резкую боль в области левого глаза и его выпячивание. Из анамнеза известно,что 3 дня назад в области носогубной складки пациентка обнаружилафурункул,которыйнеоднократнопыталасьвыдавить.Состояние постепенноухудшалось, но она не обращалась за специализированной помощью, занималась самолечением. Объективно: отмечается выраженнаяинтоксикация, температура тела 39,5 °С. Присутствует выраженный отекмягкихтканейв областиносогубнойскладки,которыйвыходитза пределыинфильтратаи распространяетсяна левыйглаз.Из-заотекавекпациенткенеудается раскрыть глазную щель, отмечается экзофтальм с левой стороны.Констатируется расширение зрачка левого глаза и вен глазного дна. По ходулевой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа.Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок,напряжены. Движения глазного яблока резко ограничены. В общем анализепериферической крови определяется лейкоцитоз (18 × 109/л) со сдвигомлейкоцитарной формулы влево, СОЭ 58 мм/ч. Результаты анализа мочисвидетельствуют об изменениях, свойственных токсическому нефриту.

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

Задача 9

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстнолицевомухирургу обратился пациент С., 57 лет, который предъявляет жалобы на больпри глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек иинфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстнойобластей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена,в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и доходит доключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резкоболезненный инфильтрат. Рот

пациента полуоткрыт, из него ощущаетсянеприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета,
движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости ртагиперемирована,отечна.Кожныепокровылицаи
грудойклеткипациентацианотичны,пастозны,с
мраморнымоттенком.Отмечаетсярезкаяодышка.

-
Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыханиеповерхностное,
вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара вминуту. Температура тела 39 оС. Пациент указывает, что испытываетнекоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. Приисследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиглейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз ипойкилоцитоз,тучныеи плазматическиеклеткив периферическойкрови,С-реактивный белок
(+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояниякрови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, электролитногобаланса.
1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условиизадачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какое дополнительное обследование для верификации поставленногодиагноза необходимо провести?

Задача 10

В приемныйпокоймногопрофильнойбольницык челюстнолицевомухирургуобратилсяпациентС., 40лет,с жалобамина больприглотании,разговоре,движенияхязыком.Речьпациентаневнятная,голосхриплый.Объективно:
отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканейподподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанныхобластяхгиперемирована,отечна,напряжена,в складкуонанесобирается.Отекраспространяетсянашеюи доходитдоключици яремнойвпадины.Припальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Ротпациентаполуоткрыт,из негоощущаетсянеприятныйзапах.Языксухой,покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистаяоболочкаднаполостиртагиперемирована,отечна.Изанамнезаизвестно,чтотриднязадв
амбулаторныхусловияхпациентубылудалензуб4.7,которыйдоудалениябеспокоилв
течениедвухсуток.Послеудалениязубаоблегченияпациентне испытал.Несмотрянато,чтоболипродолжалибеспокоить,заспециализированной помощью он не обращался, лечился самостоятельно.Когдапациентотметилрезкоеухудшениесостояния,вызвалскоруюпомощьибылгоспитализирован.Кожныепокровылицаи грудной клеткипациентацианотичны,пастозны,с
мраморнымоттенком.Отмечаетсярезкаяодышка.Число дыхательных движений достигает 48 в минуту.

Дыханиеповерхностное,вдохзначительноукорочен,а выдохв 2 разаудлинен.Пульс142 удара в минуту. Температура тела 39 °C. Пациент указывает, чтоиспытывает некоторое облегчение в положении сидя с вытянутой и

-
опущеннойголовой.Приисследованииперифериче скойкровивыявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ,анизоцитоз и пойкилоцитоз,
тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивныйбелок (++++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочногосостояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот,электролитного баланса. Для заднего медиастинита симптомыположительные.
Анализкоагулограммыуказываетна следующиенарушения:толерантность плазмы к гепарину, изменение степени тромботеста и реакции на«фибриноген» В. На компьютерной томографии отмечается наличиевыпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1.Какойдиагнозна основаниидан ных,представленныхв условиизадачи, 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. Операциярезекция верхушки корня. Показания и противопаказания. 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 окологлотачного 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,
источникиинфицирования, 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, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕПРОЦЕДУРЫ ОЦЕНИВАНИЯ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ, НАВЫКОВ И(ИЛИ) ОПЫТА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯКОМПЕТЕНЦИЙ, ОПИСАНИЕ ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

1. Тест(оценкауровняобученности«знать»)

В рамкахдисциплины«Заболеванияголовыи шеи»оценкауровняобученности «знать» (теоретические аспекты) осуществляется спомощьютестов,каксредстваднязакрепленияязнаний.В результате вактивнуюработувовлекаютсявсестудентыгруппы,оценкаставитсявсе мучаствующим.В рамкахопросас помощьютестовохватываютсявс етемы дисциплины.

Шкалаоцениванияявыполненныхтестов

В одномтестовомзадании50закрытыхвопросов.

1. К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
2. Обучающемусянеобходимопомнить:в каждомзаданиис выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
3. Закаждыйправильныйответдается– 2 балла
4. Общаяоценкаопределяетсякаксуммонабранныхбаллов.
5. Отметка(в %).

2. Ситуационная задача

Шкалаоцениваниясituационнойзадачи(текущийконтроль)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 исистемные знания по теме; ответ полный, логически последовательный иаргументированный;правильноиспользуетпрофессиональнуюмедицинскую терминологию; уверенно отвечает на дополнительные вопросыпреподавателя; умеет применять знания для решения клинических ситуаций.

Отметкой хорошо (70-84 баллов) студент показывает хорошие знанияматериала; ответ в целом правильный и последовательный, но могутприсутствовать отдельные неточности или неполные формулировки;
восновномправильноиспользуеттерминологию;отвечаетна дополнительные вопросы с небольшими затруднениями.

Отметкойудовлетворительно(60-69баллов)студентвладеетосновнымиположениями темы, однако знания носят поверхностный характер; ответнеполный, допускаются ошибки в терминологии или последовательностиизложения; затрудняется при ответе на дополнительные вопросы.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) студент не владеет

-
основными положениями темы; ответ фрагментарный или неправильный;допускаетсущественныеошибки;не можетиспользоватьпрофессиональнуютерминологию и не отвечает на дополнительные вопросы преподавателя.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯАНАЛИТИЧЕСКИХ 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 выполненополностьюи правильно.Обучающийсядемонстрируетуверенное владениепрактическиминавыкамии клиническиммышлением.Правильноанализируетклиническую ситуацию, обоснованно формулирует диагноз, грамотноопределяетпландополнительногообследованияи лечения.Последовательновыполняет алгоритм решения задания, использует профессиональнуюмедицинскую терминологию. Ответ логичный, аргументированный, безсущественных ошибок.

Отметкойхорошо(70-84баллов)оцениваетсязаданиевыполненов целомправильно. Обучающийся умеет анализировать клиническую ситуацию иприменять полученные знания на практике, однако допускает отдельныенеточности в обосновании диагноза, выборе

методов обследования илилечении. Алгоритм выполнения задания соблюден, практические навыки

-
продемонстрированы, но имеются незначительные ошибки или неполнотаответа.

Отметкой удовлетворительно (60-69 баллов) оценивается заданиевыполнено частично. Обучающийся демонстрирует базовые практическиенавыки, однако анализ клинической ситуации неполный. Допускаютсяошибкив постановкедиагноза,выбореметодовобследования илитактикелечения. Ответ недостаточно аргументирован, имеются пробелы виспользовании профессиональной терминологии и последовательностивыполнения задания.

Отметкой неудовлетворительно (0-59 баллов) оценивается заданиевыполнено неправильно или не выполнено. Обучающийся не способенправильно проанализировать клиническую ситуацию, допускает грубыеошибкипри постановкедиагнозаи выборетактикиобследованияи лечения.Практическиенавыкии алгоритмрешениязаданиян е продемонстрированы,ответ фрагментарный или отсутствует.

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

О С Н О В Н Ы Е Т Р Е Б О В А Н И Я К ПРОМЕЖУТОЧНОМУКОНТРОЛЮ

Преподавателюпредоставляетсяправопоставитьоценкубезопросапоб илетутемстудентам,которыенабралиболее60 балловза текущийир убежный контроли.

На промежуточном контроле студент должен верно ответить натеоретические вопросы билета и решить ситуационное задание.Студенты могут использовать технические средства, справочно-нормативную литературу, наглядные пособия, учебные программы.**Оценкапромежуточногоконтроля:**

- 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.

Дляпониманияматериалаи качественногоего усвоениярекомендуетсятакая последовательность действий:

1 . Послепрослушиваниялекциии окончанияучебныхзанятий,приподготовкек занятиямследующегодня

,нужносначалапросмотретьи

-
обдумать текст лекции, прослушанной сегодня.
2 . Приподготовкек следующейлекции,нужнопросмотретьтекстпредыдущего материала, подумать о том, какая может быть темаследующей лекции.
3 . В течениенеделивыбратьвремядляработыс рекомендуемойлитературой.
4 . Для подготовки к практическим занятиям и выполнениюсамостоятельной работы необходимо сначала прочитать основныепонятия и подходы по теме задания. Рекомендуется использоватьметодические указания по курсу, конспекты лекций.
5 . При выполнении задания нужно сначала понять, что требуется внем,какойтеоретическийматериалнужноиспользовать,наметитьпла нвыполнения, а затем приступить к заданию и сделать качественныйвывод.
6 . При подготовке к промежуточному и рубежному контролямнужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы коцениванию до состояния понимания материала и самостоятельновыполнить несколько типовых заданий.
7. Отработки пропущенных занятий.
Контроль над усвоением материала учебной программы дисциплиныосуществляется систематически преподавателем кафедры и отражается вжурнале преподавателя и в баллах.
Студент, получивший неудовлетворительную оценку по текущемуматериалу, обязан подготовить данный раздел и ответить по немупреподавателю на индивидуальном собеседовании.
Пропущеннаябезуважительныхпричинлекциядолжнабытьотработана методомустногоопросалекторомв течениемесяцас о дня пропуска.
Возможныи
другиеметодыотработкипропущенныхлекций(опроснапрактических, тестовый контроль и т.д.).
Отработка практических занятий.
- Каждое занятие, пропущенное без уважительной причины,отрабатывается в обязательном порядке. Отработки проводятся порасписанию кафедры, согласованному с деканатом.
-
Пропущенныезанятиядолжныбытьотработаныв течение10дней со дня пропуска. Пропущенные без уважительной причинупрактическиезанятияотрабатываютсян е болееодногозаняти яв день.Пропущенные

занятияп о уважительнойпричине(по болезни,пропускис разрешениядеканата) отрабатываются по тематическому материалу без учета часов.
- Для студентов, пропустивших семинарские занятия из-

задлительнойболезни,отработкадолжнапроводитьсяпослеразрешени
ядеканата по индивидуальному графику, согласованному с кафедрой.

-

- В исключительных случаях (участие в межвузовскихконференциях,соревнованиях,олимпиадах,дежурствои др.)декани егозаместитель по согласованию с кафедрой могут освобождатьмагистрантов от отработок некоторых пропущенных занятий.**РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКИ К ТЕСТУ**

Приподготовкек тестамнеобходимопроработатьлекционныйматериали соответствующие страницы основного учебника (желательно такжечтение дополнительной литературы); решить все необходимыеситуационные задачи; просмотреть видео-уроки.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО РЕШЕНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧРешение ситуационных задач направлено на формирование клиническогомышления,умениянализироватьклиническуюинформацию и приниматьобоснованные решения при оказании медицинской помощи пациентам сзаболеваниями и травмами челюстно-лицевой области.

При решении ситуационной задачи обучающемуся рекомендуетсяпридерживаться 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;

-воспользоватьсяконспектом 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)