

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ,
МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

ГОУ ВПО Кыргызско-Российский Славянский университет



Заболевания головы и шеи

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Хирургической стоматологии**
 Учебный план 31050350_18_13сд.pli.xml
 31.05.03 Стоматология
 Квалификация **специалист**
 Форма обучения **очная**
 Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
 в том числе:
 аудиторные занятия 72
 самостоятельная работа 36

Виды контроля в семестрах:
 зачеты с оценкой 9

Распределение часов дисциплины по семестрам

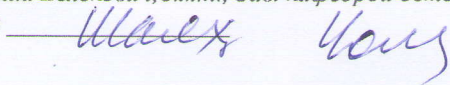
Семестр (<Курс>.<Семес- тр на курсе>)	9 (5.1)		Итого	
	УИ	РИД	УИ	РИД
Неделя	18			
Вид занятий	УИ	РИД	УИ	РИД
Лекции	18	30	18	30
Практические	54	14	54	14
В том числе	2	2	2	2
Итого ауд.	72	44	72	44
Контактная	72	44	72	44
Сам. работа	36	4	36	4
Итого	108	48	108	48

Программу составил(и):

д.м.н. профессор, Зав. кафедрой, Мамытова Анара Бейшеневна; Старший преподаватель, Сабирова Азиза Ибрагимовна

**Рецензент(ы):**

д.м.н., Доцент кафедры хирургической стоматологии КРСУ им. Б.Н. Ельцина
, Шаяхметов Давлетшия Белекович; д.м.н., Зав. кафедрой детской стоматологии КГМА им. И.К. Ахунбаева, Чолокова
Гулнар Сатаркуловна

**Рабочая программа дисциплины****Заболевания головы и шеи**

разработана в соответствии с ФГОС 3+:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.03 (уровень подготовки кадров высшей квалификации). (приказ Минобрнауки России от 09.02.2016г. №96)

составлена на основании учебного плана:

31.05.03 Стоматология

утвержденного учёным советом вуза от 26.06.2018 протокол № 12.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Хирургической стоматологии

Протокол от 07.06.2018г. № 1

Срок действия программы: 2018-2023 уч.г.

Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Мамытова Анара Бейшеневна



Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
09.09. 2019 г.



Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2019-2020 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от 29.08 2019г. № 1
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Мамытова Анара Бейшеновна

**Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году**

Председатель УМС
_____ 2020 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2020-2021 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2020 г. № ____
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2021 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2021-2022 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2021 г. № ____
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Мамытова Анара Бейшеновна

Визирование РПД для исполнения в очередном учебном году

Председатель УМС
_____ 2022 г.

Рабочая программа пересмотрена, обсуждена и одобрена для
исполнения в 2022-2023 учебном году на заседании кафедры
Хирургической стоматологии

Протокол от _____ 2022 г. № ____
Зав. кафедрой Д.м.н. профессор Мамытова Анара Бейшеновна

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Целью освоения дисциплины "заболевания головы и шеи" является подготовка специалиста по заболеваниям головы и шеи для обеспечения надлежащего качества оказания стоматологической помощи населению.
1.2	•Профилактика заболеваний головы и шеи;
1.3	•Дифференциальная диагностика головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.4	•Обучение клиническим проявлениям заболеваний головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.5	•Освоение основных методов диагностики заболеваний головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.6	•Ознакомление с принципами лечения больных с заболеваниями головы и шеи;
1.7	•Обучение методам оперативных вмешательств при заболеваниях головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.8	•Ознакомление с показаниями к заболеваниям головы и шеи;
1.9	•Экспертиза трудоспособности больных с заболеваниями головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.10	•Реабилитационная деятельность у лиц, с заболеваниями головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.11	•Ведение учетно-отчетной медицинской документации;
1.12	•Научно-исследовательская деятельность по заболеваниям головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.13	•Участие в разработках новых оперативных методов заболеваний головы и шеи в челюстно-лицевой области;
1.14	•Обучение методам обследования больных с заболеваниями головы и шеи челюстно-лицевой области;
1.15	•Освоение методов реабилитации больных с заболеваниями головы и шеи.
1.16	Заложение фундамента к изучению таких дисциплин, как клиническая стоматология, челюстно-лицевая хирургия, помощник врача стоматолога, общая хирургия, местное обезболивание и анестезиология, т.е. создание необходимой теоретической и практической базы для подготовки врачей стоматологов.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.Б
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:	
2.1.1	Местное обезболивание и анестезиология в стоматологии.	
2.1.2	Помощник врача стоматолога (хирурга).	
2.1.3	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия	
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:	
2.2.1	Заболевания головы и шеи	
2.2.2	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия	
2.2.3	Клиническая стоматология	
2.2.4	Доказательная медицина в стоматологии	

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-9: готовность к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

Знать:

Уровень 1	Этиологию, патогенез, клинику основных стоматологических заболеваний.
Уровень 2	Лечение основных стоматологических заболеваний.
Уровень 3	Методы ведения и лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Уметь:

Уровень 1	Правильно определить данное заболевание.
Уровень 2	Разработать план лечения основных стоматологических заболеваний.
Уровень 3	Вести и лечить пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Владеть:

Уровень 1	Навыками анализа различных видов лечения стоматологических заболеваний.
Уровень 2	Алгоритмом лечения основных стоматологических заболеваний
Уровень 3	Навыками ведения и лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	Этиологию, патогенез, клинику основных стоматологических заболеваний
3.1.2	
3.2	Уметь:
3.2.1	Правильно определить данное заболевание
3.3	Владеть:
3.3.1	Навыками анализа различных видов лечения стоматологических заболеваний

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	Раздел 1.						
1.1	Абсцесс и флегмона лица и шеи. Этиология и патогенез. Хирургическая анатомия межфасциальных и межмышечных клетчаточных пространств головы и шеи. Пути проникновения и распространения инфекционного процесса в мягких тканях. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.2	Абсцесс и флегмона лица и шеи. Этиология и патогенез. Хирургическая анатомия межфасциальных и межмышечных клетчаточных пространств головы и шеи. Пути проникновения и распространения инфекционного процесса в мягких тканях. Общая клиническая характеристика абсцессов и флегмон околочелюстных и смежных с ними областей. Топическая и дифференциальная диагностика. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к телу нижней челюсти: поднижнечелюстного и подподбородочного треугольников, подъязычной области, челюстно-язычного желобка. Флегмона дна полости рта и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны. Гнилостно-некротическая флегмона лица и шеи. /Пр/	9	0	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.3	Общая клиническая характеристика абсцессов и флегмон околочелюстных и смежных с ними областей. Топическая и дифференциальная диагностика. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.4	Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, прилегающих к ветви нижней челюсти: околоушно-жевательной, позадичелюстной, крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств. Абсцесс и флегмона языка. Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица: щечной, скуловой, подглазничной, височной, подвисочной, крыловидно-небной ямки. Особенности лечения флегмоны глазницы /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	

1.5	Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи: флебит, гнойный тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, менингит, контактный медиастенит, сепсис. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.6	Лимфаденит. Острый и хронические лимфадениты. Абсцедирующий лимфаденит. Аденофлегмона. Диагностика, клиника, лечение. Проявление ВИЧ- инфекции в ЧЛЮ. Одонтогенный синусит. Острый одонтогенный синусит. Хронический одонтогенный синусит. Перфорация верхней челюстной пазухи. Неодонтогенные воспалительные заболевания лица. Фурункул, карбункул. Клиника, лечение, предупреждение осложнений. /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.7	Лимфаденит. Острый и хронический лимфаденит. Абсцедирующий лимфаденит. Аденофлегмона. Диагностика, дифференциальная диагностика, клиника, лечение. Проявление ВИЧ-инфекции в ЧЛЮ. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.8	Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи: флебит, гнойный тромбофлебит лицевых вен, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, менингит, контактный медиастенит, сепсис. Актиномикоз челюстно-лицевой области и шеи. Туберкулез челюстно-лицевой области. Дифтерия. СПИД. Проявление в ЧЛЮ. Сифилис. Профилактика. Воспалительные и реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Классификация. Методы обследования слюнных желез. /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.9	Пути проникновения и распространения инфекционного процесса в мягких тканях. Общая клиническая характеристика абсцессов и флегмон окологлазничных и смежных с ними областей. Топическая и дифференциальная диагностика. /Ср/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	Инетарктивные формы обучения по методике мозговой атаке. Проведение манипуляций на фантомах по ЗГШ.
1.10	Одонтогенный синусит. Острый одонтогенный синусит. Хронический одонтогенный синусит. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.11	Перфорация верхнечелюстной пазухи /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.12	Неодонтогенные воспалительные заболевания лица . Фурункул, карбункул. Клиника , лечение, предупреждение осложнений. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	

1.13	Актиномикоз челюстно-лицевой области и шеи. Туберкулез челюстно-лицевой области. Дифтерия. СПИД. Проявление в ЧЛО. Сифилис. Профилактика. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.14	Воспаление слюнных желез (сиалоаденит). Эпидемический и бактериальный паротит. Калькулезный сиалоаденит(слюнно-каменная болезнь) /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.15	Болезни тройничного нерва. Невралгия V нерва. Неврит V нерва. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.16	Болезни тройничного нерва /Пр/	9	2	ПК-9		0	
1.17	Болезни лицевого нерва . Неврит VII нерва. Парез и паралич мимических мышц. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.18	Болезни лицевого нерва /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.19	Болезни лицевого нерва /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.20	Болезни слюнных желез /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.21	Заболевания ВНЧС. Классификация. Синдром дисфункции ВНЧС. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.22	Хирургическое лечение заболеваний пародонта Зачетное занятие. /Пр/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	2	Инетарктивные формы на симуляционных фантомах. Проведение манипуляций на фантомах по ЗГШ.
1.23	Классификация. Методы обследования слюнных желез. /Ср/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	Инетарктивные формы обучения по методике мозговой атаке. Проведение манипуляций на фантомах по ЗГШ.
1.24	Заболевания ВНЧС. Классификация. Синдром дисфункции ВНЧС. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.2 Л2.1 Л3.1	0	
1.25	Хирургические методы лечения заболеваний пародонта. Хирургический кюретаж. Гингивтомия. Гингивэктомия. Лоскутные операции. /Лек/	9	2	ПК-9	Л1.1 Л2.1 Л3.1	0	

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ:

9 СЕМЕСТР

1. История развития хирургической стоматологии. Роль ученых СНГ и КР.
2. Роль отечественных ученых и ученых стран СНГ в развитии хирургической стоматологии.
3. Вспомогательные методы обследования (рентгенография, электроодонтодиагностика, морфологическая диагностика)
4. Стерилизация инструментов и материалов в хирургическом стоматологическом отделении.
5. Организация и оборудование хирургического отделения в поликлинике.
6. Методика обследования больных в хирургической стоматологии.
7. Подготовка операционного поля и стерилизация рук хирурга при операциях на тканях ЧЛО и полости рта.
8. Организация работы врача-стоматолога на хирургическом приеме. Учетно-отчетная документация.
9. Положение врача и больного при удалении зубов.
10. Хирургическое значение иннервации верхней челюсти.

11. Современные вазоконстрикторы. Механизм действия.
12. Виды местного обезболивания.
13. Обезболивание второй ветви тройничного нерва у круглого отверстия. Показания, техника, зоны обезболивания.
14. Понятия об местном обезболивании . Препараты применяемые для местного обезболивания в хирургической стоматологии.
15. Показания и противопоказания к применению общего обезболивания при стоматологических операциях.
16. Обезболивание у бугра верхней челюсти. Показания , техника, зоны обезболивания. Возможные осложнения.
17. Общее обезболивание . Виды и способы. Особенности наркоза в хирургической стоматологии.
18. Обезболивание третьей ветви троичного нерва у овального отверстия. Показания , техника проведения зоны обезболивания.
19. Виды проводникового обезболивания на верхней челюсти.
20. Обезболивание верхнечелюстного нерва по Вайсбалту, топографическая анатомия . Методика проведения. Зона обезболивания. Осложнения.
21. Виды инфльтрационной анестезии.
22. Местные анестетики применяемые для местного обезболивания. Классификация. Механизм действия.
23. Анестезия в области большого небного отверстия . Топографическая анатомия. Методика проведения . Зона обезболивания. Осложнения.
24. Внеротовой метод анестезии у нижнечелюстного и подбородочного отверстия. Показания , техника, зоны обезболивания.
25. Местные осложнения во время и после проведения местной анестезии.
26. Осложнения во время проведения местного обезболивания в хирургической стоматологии. Профилактика и лечение.
27. Виды местной анестезии в стоматологии.
28. Виды аппликационной анестезии.
29. Анестезия у резцового отверстия. Показания , техника проведения зоны обезболивания.
30. Мандибулярная анестезия. Показания , техника проведения зоны анестезии.
31. Премедикация в хирургической стоматологии, потенцированная местная анестезия. Препараты и показания.
32. Торусальная анестезия по Вейсбрему. Показания, техника, зоны анестезии.
33. Туберальная анестезия . Показания и противопоказания . Методика проведения , зона обезболивания, осложнения.
34. Трансплантация и реплантация зуба. Показания и техника проведения, исходы.
35. Реплантация зубов . Показания и противопоказания. Техника проведения операции, осложнения и исходы.
36. Затрудненное прорезывание зубов мудрости. Патогенез , клиника,
37. Затрудненное прорезывание третьего нижнего моляра. Клиника, диагностика, лечение.
38. Острые края и свищи альвеолярного отростка. Лечение.
39. Слюннокаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника, лечение.
40. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии в связи с иммунобиологическими особенностями тканей лица и полости рта.
41. Показания к общему обезболиванию в условиях стоматологического стационара и поликлиники.
42. Особенности эндотрахеального наркоза при операциях на лице и в полости рта.
43. Пробождение дна гайморовой пазухи при удалении зуба. Причины, диагностика, лечение.
44. Техника удаления зубов щипцами. Моменты экстракции.
45. Способы держания щипцов для удаления зубов. Этапы удаления зуба.
46. Реплантация зуба . Показания и противопоказания. Клиника. Лечение.
47. Способы открытого удаления зубов и их корней.
48. Методы удаления корней зубов . Инструменты и техника.
49. Инструменты применяемые при удалении зуба: Экстракционные щипцы и элеваторы.
50. Удаление зубов и их корней элеватором.
51. Показания к удалению постоянных зубов.
52. Операция удаления зуба . Показания и противопоказания . Подготовка и методика проведения.
53. Местные осложнения во время удаления зуба. Способы предупреждения и борьбы с осложнениями.
54. Операция удаления верхних маляров. Методика проведения. Инструментарий. Осложнения.
55. Особенности удаления отдельных групп зубов верхней и нижней челюсти . Выбор инструментария.
56. Местное осложнение после операции удаления зуба.
57. Противопоказания к удалению постоянных зубов.
58. Операция удаления зуба . Удаление зуба как хирургическое вмешательство.
59. Операция удаления зубов нижней челюсти. Показания и противопоказания. Инструментарий , методика проведения. Осложнения.
60. Zubосохраняющие операции : генисекция и ампутация корня зуба. Реплантация зуба. Короннорадикулярная сепарация.
61. Операция удаления корня зуба после его перелома.
62. Тактика врача при проталкивании корней зубов в гайморову пазуху.
63. Операция удаления ретирования зуба.
64. Осложнения заживления лунки зуба. Альвеолиты и луночковые боли. Причина, клиника, лечение.
65. Способы ускорения заживления лунки удаленного зуба.
66. Общие способы остановки кровотечения.
67. Кровотечения после удаления зуба. Причины. Способы остановки кровотечения из ран мягких тканей и костей.
68. Хирургическое значение иннервации нижней челюсти.
69. Ретенция и дистопия зубов. Клиника, показания к удалению. Оперативная техника.
70. Классификация воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
71. Альвеолит, причины, профилактика, лечение.

72. Актиномекоз челюстно-лицевой и шейной области. Этиология , патогенез. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
73. Общие и местные лечебные мероприятия при остром гнойном периостите челюстей. Показания к удалению зуба при остром одонтогенном периостите челюстей.
74. Общее и местное лечение при острых одонтогенных остеомиелитах челюстей.
75. Исходы и осложнения острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
76. Понятия об одонтогенной инфекции. Фазы течения процесса и классификация остеомиелита челюстей.
77. Хронический одонтогенный остеомиелит челюсти. Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиническая картина и дифференциальная диагностика.
78. Лечение хронического одонтогенного остеомиелита челюстей. Секвестрэктомия, сроки вмешательства, техника операции.
79. Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
80. Одонтогенный острый гайморит . Этиология , пат. Анатомия. Клиника , диагностика, методы лечения.
81. Одонтогенный хронический гайморит. Патологическая анатомия . Клиника, диагностика , методы лечения.
82. Острый гнойный периостит челюстей . Этиология, патогенез, клиника, лечение.
83. Хронические периодонтиты, классификация , патологическая анатомия, клиника и диагностика. Методы хирургического лечения.
84. Методика хирургического лечения хронического периодонтита. Операция резекция верхушки корня. Показания и противопоказания. Методика проведения.
85. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Болезнь Шегрена. Клиника, диагностика, лечение.
86. Острое воспаление слюнных желез. Классификация. Эпидемический и неэпидемический паротит. Клиника, лечение.
87. Острый гнойный периостит челюстей. Этиология , пути проникновения инфекции, патологическая анатомия , клиника , дифференциальная диагностика.
88. Абсцессы челюстно-язычного желобка и подъязычного пространства. Топографическая анатомия, клиника и лечение.
89. Флегмона и абсцесс подглазничной области. Топографическая анатомия , пути проникновения инфекции, клиника и лечение.
90. Флегмоны и абсцессы лица и шеи. Общая клиническая характеристика и принципы лечения. Осложнения.
91. Абсцесс языка. Абсцесс и флегмона основания языка. Клиника, диагностика, лечение.
92. Общая характеристика околочелюстных абсцессов и флегмон. Этиология , пути распространения инфекции. Клиника и диагностика.
93. Общие и местные лечебные мероприятия при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.
94. Исходы и осложнения флегмон и абсцессов челюстно-лицевой области.
95. Флегмона окологлоточного пространства. Топографическая анатомия, пути проникновения инфекции. Клиника , дифференциальная диагностика и лечение..
96. Флегмона щечной и скуловой областей. Топографическая анатомия , клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
97. Флегмона поднижнечелюстного треугольника. Топографическая анатомия. Клиника , дифференциальная диагностика, лечение.
98. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, пути проникновения и распространения инфекции, источники инфицирования, клиника и лечение.
99. Флегмона крыловидно-челюстного пространства. Топографическая анатомия , пути проникновения инфекции, клиника и лечение.
100. Фурункулы и карбункулы лица. Этиология , патогенез , клиника, лечение.
101. Флегмона подвисочной и крылонебной ямок. Топографическая анатомия , клиника и лечение.
102. Флегмона височной области . Клиника, диагностика, лечение.
103. Гнилостно-некротические флегмоны. «Ангина Людвига». Этиопатогенез, клиника, лечение.
104. Гнилостно-некротическая флегмона лица и шеи. Этиология, дифференциальная диагностика, клиника, лечение.
105. Реактивно-Дистрофические изменения слюнных желез. Болезнь Шегрена.
106. Профилактика В – гепатита и ВИЧ инфекции в отделении хирургической стоматологии.
107. Острый эпидемический паратит. Дифференциальная диагностика.
108. Специфические заболевания ЧЛЮ. Актиномекоз и его форма. Туберкулез.
109. Блокада двигательных волокон нижнечелюстного нерва. Топографическая анатомия . Методика проведения.
110. Хронический сиалодохит. Клиника, диагностика, лечение.

5.2. Темы курсовых работ (проектов)

Учебным планом не предусмотрено написание курсовых работ по дисциплине.

5.3. Фонд оценочных средств

ТЕСТ. Перечень тестовых вопросов согласно тематике раздела в ПРИЛОЖЕНИИ №2
 ДОКЛАД С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ. Студент самостоятельно выбирает тему доклада в соответствии с темой раздела
 Пути проникновения и распространения инфекционного процесса в мягких тканях. Общая клиническая характеристика абсцессов и флегмон околочелюстных и смежных с ними областей. Топическая и дефференциальная диагностика. Флегмона дна полости рта и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны. Гнилостно-никротическая флегмона лица и шеи.
 Абсцесс и флегмона поверхностных и глубоких областей средней зоны лица: щечной, скуловой, подглазничной, височной , подвисочной, крыловидно-небной ямки. Особенности лечения флегмоны глазницы.
 Проявление ВИЧ- инфекции в ЧЛЮ.
 Неодонтогенные воспалительные заболевания лица.
 Фурункул, карбункул. Клиника, лечение, предупреждение осложнений.

Актиномикоз челюстно-лицевой области и шеи.
Туберкулез челюстно-лицевой области.
Дифтерия.
СПИД. Проявление в ЧЛЮ. Профилактика.
Сифилис. Проявление в ЧЛЮ. Профилактика.
Классификация. Методы обследования слюнных желез.

ТЕОРИТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ

Перечень теоритических вопросов из п. 5.1 согласно тематики раздела.

5.4. Перечень видов оценочных средств

Тест
Доклад с презентацией
Реферат
Теоретические задания
Ситуационная задача
Шкала оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ №3

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л1.1	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010
Л1.2	Шаргородский А.Г.	Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: Руководство для врачей	М.: ГЭОТАР-МЕД 2002

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л2.1	Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И.	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство: учебное пособие	М.: ГЭОТАР-Медиа 2010

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
Л3.1	Мамытова А.Б., Айдарбекова А.А., Тургунбаев У.А., Касенова Н.С.	Онкостоматология, лучевая терапия и химиотерапия: Учебное пособие	Бишкек: Изд-во КPCY 2017

6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционно-образовательные технологии - лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщения знаний и способов действий передаваемых студентам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Практические занятия чаще всего проводятся непосредственно на базе хирургической клиники с обязательным посещением больных.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – занятия, которые формируют системные мышления и способность генерировать идеи при решения различных творческих задач, к ним относятся занятия в муляжном симуляционном центре. Так же практические занятия при проведении которых используются методики мозгового штурма.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование студентом компьютерной техники и интернет ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы а так же для ознакомления с интернет – источниками, фото-видео материалами по соответствующему разделу. Подготовка преподавателем лекция – презентаций.
6.3.1.4	
6.3.1.5	

6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	stomatologclub.ru
6.3.2.2	http://www.e-stomatology.ru/link/common/
6.3.2.3	http://neostom.ru/
6.3.2.4	Электронная библиотека КPCY - www.lib.krsu.edu.kg

6.3.2.5	Электронная библиотека МЗ КР
---------	------------------------------

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Стоматологическое отделение Мед. центра КРСУ.
7.2	Национальный госпиталь МЗ КР отд. челюстно-лицевой хирургии.
7.3	Городская стоматологическая поликлиника № 4.
7.4	Национальный центр охраны материнства и детства.
7.5	Национальный центр онкологии.
7.6	ОсОО Стоматология.
7.7	Учебно-научный центр стоматологии при КГМА.
7.8	
7.9	Специальные помещения:
7.10	Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа, текущего контроля и промежуточной аттестации и др. на 112 рабочих мест, оборудованная специализированной (учебной) мебелью (столы, стулья, доска аудиторная, интерактивная доска); набором демонстрационного оборудования для представления информации: мультимедиапроектор, компьютер.
7.11	Отделения базовых лечебно-профилактических учреждений города Бишкек.
7.12	
7.13	Компьютерный класс (учебная аудитория) для групповых и индивидуальных консультаций, для проведения курсового проектирования (выполнения курсовых работ), организации самостоятельной работы, в том числе, научно-исследовательской, оборудованная учебной мебелью на 14 посадочных мест, компьютерами с неограниченным доступом к сети Интернет, включая доступ к ЭБС.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Технологические карты дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 4 МОДУЛЬНЫЙ КОНТРОЛЬ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ВКЛЮЧАЕТ:

1. Текущий контроль: усвоение учебного материала на аудиторных занятиях (лекциях, практических, в том числе учитывается посещение и активность) и выполнение обязательных заданий для самостоятельной работы
2. Рубежный контроль: проверка полноты знаний и умений по материалу модуля в целом. Выполнение модульных контрольных заданий проводится в письменном виде и является обязательной компонентой модульного контроля.
3. Промежуточный контроль - завершенная задокументированная часть учебной дисциплины (5 семестр - зачет, 6 семестр - экзамен) — совокупность тесно связанных между собой зачетных модулей.

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРОМЕЖУТОЧНОМУ КОНТРОЛЮ

При явке на экзамены и зачёты студенты обязаны иметь при себе зачётные книжки, которые они предъявляют экзаменатору в начале экзамена или преподавателю на зачете. Преподавателю предоставляется право поставить зачёт без опроса, тем студентам, которые набрали более 60 баллов за текущий и рубежный контроли. На промежуточном контроле студент должен верно ответить на теоретические вопросы билета - (знать) и правильно выполнить ситуационную задачу (уметь, владеть).

Во время проведения промежуточного контроля преподаватель подводит итоги по курации большого студентами в течении семестра.

Оценка промежуточного контроля:

- min 20 баллов - Вопросы для проверки уровня обученности ЗНАТЬ (в случае, если при ответах на заданные вопросы студент правильно формулирует основные понятия)
- 20-25 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)
- 25-30 баллов - Задания для проверки уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ (в случае полного выполнения контрольного задания)

ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ К ТЕКУЩЕМУ КОНТРОЛЮ.

I. При построении практического занятия преподаватели придерживаются следующего общего ориентировочного плана:

- 1) Организационный этап занятия (время — до 2%):
 - а) перекличка;
 - б) задание на дом следующей темы;
 - в) мотивация темы данного практического занятия;
 - г) ознакомление студентов с целями и планом занятия;
- 2) Контроль и коррекция исходного уровня знаний (время - до 20%):
 - а) варианты тестового контроля I и III уровня;
 - б) коррекция преподавателем теоретических знаний студентов;
- 3) Этап демонстрации преподавателем практических навыков и/или тематических больных (время — до 15%);
- 4) Этап самостоятельной работы студентов у постели больного (время — до 45%);

5) Заключительный этап занятия (время — до 18%):

- а) итоговый заключительный контроль сформированных практических навыков и умений при разборе больших, обследованных студентами
- б) итоговый заключительный контроль сформированных теоретических знаний и умений, в том числе с помощью решения ситуационных клинических задач;
- в) подведение итогов практического занятия (характеристика преподавателем выполнения студентами всех целей занятия и индивидуальная оценка знаний и навыков).

И. РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТА

1. Советы по планированию и организации времени, необходимого для изучения дисциплины.

Рекомендуется следующим образом организовать время, необходимое для изучения дисциплины:

Изучение конспекта лекции в тот же день, после лекции — 10-15 минут.

Изучение конспекта лекции за день перед следующей лекцией — 10-15 минут.

Изучение теоретического материала по учебнику и конспекту — 1 час в неделю.

Подготовка к практическому занятию — 2 час.

Всего в неделю — 3 часа 30 минут.

2. Описание последовательности действий студента

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

После прослушивания лекции и окончания учебных занятий, при подготовке к занятиям следующего дня, нужно сначала просмотреть и обдумать текст лекции, прослушанной сегодня (10-15 минут).

При подготовке к лекции следующего дня, нужно просмотреть текст предыдущей лекции, подумать о том, какая может быть тема следующей лекции (10-15 минут).

В течение недели выбрать время (1-час) для работы с рекомендуемой литературой в библиотеке.

При подготовке к практическим занятиям следующего дня, необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме домашнего задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи.

3. Рекомендации по использованию материалов учебно-методического комплекса.

Рекомендуется использовать методические указания по курсу и текст лекций преподавателя.

4. Рекомендации по работе с литературой.

Теоретический материал курса становится более понятным, когда дополнительно к прослушиванию лекции и изучению конспекта, изучаются и книги. Легче освоить курс, придерживаясь одного учебника и конспекта. Рекомендуется, кроме «заучивания» материала, добиться состояния понимания изучаемой темы дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько простых упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?.

5. Советы по подготовке к рубежному и промежуточному контролю.

Дополнительно к изучению конспектов лекции необходимо пользоваться учебником. Кроме «заучивания» материала, очень важно добиться состояния понимания изучаемых тем дисциплины. С этой целью рекомендуется после изучения очередного параграфа выполнить несколько упражнений на данную тему. Кроме того, очень полезно мысленно задать себе следующие вопросы (и попробовать ответить на них): о чем этот параграф?, какие новые понятия введены, каков их смысл?, что даст это на практике?. При подготовке к промежуточному контролю нужно изучить теорию: определения всех понятий и подходы к оцениванию до состояния понимания материала и самостоятельно решить несколько типовых задач из каждой темы. При решении задач всегда необходимо уметь качественно интерпретировать итог решения.

6. Указания по организации работы по выполнению домашних заданий. При выполнении домашних заданий необходимо сначала прочитать основные понятия и подходы по теме задания. При выполнении упражнения или задачи нужно сначала понять, что требуется в задаче, какой теоретический материал нужно использовать, наметить план решения задачи, а затем приступить к расчетам и сделать качественный вывод.

7. 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.

8. Отработки пропущенных занятий.

Контроль над усвоением студентами 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 или подготовки реферата по материалам пропущенной лекции в течение месяца со дня пропуска. Возможны и другие методы отработки пропущенных лекций (опрос на практический, тестовый контроль и т.д.).

Отработка практических занятий.

- Каждое занятие, пропущенное студентом 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 студентом без уважительной причины семинарские 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.

- Студент, не отработавший пропуск в установленные сроки, допускается к очередным занятиям только при наличии разрешения декана или его заместителя в письменной форме. Не разрешается устранение от очередного семинарского занятия студентов, слабо подготовленных к данным занятиям.

- 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 студентов от отработок некоторых пропущенных занятий.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПОДГОТОВКЕ ПРЕЗЕНТАЦИИ

Мультимедийные презентации - это вид самостоятельной работы студентов по созданию наглядных информационных пособий, выполненных с помощью мультимедийной компьютерной программы PowerPoint. Этот вид работы требует координации навыков студента по сбору, систематизации, переработке информации, оформления её в виде подборки материалов, кратко отражающих основные вопросы изучаемой темы, в электронном виде. То есть создание материалов-презентаций расширяет методы и средства обработки и представления учебной информации, формирует у студентов навыки работы на компьютере.

Материалы-презентации готовятся студентом в виде слайдов с использованием программы Microsoft PowerPoint.

Требование к студентам по подготовке презентации и ее защите на занятиях в виде доклада.

1. Тема презентации выбирается студентом из предложенного списка ФОС и должна быть согласованна с преподавателем и соответствовать теме занятия.

2. Этапы подготовки презентации

Составление плана презентации (постановка задачи; цели данной работы)

Продумывание каждого слайда (на первых порах это можно делать вручную на бумаге), при этом важно ответить на вопросы:

- как идея этого слайда раскрывает основную идею всей презентации?
- что будет на слайде?
- что будет говориться?
- как будет сделан переход к следующему слайду?

3. Изготовление презентации с помощью MS PowerPoint:

- Имеет смысл быть аккуратным. Неряшливо сделанные слайды (разнобой в шрифтах и отступах, опечатки, типографические ошибки в формулах) вызывают подозрение, что и к содержательным вопросам студент - докладчик подошёл спустя рукава.
- Титульная страница необходима, чтобы представить аудитории Вас и тему Вашего доклада.
- Количество слайдов не более 30.
- Оптимальное число строк на слайде — от 6 до 11.
- Распространённая ошибка — читать слайд дословно. Лучше всего, если на слайде будет написана подробная информация (определения, формулы), а словами будет рассказываться их содержательный смысл. Информация на слайде может быть более формальной и строго изложенной, чем в речи.
- Оптимальная скорость переключения — один слайд за 1-2 минуты.
- Приветствуется в презентации использовать больше рисунков, картинок, формул, графиков, таблиц. Можно использовать эффекты анимации.
- При объяснении таблиц необходимо говорить, чему соответствуют строки, а чему — столбцы.
- Вводите только те обозначения и понятия, без которых понимание основных идей доклада невозможно.
- В коротком выступлении нельзя повторять одну и ту же мысль, пусть другими словами — время дорого.
- Любая фраза должна говорить за чем-то. Тогда выступление будет цельным и оставит хорошее впечатление.
- Последний слайд с выводами в коротких презентациях проговаривать не надо.
- Если на слайде много формул, рекомендуется набирать его полностью в MS Word (иначе формулы придется размещать и выравнивать на слайде вручную). Для этого удобно сделать заготовку — пустой слайд с одним большим Word-объектом «Вставка / Объект / Документ Microsoft Word», подобрать один раз его размеры и размножить на нужное число слайдов. Основной шрифт в тексте и формулах рекомендуется изменить на Arial или ему подобный; шрифт Times плохо смотрится издалека. Обязательно установите в MathType основной размер шрифта равным основному размеру шрифта в тексте. Никогда не выравнивайте размер формулы вручную, вытягивая ее за уголок.

4. Студент обязан подготовить и выступить с докладом в строго отведенное время преподавателем, и в срок.

5. Инструкция докладчикам.

- сообщать новую информацию;
- использовать технические средства;
- знать и хорошо ориентироваться в теме всей презентации;
- уметь дискутировать и быстро отвечать на вопросы;
- четко выполнять установленный регламент: докладчик - 10 мин.; дискуссия - 5 мин.;

Необходимо помнить, что выступление состоит из трех частей: вступление, основная часть и заключение.

Вступление помогает обеспечить успех выступления по любой тематике. Вступление должно содержать:

- название презентации;
- сообщение основной идеи;
- современную оценку предмета изложения;
- краткое перечисление рассматриваемых вопросов;
- живую интересную форму изложения;

Основная часть, в которой выступающий должен глубоко раскрыть суть затронутой темы, обычно строится по принципу отчета. Задача основной части - представить достаточно данных для того, чтобы слушатели и заинтересовались темой и захотели ознакомиться с материалами. При этом логическая структура теоретического блока не должны даваться без наглядных пособий, аудио - визуальных и визуальных материалов.

Заключение - это ясное четкое обобщение и краткие выводы, которых всегда ждут слушатели.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО НАПИСАНИЮ РЕФЕРАТА

Тема реферата выбирается по согласованию с преподавателем. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как общетеоретические положения, так и конкретные примеры.

Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников. Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы: "Вестник КРСУ", "Здравоохранение Кыргызстана", "Вестник КГМА" и др, а также газеты специализирующиеся на медицинской тематике.

План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации.

Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А- 4). Начинается с титульного листа, в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы студента, номер академической группы, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "ГЭОТАР-Медиа", "Прогресс", "Мир", "Издательство МГУ" и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий: ^,

-Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том . № . Страницы от до .

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от до .

Ситуационная задача № 1.

Больная Н 30 л. обратилась в ЧЛХ с жалобами на сильные боли в области ВНЧС справа, невозможность смыкания зубов, слюнотечение .

Из анамнеза установлено, что больная 1 час назад широко зевнула , после чего не смогла закрыть рот. Внешне : асимметрия лица , рот приоткрыт, отклонение нижней челюсти – в левую сторону. Пальпация области ВНЧС через кожу спереди от козелка ушной раковины болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.
3. Возможные осложнения

Ситуационные задачи ЧЛГХ 5 курс экзамен

Ситуационная задача № 1.

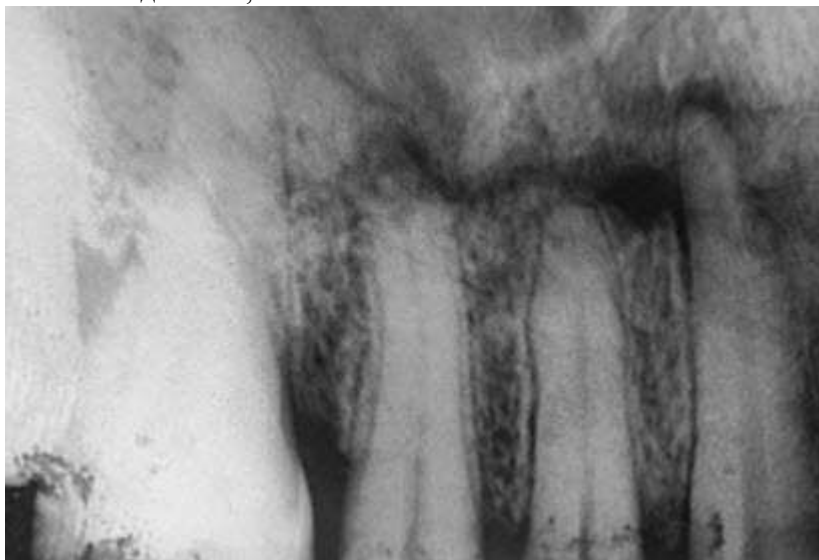
Больная Н 30 л. обратилась в ЧЛХ с жалобами на сильные боли в области ВНЧС справа, невозможность смыкания зубов, слюнотечение .

Из анамнеза установлено, что больная 1 час назад широко зевнула , после чего не смогла закрыть рот. Внешне : ассиметрия лица, рот приоткрыт, отклонение нижней челюсти – в левую сторону. Пальпация области ВНЧС через кожу кпереди от козелка ушной раковины болезненна.

1. Поставьте диагноз.
2. План лечения.
3. Возможные осложнения

Ситуационная задача №2

Машина скорой помощи доставила пострадавшего в стоматологическую поликлинику. На Рентген- снимке диагностирован перелом альвеолярного отростка от 3 до 5 зуба слева, перелом 1 и 2 зуба слева, на уровне шейки. Перелом корня 23 зуба. Местно отмечается отек мягких тканей верхней губы и подглазничной области слева, кожа над отеком в цвете не изменена, в складку берется, рот открывается свободно, отмечается отек мягких тканей в области 23,24,25 зубов , коронки 24,25 зубов отсутствуют, зубы подвижны II степени, 23 зуб подвижен III степени. Поставьте диагноз , ваш план лечения.



Ситуационная задача №3

Больной К. 28 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области угла нижней челюсти слева. Усиливающиеся при жевании, затрудненный прием пищи. 2 суток тому назад больной получил травму в области лица с лева, терял сознание. Симптом прямой нагрузки положителен, рот открывается на 2 см. прикус нарушен.

- 1.. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз



Ситуационная задача №4.

Больной Л. 26 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области угла нижней челюсти слева, усиливающиеся при открывании рта. 2 суток тому назад больной получил удар кулаком в лицо, терял сознание. В области угла нижней челюсти слева определяется отек мягких тканей в области угла нижней челюсти слева, кожа над отеком в цвете не изменена в складку берется, при пальпации болезненная. Симптом прямой нагрузки положителен. Рот открывается на 2 см. Прикус нарушен.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести больному для уточнения диагноза.

Ситуационная задача №5

Больной Г. 34 г. Обратился в ЧЛХ, с жалобами на боли в зубах во фронтальном отделе. При рентгенологическом обследовании альвеолярного отростка верхней челюсти обнаружено нарушение целостности корня 11 зуба в области верхушки. В анамнезе больной отмечает травму-полученную 1 день назад.

1. Диагноз



2. Тактика врача

Ситуационная задача №6

Больной К 34 г. обратился в ЧЛХ. Жалобы на подвижность зубов во фронтальном отделе верхней челюсти. Из анамнеза: получил травму 4 часа назад во время игры в футбол. Поврежденный зуб подвижен.

1. Поставьте диагноз

2. План лечения
3. Дополнительные методы обследования
4. Исход лечения



Ситуационная задача №7

Больной Д. 24 л. обратился в отделение ЧЛХ с жалобами на боль в области верхней челюсти с двух сторон, кровотечение из полости носа, невозможность плотного смыкания зубных рядов, удлинение средней зоны лица. Из анамнеза : около часа назад попал в ДТП , сознания не терял. На вопросы отвечает вяло, отмечает сильную головную боль , тошноту, головокружение.

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования вы можете использовать?

Ситуационная задача №8

Пострадавший Б., 18 лет, обратился к врачу через 3 суток после травмы нижней губы. При осмотре – состояние удовлетворительное, температура тела – 37,0. Края раны отечны, кожа вокруг гиперемирована. Края раны покрыты серым налетом, имеется скудное гнойное отделяемое. Подбородочные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Ваш диагноз
2. Какова тактика врача в отношении раны?

Ситуационная задача №9

На прием обратился пострадавший А., 22 лет, с жалобами на наличие раны верхней губы, вывихнутый зуб , головную боль, головокружение. Из анамнеза известно, что травму получил в результате избиения неизвестным лицом , сознание терял кратковременно. После удара была кратковременная потеря сознания, однократная рвота, не принесящая облегчения.

1. Поставьте диагноз
2. Какие дополнительные методы исследования вы можете использовать?



Ситуационная задача №10

Больной М., 36 лет, жалуется на резкие боли в области 13 от любых раздражителей. Травма на производстве час назад. Объективно: отек тканей верхней губы, сквозная рана 1x1 см, покрыта сгустком, 13 – коронка отсутствует, на месте отлома зуба , выбухает ярко-красная ткань пульпы, резко болезненная при дотрагивании.

1. Поставить диагноз
2. Лечение

Ситуационная задача №11

Больной К. 19 лет, во время игры в футбол упал и получил травму переднего отдела верхней челюсти. При осмотре выяснилось, что 12, 11, 21, 22 выдвинуты из лунок, подвижны и смещены в небную сторону. Кроме того, отмечается разрыв слизистой оболочки в области указанных зубов и кровоизлияние.

1. Установить вид травмы
2. Поставить диагноз

Ситуационная задача №12

Больной К., 26 лет, обратился через день после травмы в стоматологическую поликлинику. Установлен диагноз: перелом альвеолярного отростка верхней челюсти на уровне 11, 21, 23 со смещением 23 в линии перелома, 1/3 его коронки отломана.

1. Ваш план лечения

Ситуационная задача №13

У больного перелом нижней челюсти в области подбородочного отдела слева. Костные фрагменты оголены, подвижны, резко подвижны . Отмечается полная вторичная адентия.

1. План лечения
2. Определите способ иммобилизации отломков челюстей

Ситуационная задача №14

В клинику челюстно-лицевого отделения поступил больной с жалобами на боли в области угла нижней челюсти слева, нарушение прикуса, боли при глотании, отек мягких тканей в подчелюстной области слева, t до 39°C . Локально : отмечается нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей в подчелюстной области слева, кожа над отеком гиперимированная в складку не берется, пальпаторно определяется разлитой болезненной инфильтрат. Открывание рта ограничено до 1,0 см болезненно , отмечается положительный симптом нагрузки с патологической подвижностью костных фрагментов нижней челюсти в области угла слева. Прикус нарушен. Из анализа: получил травму 10 дней назад в состоянии алкогольного опьянения.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы диагностики необходимо применить?
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №15

Больной попал в ДТП и получил травму в подбородочную область, после чего почувствовал резкую боль в области подбородка и ВНЧС слева. При осмотре – кровоизлияние в мягкие ткани подбородка, патологическая подвижность в области 31, 41 зубов, припухлость в верхнем отделе околоушно-жевательной области слева и болезненная пальпация, прикус нарушен.

1. Укажите методы диагностики.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.



Ситуационная задача №16

Больной 45 лет получил производственную травму час назад. При осмотре : пострадавший заторможен, головная боль, тошнота. Лицо удлинено. Из носа кровотечение, дыхание через нос отсутствует. Прикус открытый.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

Ситуационная задача №17

У больного Д. поступил с жалобами на боли и отек мягких тканей в области носа, а также кровотечение из него. Из анамнеза 1 час назад получил травму в результате падения.

Объективно: отмечается кровотечение из обеих половин носа, отек мягких тканей носа пальпаторно отмечается симптом крепитации отломков в области перегородки носа. Со стороны полости рта без особенностей.

1. Диагноз
2. Составьте план лечения

Ситуационная задача №18

Больной Б. доставлен после ДТП, которое произошло часом ранее. Больной без сознания, дыхание сохранено, отмечается множественные ссадины и раны лица, а также разлитой отек мягких тканей лица. Со стороны полости рта прикус нарушен отмечается патологическая подвижность костных фрагментов верхней и нижней челюстей.

На данных КТ – исследований отмечается множественный перелом костей черепа.

1. План лечения



Ситуационная задача №19

Больной К., 23-х лет, обратился с жалобами на подвижность 11 и 12, множественные сколы на передних зубах верхней челюсти.

Анамнез: три дня назад после удара, появилась резкая боль, подвижность 12, приступ боли от холодной и горячей пищи, при надкусывании, покачивании зуба, а также в ночное время.

При внешнем осмотре: незначительная деформация верхней губы справа за счет отека мягких тканей и гематомы. На слизистой оболочке верхней губы – ссадины.

подвижность коронок 11,12 II степени, при пальпации – боль в десне на 3 – 4 мм выше десневого края, резкая боль от холодного, при перкуссии. Множественные трещины, сколы эмали 12, 11.

На внутриротовой рентгенограмме линия просветления на твердых тканях проходит в косом направлении средней трети корня 12.

1. Поставьте диагноз.
2. С помощью какого метода исследования можно определить витальность пульпы травмированных зубов?
3. Какова тактика врача при таком переломе зуба?

Ситуационная задача № 20

В отделение челюстно-лицевой хирургии был доставлен больной после автоаварии. Больной в сознании, на вопросы отвечает, адекватен. Из анамнеза: в момент столкновения он ударился о спинку сидения автомобиля. В момент удара сознание не терял, рвоты не было, тошноты также не отмечалось. Было кровотечение изо рта в течение 30 минут с момента травмы. При осмотре определяется отек верхней губы, на коже которой имеются мелкие ссадины. В полости рта смыкание зубов не нарушено.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 21

В клинику обратился больной с наличием раны в щечной области слева, длинной до 3 см. Края раны неровные, глубина до мышечного слоя, рана покрыта корочкой, края раны слабо гиперемизированные, отечные. С момента травмы прошло 2,5 суток.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите вид хирургической обработки.
3. Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 22

У больного с наличием раны щечной области слева, через неделю после проведения ПХО произошло нагноение раны, а еще через неделю открылось кровотечение.

1. Следствием чего может быть кровотечение?
2. Как оно называется?

Ситуационная задача № 23

В отделение челюстно-лицевой хирургии был госпитализирован больной с обширной раной правой половины лица. Рана получена в следствии удара разбитой бутылкой, умеренно кровоточит, мягкие ткани отечные, края раны неровные.

1. Каких данных недостаточно для постановки диагноза?
2. Назначьте план обследования.
3. Назовите вид оперативного лечения, и отчего он будет зависеть.

Ситуационная задача № 24

Больной жалуется на боли в левой скуловой области и ограничение открывания рта, онемение верхней губы и крыла носа слева. Из анамнеза: травму получил 2 часа назад, в результате драки. При осмотре отмечается западание тканей левой скуловой дуги. По нижнему краю глазницы отмечается симптом «ступеньки».

1. Поставьте предварительный диагноз,
2. Обследуйте больного.

Ситуационная задача № 25

Больной 15 дней назад получил удар кулаком в лицо. После травмы было кровотечение из носа, возникла припухлость тканей в области носа. Когда припухлость прошла, больной обнаружил деформацию носа. Локально: выявлено искривление спинки носа вправо и западание в области ската носа слева. Носовое дыхание левой половины затруднено. Патологическая подвижность в области костей носа не определяется, пальпация слегка болезненна.

1. Поставьте диагноз
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 26

Больной доставлен в отделение на носилках через 40 минут после автоаварии. Терял сознание, на сколько не помнит во время транспортировки дважды была рвота. В области кожи лба и носа множественные ссадины, значительных размеров гематома. Местно: при осмотре лица отмечается асимметрия, за счет западания спинки носа, пальпация носа резко болезненна, определяется, патологическая подвижность носовых костей, крепитация мягких тканей, из носовых ходов умеренное кровотечение. Носовое дыхание затруднено. Ваша тактика?

Ситуационная задача № 27

Больной, 70 лет, жалуется на затрудненное открывание рта, онемение в подглазничной области и левой половине верхней губы. 10 дней назад по пути с работы упал и ударился лицом о бордюр. Сознание не терял, рвоты и тошноты не было. Отмечал незначительное кровотечение из носа, отек и гематому в левой скуловой области. Лечился компрессами, за медицинской помощью не обращался. Общее состояние удовлетворительное. Местно: кожные покровы в цвете не изменены, имеется западание левой скуловой области, «ступенька» по нижнему краю глазницы. Рот открывается на 1,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Выберите наиболее рациональный метод оперативного лечения.

Ситуационная задача №28

У больного М. после травмы ЧЛЮ развился значительный отек лица, появилось кровоизлияние в нижние веки с обеих сторон, парестезия кожи подглазничной области, кровотечение из носа. Пальпаторно: определяется

острый костный выступ по нижнему краю глазницы с обеих сторон. Имеется кровоизлияние в переходную складку у первых верхних моляров.

1. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 29

После автоаварии каретой скорой помощи в клинику доставлен больной с небольшим отеком лица. Отмечается кровоизлияние в подглазничные области слева и справа. Слева расходящееся косоглазие. Из носа выделяется розоватая с мелкими кровяными сгустками жидкость. Парестезия нижнего века, крыла носа и верхней губы справа. Острые костные выступы – на нижнем крае глазницы справа и лобном отростке верхней челюсти слева. Прикус нарушен. Кровоизлияние в переходную складку у 17 и 16, а также переднюю небную дужку слева.

1. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача № 30

Больной 24 лет, после бытовой травмы отмечает кратковременную потерю сознания, тошноту. Жалуется на боли в области верхней челюсти, кровотечение из носа. В анамнезе у больного сотрясение головного мозга, хронический гастрит и левосторонний гайморит. Локально: отмечается отек мягких тканей среднего отдела лица, спинка носа деформирована, глазные щели сужены, за счет отека верхних и нижних век, кровоизлияние в склеру. Пальпаторно: острые костные выступы в области спинки носа, пальпация болезненна. Рот открывает в полном объеме носовое дыхание нарушено. На слизистой оболочке переходной складки и верхней губы обнаружена неглубокая ушибленно-рваная рана. 12, 11, 21, 22 подвижны. Прикус не нарушен.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Ситуационная задача № 31

Больной А., 27 лет, обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на подвижность фрагментов нижней челюсти слева, нарушение прикуса, затрудненный, болезненный прием пищи. Из анамнеза: месяц назад в течение недели лечился в стационаре по поводу перелома угла нижней челюсти слева, затем амбулаторно наблюдался в поликлинике по месту жительства, где были сняты шины на 5 неделе после травмы. Была обнаружена подвижность фрагментов нижней челюсти. Был направлен на оперативное лечение. При осмотре конфигурация лица не изменена, признаков воспаления в области перелома нет. Со стороны полости рта: отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти слева, пальпация безболезненна. При рентгенологическом исследовании определяется линия перелома в области угла нижней челюсти слева, расхождение фрагментов челюсти до 1.5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана больному.

Ситуационная задача № 32

Больной В., 32 года, поступил в клинику с жалобами на припухлость в подчелюстной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза: 5 недель назад получил удар в область нижней челюсти справа. К врачу обратился через неделю после травмы, с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия двухчелюстных шин снова появилась умеренная припухлость в подчелюстной области справа, кожная над припухлостью гиперемирована, отечна. В области тела нижней челюсти справа имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. По общему статусу состояние больного удовлетворительное. 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?

Ситуационная задача № 33

Больной Р., 48 лет, обратился в клинику с диагнозом: травматический остеомиелит нижней челюсти справа. Жалобы предъявляет на подвижность фрагментов нижней челюсти, наличие деформирующих рубцов щечной области справа. Из анамнеза выяснено, что 3 года назад попал в автоаварию. Проводили ПХО ран лица, наложение двухчелюстной шины, отмечалось осложненное заживление. 1,5 мес. назад во время драки получил травму в области угла нижней челюсти справа, к врачу не обращался лечился дома. Заметил подвижность фрагментов нижней челюсти справа. При местном осмотре конфигурация лица изменена за счет рубцовой деформации щечной области справа, признаков воспаления нет. Отмечается подвижность фрагментов в области угла нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Есть ли связь между наличием рубцов и подвижностью фрагментов нижней челюсти?

Ситуационная задача № 34

В клинику обратился больной с жалобами на отек верхней губы, боли в этой области. Из анамнеза выяснено, что около 16 часов назад получил удар тупым предметом в область губ. За помощью не обращался. При осмотре верхняя губа отечна, на слизистой верхней губы с вестибулярной стороны имеется множество мелких ушибов. Смыкание зубов не нарушено.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения.

Ситуационная задача № 35

Больной Ж., 35 лет обратился в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на боли и припухлость в области нижней челюсти слева, затрудненный прием пищи, боли при глотании, нарушение прикуса. Со слов

больного травму получил сутки назад во время драки. В момент травмы сознание не терял. Рвоты, тошноты не отмечал. Местно: при осмотре лицо асимметрично за счет отека мягких тканей в области тела нижней челюсти слева. Кожа над отеком в цвете не изменена. Симптом прямой нагрузки на подбородок положительный.

Открывание рта ограничено до 1,5 см, болезненно. Со стороны полости рта: слизистая оболочка между 46 и 45 зубами надорвана. Прикус нарушен.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план комплексного лечения.

Ситуационная задача № 36

Больной А. 32 г. обратился в отделение ЧЛХ после травмы в результате ДТП. Объективно: Наблюдается отек верхних отделов лица, носовое кровотечение, удлинение срединной зоны лица, нарушение прикуса, патологическая подвижность костных фрагментов верхней челюсти.

1. Поставьте диагноз
2. Какое дополнительное обследование необходимо сделать больному
3. Какова будет тактика лечения

Ситуационная задача №37

Больной М. 19 лет обратился в отделение ЧЛХ, в результате падения появился отек нижних отделов лица, нарушение прикуса, невозможность приема пищи.

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Надо ли проводить дополнительные методы исследования

Ситуационная задача №38

Больная А 34 года поступила в отделение ЧЛХ с жалобами на кровотечение из носа с права, ограничение открывания рта, чувство онемения кожи подглазничной области справа. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет западения скуловой области справа, пальпаторно в области скуловерхнечелюстного шва справа симптом “ступеньки”

1. Поставьте диагноз
2. Какой вид RN исследования необходимо провести

Ситуационная задача №39

Больной Н. 20 лет, обратился с жалобами на припухлости нижней и верхней губ, на приступообразные боли иррадирующего характера в области фронтальных зууов верхней челюсти.

Из анамнеза выявлено, что 5 часов тому назад получил удар в лицо. Сознание не терял тошноты не было.

Объективно: отек мягких тканей верхней и нижней губы. На красной кайме верхней губы- рана глубиной около 1 см. Рот открывается в полном объеме. Перелом коронки 21 зуба в области латерального угла коронки, корневая пульпа обнажена, резкая боль от прикосновения, на температурные раздражители. 11 смещен в небную сторону,

резкая боль при перкуссии, из под десны сукровичное отделяемое. Скол медиального угла режущего края в пределах дентина 12 зуба, зондирование болезненно. Клыки, премоляры и моляры верхней челюсти устойчивы, интактны. Слизистая оболочка полости рта без видимых патологических изменений.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

III

1. Поставьте развернутый диагноз
2. Проведите дополнительное обследование
3. Окажите неотложную помощь

Ситуационная задача №40

В клинику обратился больной 28 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающуюся при ее движении и, жевании, неправильное смыкание зубов.

Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При наружном осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии. При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует.

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

СРП

На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

1. Поставьте развернутый диагноз
2. За счет каких мышц произошло смещение отломков?
3. Определите объем вмешательства.

Ситуационная задача №41

Мужчина получил удар кулаком в лицо час назад. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей, гематома в области нижней челюсти, нарушение прикуса, симптом «ступеньки» по нижнечелюстному краю, крепитация отломков.

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи

Ситуационная задача №42

Во время падения мужчина ударился головой об асфальт. Жалуется на сильную головную боль, тошноту, головокружение. При осмотре: сознание спутанное, кожные покровы бледные, пульс 62-64 удара в минуту. В

височной области слева припухлость мягких тканей , из левого уха небольшое кровотечение. Больной избегает смотреть на свет . Левый зрачок несколько шире правого.

1. Определите неотложное состояние пациента
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.

Ситуационная задача №43

У женщины при удалении нижнего маляра появились боли в скуловой области. Рот полуоткрыт, подбородок выступает вперед. Под скуловыми дугами впереди суставного бугорка определяется выпячивание.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте алгоритм доврачебной помощи.

Ситуационная задача №44

В результате удара по переносице кулаком началось обильное выделение крови. Больной беспокоен, сплевывает кровь, частично ее проглатывает.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи
3. Продемонстрируйте технику остановки носового кровотечения.

ЗГШ. Итоговые тесты. 1 вариант**1. Передней границей окологлоточного пространства является:**

- А) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- Б) нижний край тела нижней челюсти
- В) задний край ветви нижней челюсти
- Г) крыловидно-челюстной шов

2. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- А) медиальная крыловидная мышца
- Б)латеральная крыловидная мышца
- В) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- Г) щечно-глоточный шов

3. В заднем отделе окологлоточного пространства находится:

- А) рыхлая и жирная клетчатка
- Б) лимфатические узлы
- В) наружная яремная вена

4. В переднем отделе окологлоточного пространства находится:

- А) рыхлая и жирная клетчатка
- Б) лимфатические узлы
- В) наружная яремная вена

5. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:

- А) флегмона подглазничной области
- Б) флегмона щечной области
- В) флегмона скуловой области
- Г) флегмона лобной области

6. Осложнением абсцессов и флегмон скуловой области может быть:

- А) контрактура жевательной мышцы
- Б) остеомиелит скуловой области
- В) невралгия тройничного нерва
- Г) патологический перелом скуловой дуги

7. Оперативное вмешательство при флегмонах абсцессах скуловой области производят:

- А) с учетом хода ветвей лицевого нерва
- Б)с учетом хода лицевой артерии
- В) с учетом хода височной артерии

8. Задней границей скуловой области является:

- А) передний край жевательной мышцы
- Б) задний край скуловой кости
- В) бугор верхней челюсти
- Г) скуловисочный шов

9. Жировое тело щеки имеет :

- А) надглазничный отросток
- Б) подглазничный отросток
- В) глазничный отросток

10. Верхней границей скуловой области является:

- А) нижний край височной кости
- Б) передненижний отдел височной области

В) лобный отросток скуловой кости

11. В f. canina проходит:

- А) n.opthalmicus
- Б) n.infraorbitalis
- В) n.lacrimalis
- Г) n.maxillaris

12. Пути распространения инфекции из околоушно-жевательной области:

- А) позадичелюстная область
- Б) скуловая область
- В) подбородочная область

13. Подмассетериального пространство сообщается с:

- А) височной и позадичелюстной областью
- Б) подвисочным пространством
- В) подъязычным пространством

14. Нижней границей подмассетериального пространства является:

- А) край угла нижней челюсти
- Б) подъязычная кость
- В) щитовидная железа

15. Верхней границей подмассетериального пространства является:

- А) нижний край скуловой кости и скуловой дуги
- Б) верхний край скуловой кости
- В) нижний край височной кости

16. Клетчатка околоушно – жевательной области кпереди сообщается с:

- А) с клетчаткой скуловой и височной области
- Б) с клетчаткой позадичелюстной области и крыловидно-нижнечелюстного пространства
- В) с клетчаткой позадичелюстной области и окологлоточного пространства
- Г) с клетчаткой расположенной по наружной поверхности тела нижней челюсти и позадиомолярного треугольника

17. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

- А) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- Б) нижний край тела нижней челюсти
- В) задний край нижней челюсти
- Г) наружная поверхность тела нижней челюсти

18. Жевательная мышца с фасцией внизу прикрепляется к:

- А) жевательной бугристости угла нижней челюсти
- Б) к телу нижней челюсти
- В) к подъязычной кости
- Г) к ключице
- Д) к грудице

19. Наружной границей челюстно-язычного желобка является:

- А) челюстно-подъязычная мышца
- Б) слизистая оболочка дна полости рта
- В) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- Г) боковая поверхность корня языка
- Д) основание передней небной дужки

20. Нижней границей челюстно-язычного желобка является:

- А) челюстно-подъязычная мышца
- Б) слизистая оболочка дна полости рта

- В) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- Г) боковая поверхность корня языка
- Д) основание передней небной дуги

21. При абсцессе подъязычной области движения языком:

- А) болезненны
- Б) безболезненны

22. Лимфатический узел с наружи покрыт:

- А) фиброзной капсулой
- Б) соединительнотканной капсулой
- В) соединительной тканью

23. К синусам лимфоузла относятся:

- А) пещеристый
- Б) краевой
- В) кавернозный

24. Отток лимфы от дна полости рта происходит в:

- А) поднижнечелюстные лимфоузлы
- Б) подподбородочные лимфоузлы
- В) околоушные лимфоузлы
- Г) шейные лимфоузлы
- Д) медиальные заглочные
- Ж) глубокие шейные, подподбородочные лимфоузлы

25. Отток лимфы от зубов верхней челюсти происходит в:

- А) поднижнечелюстные лимфоузлы
- Б) подподбородочные лимфоузлы
- В) околоушные лимфоузлы
- Г) шейные лимфоузлы
- Д) медиальные заглочные

26. Абсцессы и флегмоны височной 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 околоушными тканями областей

27. Отток лимфы от кожи центральной части верхней губы и нижней губы происходит в:

- А) поднижнечелюстные лимфоузлы
- Б) подподбородочные лимфоузлы
- В) околоушные лимфоузлы
- Г) шейные лимфоузлы
- Д) медиальные заглочные

28. К синусам лимфоузла относятся:

- А) пещеристый
- Б) воротный
- В) кавернозный

29. Паренхима лимфоузла образована:

- А) фиброзной тканью
- Б) ретикулярной тканью
- В) соединительной тканью

30. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:

- А) околоушно-жевательное пространство
- Б) подподбородочное пространство
- В) подглазничное пространство

ЗГШ. Итоговые тесты.**2 вариант****1. Задней границей окологлоточного пространства является:**

- А) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- Б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- В) задний край ветви нижней челюсти
- Г) глоточный отросток фасции

2. Верхней границей окологлоточного пространства является:

- А) височная кость
- Б) скуловая кость
- В) основание черепа
- Г) верхняя челюсть

3. В заднем отделе окологлоточного пространства находится:

- А) внутренняя яремная вена
- Б) лимфатические узлы
- В) наружная яремная вена

4. Окологлоточное пространство делится на отделы следующими мышцами:

- А) медиальной и латеральной крыловидными
- Б) жевательной
- В) височной
- Г) шилоязычной, шилоглоточной, шилоподъязычной

5. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:

- А) острый гайморит
- Б) флегмона щечной области
- В) острый остеомиелит скуловой кости
- Г) флегмона лобной области

6. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:

- А) острый остеомиелит скуловой кости
- Б) острый остеомиелит лобной кости
- В) острый остеомиелит верхней челюсти
- Г) острый остеомиелит височной кости

7. Передней границей скуловой области является:

- А) нижний край скуловой кости
- Б) скулочелюстной шов
- В) боковая стенка носа

8. Из скуловой области инфекция распространяется в :

- А) подчелюстную область
- Б) височную область
- В) щечную область
- Г) околоушно-жевательную область

9. Жировое тело щеки имеет:

- А) надбровный отросток
- Б) височный отросток

- В) кралонебный отросток
- Г) подвисочный отросток

10. Нижней границей скуловой области является:

- А) передневерхний отдел щечной области
- Б) нижний край скуловой кости
- В) альвеолярный отросток верхней челюсти
- Г) нижний край тела нижней челюсти

11. В f. canina проходит:

- А) v.lacrimalis
- Б) v.lingualis
- В) v. angularis

12. Причиной развития флегмоны подмассетериального пространства является:

- А) затрудненное прорезывание 48,38 зубов
- Б) затрудненное прорезывание 28,18 зубов
- В) затрудненное прорезывание 46,36 зубов

13. Подмассетериальное пространство в переднем отделе сообщается с:

- А) с мышцами языка
- Б) жировым комком Биша
- В) подъязычной слюнной железой

14. Наружной границей подмассетериального пространства является:

- А) челюстно-подъязычная мышца
- Б) внутренняя поверхность собственной жевательной мышцы
- В) наружная поверхность собственно жевательной мышцы
- Г) подъязычно – язычная мышца

15. Клетчатка околоушно-жевательной области кзади и кверху сообщается с:

- А) с клетчаткой скуловой и височной области
- Б) с клетчаткой позадичелюстной области и крыловидно-нижнечелюстного пространства
- В) с клетчаткой позадичелюстной области и окологлоточного пространства

16. Жевательная мышца имеет:

- А) наружную и внутреннюю часть
- Б) поверхностную и глубокую часть
- В) поверхностную и наружную часть
- Г) внутреннюю и глубокую часть

17. Задней границей околоушно – жевательной области является:

- А) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- Б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- В) задний край ветви нижней челюсти
- Г) наружная поверхность тела нижней челюсти

18. В околоушно – жевательной области рыхлая клетчатка расположена:

- А) между жевательной мышцей и кожей
- Б) между жевательной мышцей и околоушной слюнной железой
- В) в околоушной слюнной железе
- Г) между глубокой и поверхностной частью жевательной мышцы

19. Верхней границей челюстно-язычного желобка является:

- А) челюстно-подъязычная мышца
- Б) слизистая оболочка дна полости рта
- В) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- Г) боковая поверхность корня языка

Д) основание передней небной дужки

20. Внутренней границей челюстно-язычного желобка является:

- А) челюстно-подъязычная мышца
- Б) слизистая оболочка дна полости рта
- В) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- Г) боковая поверхность корня языка
- Д) основание передней небной дужки

ЗГШ. Промежуточный тест.

1 вариант.

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) 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 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 под подбородочном 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) заднее 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 окологлазничными тканями областей

27. Согласно анатомо-топографической классификации окологлазничные 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 окологлазничными тканями областей

ЗГШ. Промежуточные тесты.

2 вариант

1. 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) абсцессам и флегмонам соседних с окологлазничными тканями областей

2. Абсцессы и флегмоны поднижнечелюстные 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 окологлазничными тканями областей

3. Согласно анатомо-топографической классификации окологлазничные абсцессы и флегмоны делятся на:

- А) поверхностные и глубокие
- Б) краевые и срединные
- В) поперечные и продольные

4. Где расположен щечный жировой комок(комок Биша)?

- А) расположен на щечной мышце

- Б) расположена между надкостницей тела верхней челюсти и мимическими мышцами
- В) расположен между нижней частью височной мышцы и латерально крыловидной мышцей

5. Щечной области абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к :

- А) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- Б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- В) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- Г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- Д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

6. Передненижней границей поднижнечелюстного пространства является:

- А) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- Б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- В) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- Г) наружная поверхность тела нижней челюсти

7. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:

- А) околоушно-жевательное пространство
- Б) подбородочное пространство
- В) подглазничное пространство

8. Пути распространения инфекции из подбородочного пространства:

- А) околоушно-жевательное пространство
- Б) подвисочное пространство
- В) подъязычное пространство

9. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:

- А) гематогенный
- Б) лимфогенный
- В) контактный
- Д) гематогенный, лимфогенный, контактный

10. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:

- А) сонная артерия
- Б) язычная артерия
- В) позвоночная артерия
- Г) лицевая артерия
- Д) поверхностная височная артерия

11. Задненижней границей поднижнечелюстного пространства является:

- А) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- Б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- В) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- Г) наружная поверхность тела нижней челюсти

12. В поднижнечелюстном треугольнике расположены:

- А) поднижнечелюстные лимфоузлы
- Б) подподбородочные лимфоузлы
- В) околоушные лимфоузлы
- Г) заглочные лимфоузлы

13. Передневерхней границей подбородочного пространства является:

- А) нижний край тела нижней челюсти
- Б) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- В) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- Г) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти

14. В поднижнечелюстном треугольнике различают следующие группы лимфоузлов:

- А) надчелюстные
- Б) подбородочные
- В) подчелюстные
- Г) передние ушные
- Д) позадиушные

15. Пути распространения инфекции из подбородочного пространства:

- А) поднижнечелюстное пространство
- Б) окологлоточное пространство
- В) щечная область

16. Согласно анатомо- топографической классификации околочелюстные абсцессы и флегмоны делятся на:

- А) поверхностные и глубокие
- Б) краевые и срединные
- В) поперечные и продольные

17. Укажите возможные пути распространения инфекции из крыловидно-нижнечелюстного пространства:

- А) в височную ямку по ходу глубоких височных сосудов и нервов
- Б) в поджевательное пространство по ходу жевательных сосудов и нервов
- В) в передний отдел бокового окологлоточного пространства
- Г) в межмышечное клетчаточное пространство щеки

18. Выраженное затруднение при открывании рта появляется у больных с флегмоной в области:

- А) скуловой
- Б) поднижнечелюстной
- В) подглазничной
- Г) щечной области
- Д) околоушно-жевательной

19. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является:

- А) паротит
- Б) медиастинит
- В) парез лицевого нерва
- Г) гематома мягких тканей
- Д) тромбоз кавернозного синуса головного мозга

20. Разрез при вскрытии флегмоны дна полости рта производят:

- 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

21. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной ямки является:

- А) симптом «песочных часов»
- Б) отек губо – щечной складки
- В) отек и гиперемия кожи в подглазничной области
- Г) гиперемия кожи в области нижней губы
- Д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстной области.

22. Типичным клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

- А) асимметрия лица
- Б) затрудненное открывание рта
- В) отек крыловидно – нижнечелюстной складки
- Г) боль при глотании и движении языка
- Д) отек и гиперемия кожи в щечных областях

23. 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

24. Разрез при флегмоне дна полости рта достаточен, если он сделан:

- А) в области флюктуации
- Б) в проекции корня языка
- В) по границе гиперемии кожи
- Г) на протяжении инфильтрата
- Д) в месте наибольшей болезненности

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

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

26. 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

27. 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) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

28. 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

29. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:

- А) наружная яремная вена
- Б) язычная вена
- В) зачелюстная вена
- Г) лицевая вена
- Д) поверхностная височная вена

30. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:

- А) гематогенный
- Б) лимфогенный
- В) контактный
- Г) гематогенный, лимфогенный, контактный

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3 ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ
(текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность постановки диагноза	0-30
2	Правильность выбора алгоритма действий	0-25
3	Правильность выбора дополнительных методов диагностики	0-20
4	Правильность назначения тактики лечения	0-25
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - ЧТЕНИЕ СНИМКОВ (текущий, рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Правильность интерпретации обзорных рентгенологических снимков	0-20
2	Правильность интерпретации компьютерной томограммы (МРТ и КТ)	0-40
3	Правильность интерпретации рентгенологических снимков с контрастированием	0-20
4	Правильность интерпретации снимков ультразвукового исследования	0-20
Всего баллов		Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ (текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Предварительная оценка состояния больного по внешним признакам мочи.	0-30
2	Правильность прочтения результатов общего анализа крови, мочи и биохимических показателей крови.	0-70
Всего баллов		Сумма баллов

**ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО - УЧАСТИЕ В ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ
ПРОЦЕДУРАХ (текущий контроль)**

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-15
2	Оценка состояния раны	0-20
3	Обработка раны	0-25
4	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	0-25
5	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	0-15
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Убедительность ответа	0-10
2	Понимание проблематики и адекватность трактовки	0-30
3	Обоснованное привлечение медицинской терминологии (уместность и достоверность сведений)	0-30
4	Ключевые слова (анатомия): их важность для заявленной темы, грамотное употребление, количество.	0-15
5	Логичность и последовательность устного высказывания	0-10
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАДАНИЯ (рубежный, промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Вопрос 1	0-100
2	Вопрос 2	0-100
3	Вопрос 3	0-100
4	Вопрос 4	0-100
Всего баллов		Среднее арифм. (сумма баллов/4)

Оценивается каждый вопрос билета: «85-100%»

- глубокое и прочное усвоение материала темы или раздела;
- полные, последовательные, грамотные и логически излагаемые ответы;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы и дополнительно рекомендованной литературы;
- воспроизведение учебного материала с требуемой степенью точности. «75-84%»
- наличие несущественных ошибок, уверенно исправляемых обучающимся после дополнительных и наводящих вопросов;
- демонстрация обучающимся знаний в объеме пройденной программы; четкое изложение учебного материала.
- «60-74%»
- наличие несущественных ошибок в ответе, не исправляемых обучающимся;
- демонстрация обучающимся не достаточно полных знаний по пройденной программе; не структурированное, не стройное изложение учебного материала при ответе.
- « менее 60%»
- не знание материала темы или раздела;
- при ответе возникают серьезные ошибки.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ТЕСТА (рубежный контроль)

- В одном тестовом задании 20 закрытых вопросов.
 - К заданиям даются готовые ответы на выбор, один правильный и остальные неправильные.
 - Обучающемуся необходимо помнить: в каждом задании с выбором одного правильного ответа правильный ответ должен быть.
 - За каждый правильно ответ – 5 баллов
 - Общая оценка определяется как сумма набранных баллов. 6.
- Отметка (в %)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
ФОРМА		10
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	0-5
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	0-5
СОДЕРЖАНИЕ		50
1	Соответствие теме	0-10
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0-10
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0-15
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0-15
ПРЕЗЕНТАЦИЯ		25
1	Титульный лист с заголовком	0-2
2	Дизайн слайдов и использование дополнительных эффектов (смена слайдов, звук, графики)	0-5
3	Текст презентации написан коротко, хорошо и сформированные идеи ясно изложены и структурированы	0-10
4	Слайды представлены в логической последовательности	0-5
5	Слайды распечатаны в формате заметок	0-3
ДОКЛАД		15
1	Правильность и точность речи во время защиты	0-5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы)	0-5
3	Выполнение регламента	0-5
Всего баллов		Сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, выполнена задача заинтересовать читателя	85 - 100
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части логично, связно и полно доказывается выдвинутый тезис	
4	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
5	Правильно (уместно и достаточно) используются разнообразные средства связи	
6	Все требования, предъявляемые к заданию выполнены	
7	При защите реферата демонстрирует полное понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении четко сформулирован тезис, соответствующий теме реферата, в известной мере выполнена задача заинтересовать читателя	75 – 84

2	В основной части логично, связно, но не достаточно полно доказывается выдвинутый тезис	
3	Заключение содержит выводы, логично вытекающее из содержания основной части	
4	Уместно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует понимание проблемы и для выражения своих мыслей не пользуется упрощенно-примитивным языком.	
1	Во введении тезис сформулирован не четко и не вполне соответствует теме реферата	
2	В основной части выдвинутый тезис доказывается недостаточно логично (убедительно) и последовательно	
3	Заключенные выводы не полностью соответствуют содержанию основной части	
4	Недостаточно или, наоборот, избыточно используются разнообразные средства связи	
5	При защите реферата демонстрирует не полное понимание проблемы и язык работы в целом не соответствует уровню соответствующего курса	
1	Во введении тезис отсутствует или не соответствует теме реферата	40 - 59
2	Деление текста на введение, основную часть и заключение	
3	В основной части нет логичного последовательного раскрытия темы	
4	Выводы не вытекают из основной части	
5	Средства связи не обеспечивают связность изложения материала	
6	Отсутствует деление текста на введение, основную часть и заключение	
7	При защите реферата демонстрирует полное непонимание проблемы и язык работы можно оценить, как «примитивный».	
1	Работа написана не по теме	менее 40

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ (промежуточный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в %)
1.	ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ	0-2
2.	ЖАЛОБЫ (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в наст. время)	0-7
3.	АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ	0-7
4.	АНАМНЕЗЖИЗНИ	0-7
5.	ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:	0-8
6.	ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	0-7
7.	КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ и ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО	0-10
8.	ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ	0-7
9.	ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ	0-8
10.	ЛЕЧЕНИЕ	0-9
11.	ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ	0-7
12.	ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ по схеме	0-7
13.	ДНЕВНИК	0-7
14.	ЭПИКРИЗ и ПРОГНОЗ	0-7
Всего баллов		сумма баллов

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ОБЩИХ ЗНАНИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (итоговый контроль по дисциплине)

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

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 **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;
- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
- современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
- основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
- принципы диспансеризации и реабилитации больных;
- этические и деонтологические аспекты в детской хирургии

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна -две неточности в ответе.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- этиология, патогенез и меры профилактики наиболее часто встречающихся хирургических заболеваний;
- современную классификацию хирургических заболеваний;
- клиническую картину, особенности течения и возможные осложнения заболеваний у детей различных возрастных групп;

- основные принципы диагностики хирургических заболеваний детского возраста;
 - современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; - методы лечения и показание к их применению;
 - основы организации амбулаторно-поликлинической помощи населению; - сроки оперативного лечения врожденных пороков развития у детей;
 - принципы диспансеризации и реабилитации больных;
 - этические и деонтологические аспекты в детской хирургии
- Допускается несколько ошибок в содержании ответа.*

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)

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

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент:

- владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- проводит самостоятельно обследование пациента;
- умеет интерпретировать результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных);
- грамотно формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует полное понимание проблемы. Профессионально владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент: -умеет ставить постановку проблемы собственными словами;

- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, навыками анализа различных медицинских фактов;
- не очень быстро находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не вполне профессионально проводит самостоятельно обследование пациента;
- слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и формулирует клинический диагноз показывая к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- при этом ранее полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует значительное понимание проблемы. В общем владеет различными методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент

- не ставит постановку проблемы собственными словами и не оценивает альтернативные решения проблемы;
- не достаточно хорошо владеет медицинской терминологией, не владеет навыками анализа различных медицинских фактов;
- медленно находит и принимает решения по сбору анамнеза у больного с хирургической патологией;
- не достаточно хорошо проводит самостоятельно обследование пациента;
- очень слабо интерпретирует результаты исследований (лабораторных, рентгенологических, инструментальных) и не формулирует клинический диагноз показания к избранному методу лечения;
- не совсем правильно применяет методы профилактики и организует транспортировку новорожденных с хирургической патологией, травмами внутренних органов, ожогами;
- ранее не достаточно полно и правильно заполнял историю болезни.

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методами лечения заболеваний легких и плевры у детей, методами консервативного лечения ортопедических врожденных заболеваний у детей, методами лечения детей с различными повреждениями костей, способами оперативного лечения детей с врожденными пороками развития, методами различных видов операций при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости у детей, методами лечения детей с урологическими патологиями, принципами лечения детей с онкологическими заболеваниями, методами применения эндовидео хирургических технологий в диагностике и лечении, острой хирургической патологии брюшной полости у детей.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой **(0 баллов)** оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу. Ранее плохо заполнял историю болезни.

**Технологическая карта дисциплины Заболевание головы и шеи ,5 курс
10- 9 семестр. Количество ЗЕ – 4 , отчетность - зачет.**

Название модулей	контроль	Формы контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	Неделя
1. Одонтогенные абсцессы и флегмоны ЧЛЮ	Модуль 1				
	Текущий контроль	1.Посещаемость и успеваемость 2. Активность (участие в обходах, перевязках, операциях)	10	15	8 неделя
	Рубежный контроль	Ситуационные задачи	10	20	
2. Болезни тройничного нерва и слюнных желез	Модуль 2				
	Текущий контроль	1.Посещаемость и успеваемость 2.Активность	10	15	16 неделя
	Рубежный контроль	тестирование	10	20	
Всего за семестр			40	70	
Промежуточный контроль (экзамен)			20	30	
Семестровый рейтинг			60	100	

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ ХИРУРГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО.**(Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т)**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
 КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра детской хирургии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

БОЛЬНОГО ____ (фамилия, имя и отчество) ____

Куратор: студент (ка) фамилия, имя, отчество, группа, курс, факультет, семестр.

Преподаватель: фамилия, имя, отчество, должность, ученая степень,

Начало курации _____

Окончание курации _____

Отметка преподавателя о зачёте _____

I. ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ: 1.

Фамилия, имя, отчество.

2. Возраст (год, месяц, дата рождения). 3.

Пол.

4. Место жительства. 5.

Место работы.

6. Занимаемая должность.

7. Профессия, специальность.

8. Дата, время поступления в клинику. 9.

Дата выписки из клиники.

10. Количество койко-дней.

11. Поступил в экстренном порядке, в плановом порядке. 12.

Диагноз: а) направившего лечебного учреждения.

б) при поступлении в клинику.

в) клинический: * основное заболевание, *

осложнение основного заболевания,

* сопутствующее заболевание.

г) окончательный: * основное заболевание, * осложнение основного заболевания, * сопутствующее заболевание.

13. Операция: название, дата, время, продолжительность, метод обезболивания. 14.

Группа крови и резус-принадлежность.

15. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение, смерть).

16. Трудоспособность (восстановлена, временно утрачена, полная утрата, направлен на МСЭК).

II. ЖАЛОБЫ:

(кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время).

III. АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ (Anamnesismorbi).

Выясняется начало заболевания. Проводится подробное описание течения и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до обследования куратором.

Описание симптомов и динамики процесса производится в хронологическом порядке с указанием предполагаемых причин, вызвавших заболевание. Отмечается исходное состояние (фон), на котором развернулось данное заболевание, определяется последующий ход болезни, вплоть до момента обращения заболевшего за врачебной помощью. При хронических заболеваниях выясняется длительность болезни, частота обострений и причины их, самочувствие больного в период ремиссий. Указывается характер и продолжительность лечения до поступления в клинику, его эффективность. У ранее оперированного больного обязательно выясняется характер и объем оперативного вмешательства, результаты послеоперационного лечения. Если больной переведен из другого лечебного учреждения желательно получить выписку из истории болезни.

IV. АНАМНЕЗЖИЗНИ (Anamnesis vitae).

Отмечается состав семьи, каким по счету ребенком родился. Как проходило развитие в детстве, начало и как учился. Время наступления полового развития. Появление и характер, регулярность менструации у девочек.

Жилищные условия, регулярность, полноценность питания. Вредные привычки родителей: курение, алкоголь, наркотики.

Перенесенные ранее заболевания, травмы, операции, переливание крови и кровезаменителей.

Посттрансузионные реакции и осложнения. Переносимость лекарственных веществ. Наследственность, злокачественные новообразования, туберкулез, психические заболевания, вирусный гепатит, вирусоносительство СПИД.

V. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:

A. Объективное исследование общего состояния (Statuspraesenscommunis).

Оно складывается из последовательно проводимых осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, принципы выполнения которых подробно описаны в учебниках по пропедевтике внутренних болезней. Объективное исследование начинают с оценки общего состояния больного.

Общее состояние. Оно бывает удовлетворительным, средней тяжести, тяжелым, крайне тяжелым. Телосложение: сильное, слабое, среднее по А.А.Богомолец. Положение больного: активное, пассивное, вынужденное (на боку, спине, с приведенными к животу ногами). Сознание ясное (полное), затемненное, без сознания. Выражение лица обычное, страдальческое, маскообразное. Заостренные черты лица. Мимика. Глаза: блеск, движение глазных яблок, глазные симптомы.

Рост. Вес.

Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска кожи: нормальная (бледно-розовая), бледная, цианотичная, желтушная, серая (землистая). Пигментация кожи, ее локализация. Эластичность, тургор, сухость, влажность кожи. Патологические образования и их локализация: рубцы, бородавки, сыпи, расчёсы, шелушения, пролежни, опухоли и т.д. Слизистые оболочки: цвет, влажность, налёт, высыпания, изъязвления и т.д. Волосы и ногти: цвет, облысение, выпадение, деформация ногтей и т.д. Подкожная клетчатка. Развитие: выражена слабо, умеренно, чрезмерно. Отеки: локализация, распространение, выраженность, условия появления и исчезновения, слоновость.

Лимфатическая система. Пальпация подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых, бедренных, паховых лимфатических узлов: величина, форма, плотность, болезненность, сращение между собой и окружающими тканями.

Мышцы. Гипертрофия, атрофия, тонус, болезненность, подергивания, судороги.

Кости. Деформация костей скелета: черепа, позвоночника, грудной клетки, плечевого пояса, верхних и нижних конечностей, таза. Длина конечностей.

Суставы. Конфигурация, хруст, болезненность, подвижность, объем движений.

Шея. Наличие свищей, опухоли. Окружность в см. Прощупываемость и подвижность лимфатических узлов.

Гортань: подвижность, свойства голоса. Щитовидная железа: смещение при глотании, консистенция и поверхность органа, болезненность, увеличение в размерах по степеням.

Грудная клетка, органы дыхания. Форма грудной клетки: нормальная, воронкообразная, бочкообразная, эмфизематозная. Состояние подкожной клетчатки: крепитация, отечность. Состояние надключичной и подключичной ямки, межреберья. Окружность грудной клетки на уровне сосков. Тип дыхания, ритм, глубина, частота в минуту, дыхание Чейн-Стокса, Кусмауля, Биота. Одышка: инспираторная, экспираторная, смешанная.

Молочная железа: форма, размеры, объем, симметричность, состояние сосково-ареолярного комплекса.

Пальпация: наличие уплотнений, опухоли, узлов, их размеры и локализация по квадрантам, болезненность, подвижность, сращения с кожей. Состояние регионарных лимфатических узлов. Выделения из соска: цвет, количество, характер. Осмотр и пальпацию молочных желез производят в вертикальном и горизонтальном положении пациентки, с опущенными и приподнятыми руками. Перкуссия грудной клетки: сравнительная перкуссия, границы легких. Перкуторный звук над легкими: ясный легочный, коробочный, металлический. Притупление легочного звука: границы, выраженность, локализация.

Аускультация: дыхание везикулярное, бронхиальное, амфорическое, отсутствие дыхания; хрипы сухие и влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые). Шум трения плевры. Бронхофония, голосовое дрожание.

Органы кровообращения. Пульс: частота в минуту, ритмичность, напряжение, наполнение, выраженность на разных участках. Сравнение пульса на симметричных участках (например, на обеих лучевых артериях).

Пульсация подвздошной, бедренной, подколенной, задней большеберцовой, тыльной артерии стопы.

Сердце: верхушечный толчок, «сердечный горб». Пульсация в надчревь, «кошачье мурлыканье». При перкуссии границы относительной и абсолютной тупости. Тоны сердца на типичных точках. Сердечные шумы.

Вены: локализация расширения вен. Уплотнение, болезненность вен, особенно расширенных. Симптомы

Троянова, Тределенбурга, Гаккенбруха, маршевая проба при расширении вен нижних конечностей.

Органы пищеварения. Рот, зубы, слизистая щеки, неба, десен. Полость рта: цвет, пигментация, изъязвления, рубцы, налет.

Язык: влажный или сухой, чистый или обложен налетом (характер), цвет, трещины, язвы и т.д. Зев, миндалины: окраска, состояние слизистой, размеры, форма миндалин, наличие налета и т.д.

Живот: форма, симметричность, выпячивание отдельных его участков. Подвижность брюшной стенки при дыхании. Видимая перистальтика кишечника. Симптом Валя. Кожные покровы: расширение подкожных вен, пигментация. Подкожная клетчатка: отек. Состояние пупка. Перкуссия живота: участки тимпанического звука, притупления, их локализация, выраженность. Пальпация живота: поверхностная и глубокая (скользящая) по Образцову-Стражеско. Чувствительность, тонус, защитное напряжение мышц брюшной стенки. Структура (дефекты, щели) брюшной стенки, границы и свойства пальпируемых органов. Выявление характерных объективных симптомов: Щеткина-Блюмберга, Воскресенского и другие. Состояние паховых, бедренных, пупочных колец, расхождение прямых мышц живота.

Область заднего прохода. При осмотре определяется состояние кожи, наличие трещин, свищей, наружных геморроидальных узлов, выпадения прямой кишки. При пальцевом исследовании определяется тонус сфинктера, болезненность при введении пальца, наличие трещин, опухоли, скопления каловых масс в ампуле прямой кишки, внутренних геморроидальных узлов, воспалительных инфильтратов, состояние стенок прямой кишки, близлежащих органов (простаты, семенных пузырьков).

Мочеполовые органы. Осмотр поясницы. Симптом Пастернацкого (болезненность и появление гематурии при постукивании поясницы). Пальпация почек в положении на спине, на боку и в вертикальном положении: болезненность, прощупываемость, подвижность, величина. Наружные половые органы у мальчиков и юношей: развитие, опущение яичка. Бимануальное исследование у девочек (детским гинекологом).

Нервная система. Зрачки: реакция на свет (прямая и содружественная). Чувствительность кожи: гипо-, гипер-, анестезия, дермографизм (красный, белый, стойкий, нестойкий). Болезненность по ходу периферических нервов. Рефлексы: корнеальный, глоточный, брюшные, кремастера, подошвенный, коленный, ахиллов.

Походка. Речь.

Б. Объективное исследование поражённого органа (системы) – хирургический (локальный, или местный) статус (Statuslocalis).

В этом разделе приводятся данные подробного исследования локализации патологического процесса, т.е. в этом разделе, например при локализации основного процесса червеобразном отростке (остром аппендиците) подробно описывается объективное исследование всей системы пищеварительного тракта. Во избежание лишнего повторения, соответствующая система органов полностью переносится в хирургический статус из раздела (А) общего объективного исследования.

VI. ЛАБОРАТОРНЫЕ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В этом разделе приводится краткое описание результатов проведенных лабораторных и дополнительных методов исследования в хронологическом порядке.

VII. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

Дается полная формулировка основного заболевания, осложнения основного заболевания и сопутствующего заболевания. Клинический диагноз выставляется у экстренных больных в течение

ближайших часов (до 24 ч) от момента поступления в хирургическую клинику, а у плановых больных он может быть выставлен в день поступления, но может быть уточнен в течение ближайших 3 дней.

VIII. ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

Обоснование клинического диагноза проводится на основании жалоб больного, анамнеза болезни, жизни, характерных объективных симптомов в динамике, полученных результатов лабораторного и других дополнительных, специальных методов исследования. В этом разделе куратор постепенно, этап за этапом развертывает историю заболевания, объясняя каждый симптом болезни, устанавливая между ними логическую связь.

IX. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Проводится дифференциальный диагноз между настоящим заболеванием и сходными по клинической картине заболеваниями. При этом разбираются и определяются различия появления одинаковых субъективных и объективных признаков при настоящем и сходном заболевании.

X. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ

Говоря об этиологии заболевания, необходимо указывать только те причины, которые привели к развитию болезни у больного. Следует помнить, что куратор пишет историю болезни данного конкретного больного – он не должен переписывать сведения об этиологии того или иного заболевания из учебников, руководств и пособий. В разделе патогенез дается обобщающая картина механизма развития болезни у данного больного с указанием главных и второстепенных звеньев этого механизма, с документацией функционального состояния физиологических систем организма больного, с указанием механизма возникновения осложнений и предстоящего исхода болезни.

XI. ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение: принципы лечения, лист назначений, обоснование каждого назначения. Лечение должно соответствовать медико-экономическому стандарту (МЭС).

Оперативное лечение. При наличии показаний к оперативному лечению у данного больного оформляется предоперационный эпикриз и протокол операции, которые являются одними из отличительных черт истории болезни хирургического больного.

XII. ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Предоперационный эпикриз содержит такие сведения как краткое обоснование, полную формулировку клинического диагноза, объём и название предполагаемого оперативного вмешательства, использование метода обезболивания (местная, регионарная, внутривенная анестезия, интубационный наркоз). Указывается группа крови, резус-принадлежность больного, предполагается ли переливание аутокрови, донорской крови или кровезаменителей. Также указывается о том, что с больным проведена беседа об объеме предстоящей операции, возможные исходы, метод обезболивания, что больной после этого согласен на операцию и закрепил это своей подписью. При бессознательном, неадекватном состоянии больного решение об операции заверяется подписью сопровождающих родственников или консилиумом трех врачей (три подписи).

XIII. ПРОТОЛ ОПЕРАЦИИ (схема):

ПРОТОКОЛ ОПЕРАЦИИ № ____.

Диагноз _____
 Название операции _____
 Хирург (ф.и.о.) _____
 Ассистенты (ф.и.о.) _____
 Операционная сестра (ф.и.о.) _____
 Анестезиолог (ф.и.о.) _____ Дата _____
 _____ Начало _____ Продолжительность _____ Описание
 хода операции

XIV. ДНЕВНИК

Дневник пишется ежедневно или несколько раз в день в зависимости от тяжести состояния хирургического больного. В нем отражается подробно динамика жалоб, объективного состояния и локального статуса больного в течение суток. Проводится обоснование назначения сильнодействующих и наркотических препаратов.

XV. ЭПИКРИЗ

Эпикриз бывает предоперационным (описывалось выше), этапным, выписным, посмертным.

Этапный эпикриз оформляется через каждые 10 дней пребывания больного в хирургической клинике, в нем отражается динамика заболевания за эти прошедшие дни, смена клинического диагноза, указывается необходимость в проведении дополнительных лечебно-диагностических мероприятий. При необходимости подписывается заместителем главного врача по экспертизе.

При выписке оформляется выписной эпикриз с подробным указанием клинического диагноза, анамнеза заболевания, продолжительности лечения в клинике, результатов диагностических мероприятий, всех выполненных лечебных мероприятий, оперативного вмешательства, локального и общего статуса при выписке, рекомендаций.

Посмертный эпикриз оформляется при летальном исходе.

XVI. ПРОГНОЗ

Прогноз для жизни, здоровья и трудовой прогноз следует обосновать фактами, которые добываются наблюдениями за течением болезни, повторными лабораторными и инструментальными исследованиями больного в процессе лечения.

XVII. ИСХОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

Исходом заболевания может быть: выздоровление, улучшение, без изменений, смерть. При летальном исходе указать предположительную причину смерти.

XVIII. ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Приводится список литературных источников, использованных при написании истории болезни: учебники, руководства, учебные пособия, монографии, журнальные статьи, лекции.

