



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Нейростоматология»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета по специальности 31.05.03 Стоматология
Квалификация	врач-стоматолог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра неврологии и нейрохирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
В.А. Жаднов	д-р мед. наук, проф.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой неврологии и нейрохирургии
А.О. Буршинов	д.м.н. доцент	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Профессор кафедры неврологии и нейрохирургии

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
С.Н. Трушин	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии
Е.А. Назаров	д.м.н. профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	Заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и спортивной медицины

Одобрено учебно-методической комиссией по специальности Стоматология
Протокол № 7 от 26.06. 2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06. 2023г.

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры контрольных вопросов для собеседования:

1. Клиническая характеристика центральных расстройств обоняния.
2. Характеристика расстройств остроты зрения при нарушении рефракции.
3. Характеристика нарушений остроты зрения при поражении зрительной системы.
4. Характеристика нарушений полей зрения.
5. Клинический синдром поражения зрительного нерва.

Критерии оценки при собеседовании:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, причем не затрудняется с ответом при видоизменении заданий, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач.

- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения.

- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических работ.

- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями выполняет практические работы. Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут продолжить обучение без дополнительных занятий по соответствующей дисциплине.

Примеры ситуационных задач:

Задача 1. Язык неподвижен. Атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Речь понимает, отвечает жестами, мимикой. Глотание сохранено. Название расстройства. Локализация поражения.

Ответ: Вялая глоссоплегия. Поражение ядер подъязычного нерва.

Задача 2. Сужение левой глазной щели и зрачка. Асимметрия выстояния глазных яблок. Рациональное и эпонимическое название расстройства. Локализация поражения.

Ответ: Синдром десмипатизации левого глаза. Синдром Горнера слева. Боковой рога С7, Т1 сегментов спинного мозга слева.

Задача 3. Жалобы на интенсивные приступообразные боли, длящиеся несколько минут. Повышение чувствительности в области корня языка, мягкого неба, миндалина и глотки справа. Приступы болей провоцируются разговором, смехом, кашлем, зевотой и приемом пищи. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки сохранены. Определить и обосновать топический диагноз.

Ответ: Невралгия языкоглоточного нерва.

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Примеры тем рефератов:

1. Глоссалгия, стомалгия, дентальная плексалгия.
2. Гиперкинезы лица.
3. Дифференциальная диагностика тригеминальной невралгии
4. Принципы диагностики и терапии тригеминальной невралгии
5. Лицевая нейропатия, этиология, клиника, лечение
6. Дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Клиника, диагностика, лечение.
7. Бульбарный синдром.
8. Классификация головных болей.
9. Синдром Мелькерсона-Розенталя.
10. Симпаталгии лица

Критерии оценки реферата:

- Оценка «отлично» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание реферата отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.
- Оценка «хорошо» выставляется, если реферат соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание реферата отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферат не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферата не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферата количество литературных источников.

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации в 7 семестре - зачет.

6 Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания зачета

Зачет проходит в форме устного опроса. Студенту достается вариант билета путем собственного случайного выбора и предоставляется 20 минут на подготовку. Защита готового решения происходит в виде собеседования, на что отводится 15 минут(I). Билет состоит из 4 вопросов (II), Критерии сдачи зачета (III):

«Зачтено» - выставляется при условии, если студент показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если студент показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.

Фонды оценочных средств для проверки уровня сформированности компетенций для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

ПК-5: готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патологоанатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания;

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

по теме «Методика обследования при нейротоматологических синдромах. Диагностический алгоритм при нейротоматологических синдромах. Особенности описания больного с нейростоматологическим заболеванием. Синдромы поражения I,II,III,IV,VI, пар черепных нервов»

Клиническая характеристика центральных расстройств обоняния.
Характеристика расстройств строты зрения при нарушении рефракции.
Характеристика нарушений строты зрения при поражении зрительной системы.
Характеристика нарушений полей зрения.
Клинический синдром поражения зрительного нерва.
Клинический синдром поражения наружных отделов зрительной хиазмы.
Клинический синдром поражения внутренних отделов зрительной хиазмы.
Клинический синдром поражения зрительного тракта.
Структуры, организующие глазодвигательную функцию.
Клинический синдром поражения ствола глазодвигательного нерва.
Клинический синдром поражения ядра глазодвигательного нерва.
Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.
Синдром поражения ядра Вестфаль-Эдингера-Якубовича.
Синдромология поражения блокового нерва.
Синдромология поражения ствола отводящего нерва.

Клинический синдром поражения ствола головного мозга на уровне ядра глазодвигательного нерва.

Синдромология нарушения содружественного движения глаз при поражении полушария.

Синдромология нарушения содружественного движения глаз при поражении ствола мозга.

Нарушения содружественного движения глаз при поражении четверохолмия среднего мозга.

Ядра тройничного нерва

Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.

Периферические чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.

Расстройства чувствительности в системе тройничного нерва стволового происхождения.

Чувствительные расстройства в системе тройничного нерва полушарного происхождения.

Синдромология тригеминальной невралгии.

Синдромология одностороннего поражения добавочного нерва. Синдромология

двустороннего поражения добавочного нерва.

по теме «Преддверно-улитковый нерв. Сочетанное поражение корешков V, VII, VIII нервов. Виды мимического пареза. Лечение лицевой невралгии»

1. Ядра лицевого нерва.

2. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в мостомозжечковом углу.

3. Синдромология поражения ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе.

4. Синдромология поражения ствола лицевого нерва выше отхождения большого каменистого нерва.

5. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше стременного нерва.

6. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше барабанной струны.

7. Синдромология поражения лицевого нерва на уровне выхода из черепа.

8. Синдромология поражения двигательного ядра лицевого нерва.

9. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне внутренней петли лицевого нерва.

10. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра лицевого нерва.

11. Синдромология центрального поражения мимической мускулатуры.

12. Синдромология периферического поражения лицевого нерва.

13. Этиологические факторы лицевой невралгии.

14. Патогенетические механизмы лицевой невралгии.

15. Клинические проявления лицевой невралгии.

16. Диагностика и дифференциальная диагностика лицевой невралгии.

11. Лечение лицевой невралгии.

12. Синдром узла коленца (синдром Ханта).

13. невралгия нерва крыловидного канала (синдром файла)

14. невралгия барабанного нерва (синдром Рейхерта)

15. синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (миофасциальный болевой синдром лица): этиология и патогенез.

16. миофасциальный болевой синдром лица (МФБС): клиника и диагностика.

17. Лечение МФБС.

по теме: «Синдромы поражения тригеминальной системы: невралгические боли при поражении ветвей тройничного нерва. Клиника, диагностика и лечение глоссалгии, стомалгии и дентальной плексалгии Бульбарный и псевдобульбарный синдромы»

по теме «Тригеминальная невралгия. Нейростоматологические синдромы. Вегетативные синдромы лица»

1. Ядра тройничного нерва.
2. Двигательные расстройства при поражении системы тройничного нерва.
3. Периферические чувствительные расстройства при поражении тройничного нерва.
4. Расстройства чувствительности в системе тройничного нерва стволового происхождения.
5. Чувствительные расстройства в системе тройничного нерва полушарного происхождения.
6. Синдромология тригеминальной невралгии.
7. Дифференциальная диагностика поражения звукопроводящего и звуковоспринимающего аппарата.
8. Синдромология языкоглоточной невралгии.
9. Синдромология одностороннего поражения блуждающего нерва.
10. Синдромология двустороннего поражения блуждающего нерва.
11. Синдромология одностороннего поражения добавочного нерва.
12. Синдромология двустороннего поражения добавочного нерва.
13. Синдромология поражения ствола подъязычного нерва.
14. Синдромология поражения языкоглоточного нерва.
15. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра подъязычного нерва.
16. Механизм альтернирующих стволовых синдромов.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

Задача 1. У больного отмечается правосторонний центральный гемипарез с повышением сухожильных рефлексов, мышечного тонуса и патологическим рефлексом Бабинского, а слева птоз верхнего века, мидриаз и расходящееся косоглазие.

- а) как называется двигательный синдром?
- б) где расположен патологический очаг?

Задача 2. У пациента боль в правой половине лица, гипалгезия кожи в этой области, герпетические высыпания на коже лба, скуловой дуги, подбородка.

- а) что поражено?

Задача 3. Больной жалуется на онемение крыла носа справа. При исследовании болевой чувствительности у него отмечается гипестезия медиальной зоны Зельдера справа.

- а) что поражено?

Задача 4 У больного справа периферический парез лицевого нерва, шум в правом ухе и снижение слуха, гипестезия на

правой половине лица, промахивание при пальценосовой пробе справа, шаткость при ходьбе вправо.
а) где локализуется процесс?

Задача 5. Правосторонняя аносмия. Слизистая носа обычная. Название расстройства. Локализация поражения.

Задача 6. Клиническая характеристика синдрома Арджил-Робертсона.

Задача 7. Перечислить функциональные зрительные нарушения.

Задача 8. Птоз справа. Расширенный правый зрачок. Нет реакции на свет и аккомодацию. Глазное яблоко отведено кнаружи. Глазное яблоко не двигается внутрь и вверх. Название расстройства. Локализация поражения.

Задача 9. Правое глазное яблоко повернуто к носу и не отводится. Двоение предметов при взгляде вправо. Название расстройства и локализация поражения.

Задача 10. Двоение предметов при взгляде вниз. Ограничение движения правого глазного яблока книзу. Название синдрома. Локализация поражения.

Задача 11. Паралич всех мимических мышц справа: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перетянут влево, расширена глазная щель, не закрывается глаз (лагофтальм), симптом Белла. Жидкая пища вытекает из угла рта. Лоб не наморщивается справа. Слезотечение из правого глаза. «Дребезжание» в правом ухе. Вкус соли на передних 2/3 правой половины языка не воспринимается. Название расстройств. Локализация поражения.

Задача 12. Мимический паралич слева: опущен угол рта, сглажена носогубная складка, рот перекошен, расширена левая глазная щель, лагофтальм, симптом Белла, лоб не наморщивается слева. Слезотечение слева. Слух и вкус не нарушены. Описать неврологические синдромы. Локализовать поражение.

Задача 13. Мимический паралич справа. Опущен угол рта, сглажена носогубная складка, расширена глазная щель,

лагофтальм, симптом Белла. При наморщивании складки не образуются справа. Слезотечение справа. Слух и вкус не нарушены. Боль и болезненность в области сосцевидного отростка. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

Задача 14. Мимический паралич справа – рот перекошен влево, угол рта опущен, носогубная складка сглажена, глазная щель расширена, лагофтальм, симптом Белла, складки лба не образуются. Сухость правого глаза. Слух «извращен» справа. Нет вкуса на передних 2/3 языка справа. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

Задача 15. Шум и звон в левом ухе, снижение слуха слева, ощущение покачивания предметов. Костная проводимость слева укорочена. Описать неврологические расстройства. Установить локализацию поражения.

Задача 16. Язык неподвижен. Атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Речь понимает, отвечает жестами, мимикой. Глотание сохранено. Название расстройства. Локализация поражения.

Задача 17. У больного атрофия и фибриллярные подергивания мышц левой половины языка. Язык при высовывании отклоняется влево. Справа спастический гемипарез.
а) назовите синдром;
б) где локализация очага поражения?

Задача 18. Жалобы на интенсивные приступообразные боли, длящиеся несколько минут. Повышение чувствительности в области корня языка, мягкого неба, миндалина и глотки справа. Приступы болей провоцируются разговором, смехом, кашлем, зевотой и приемом пищи. Рефлексы с мягкого неба и задней стенки глотки сохранены. Определить и обосновать топический диагноз.

Задача 19. Речь глухая, неясная, смазанная с гнусавым оттенком. Может есть только мягкую пищу. Жидкая пища вызывает кашель и поперхивание. Движения языка ограничены, наблюдаются атрофия и фибриллярные подергивания его мышц. Мягкое небо неподвижно. Дужковые, глоточные рефлексы и рефлексы с мягкого неба отсутствуют. Назвать расстройство. Обосновать топический диагноз.

Задача 20. У больного дисфагия, дисфония, дизартрия, ограничение движений языка при отсутствии атрофии мышц языка. Глоточный рефлекс усилен. Вызываются рефлексы орального автоматизма и насильственный плач.
а) назовите синдром;
б) где очаг поражения?

Задача 21. Г., 63 лет. Жалобы на кратковременные приступы острой интенсивной боли в правой половине лица, преимущественно в щеке. Болен около 4 лет, обращался к стоматологу и лишился половины зубов. Учащение приступов связывает с переохлаждением, эмоциональным напряжением, а особенно с прикосновением к лицу. Принимал финлепсин по совету приятеля и отметил некоторое уменьшение интенсивности приступов. Двигательных, координаторных расстройств не установлено. Расстройств чувствительности нет, кроме болезненной кожной области снаружи от правого угла рта, прикосновение к которой вызывает типичный для больного болевой приступ. Вопросы. 1. Формулировка диагноза. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Тактика.

Задача 22. Правосторонний лагофthalm, симптом Белла, с этой же стороны отсутствуют сокращения мышц лица (брови, лба, щеки, угла рта).
а) Определите характер паралича мышц лица?
б) Укажите что поражено?

Задача 23. Справа: периферический парез лицевого нерва, шум в ухе, снижение слуха, боль и гипестезия этой половины лица, промахивание при пальценосовой пробе, дисметрия при пяточно-коленной пробе; при ходьбе отмечаются тенденция к падению вправо, горизонтальный нистагм.
а) укажите локализацию процесса и название синдрома?

Задача 24. У больного отмечается сильная

приступообразная боль в виде чувства «электрического тока» в области верхней челюсти справа и верхних зубов. Боль провоцируется жеванием, умыванием и просто прикосновением. Чувствительность на лице сохранена.

- а) назовите синдром;
- б) что поражено?

Задача 25. Больной 25 лет. После переохлаждения перекосило лицо, появились боли в левой заушной области. Раньше ничем не болел.

В неврологическом статусе: сглажены складки на лбу слева, лагофтальм, симптом Белла, отсутствуют движения мышц левой половины лица (лба, брови, щеки), опущен левый угол рта, при оскале левый угол рта неподвижен, слезотечение из левого глаза. Глазное дно в норме, МРТ в норме.

- а) поставить топический диагноз;
- б) поставить клинический диагноз;
- в) назначить лечение.

Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

уметь выяснить жалобы, собрать анамнез у больного с заболеванием нервной системы лица; исследовать и оценить состояние нервной системы лица;

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть»(решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

Задача 26. У больной 22 лет, после гриппа появились боли в нижней челюсти справа приступообразного характера продолжительностью 2-3 сек. Приступы возникают при разговоре, жевании.

В неврологическом статусе: болезненность в точке выхода III ветви V нерва справа, курковая зона в области угла рта справа. Другой неврологической симптоматики нет. Глазное дно без патологии. МРТ головного мозга без патологии.

- а) поставить топический диагноз;
- б) поставить клинический диагноз;
- в) назначить лечение и определить дальнейшую тактику наблюдения за больным.

Задача 27. Больной 25 лет. После переохлаждения перекосило лицо, появились боли в левой заушной области. Раньше ничем не болел.

В неврологическом статусе: сглажены складки на лбу, глазные щели S>D, опущен левый угол рта, при оскале

левый угол рта неподвижен, слезотечение из левого глаза, глазное дно в норме, МРТ в норме.

- а) поставить топический диагноз;
- б) поставить клинический диагноз;
- в) назначить лечение.

Задача 28. Женщина, 38 лет, жалуется на быструю утомляемость жевательной мускулатуры и мышц век («во второй половине дня я не могу открыть глаза, они закрываются и все...»). Впервые обратила внимание на наличие признаков заболевания на приеме у стоматолога, когда выяснила, что не может долго сидеть с открытым ртом из-за слабости жевательных мышц. При осмотре и исследовании неврологического статуса определяется полуптоз, явных признаков поражения центральной и периферической нервной системы не выявлено. После выполнения нагрузочных проб выявились слабость круговых мышц глаз, мышц, поднимающих верхнее веко, жевательной мускулатуры. Прозериновая проба быстро привела к полному восстановлению утраченных функций.

- а) признаки какого заболевания имеются у больного?
- б) какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 29. Больную 50 лет беспокоят насильственные движения с зажмуриванием глаз, напряжением мышц лица, жевательных мышц (прикусывает язык), меньше во сне, и лежа, а так же при закладывании руки под голову, эмоциональная лабильность, общая слабость, утомляемость. Длительно страдает гипертонической болезнью, лечение систематическое. Впервые учащенное моргание около 5 лет назад на фоне 3 операций под общей анестезией (миома, грыжи). В течение нескольких месяцев присоединилась жевательная мускулатура. МРТ ГМ без явной патологии. Терапия в течение многих лет – сосудистые, ноотропы, миорелаксанты – без эффекта.

В неврологическом статусе: Осмотр затрудняют пароксизмальные, следующие группами сокращения мышц лица с зажмуриванием глаз, сжатием челюстей, которых нет в положении лежа. Есть коррегирующие позы – при закладывании руки за голову гиперкинез уменьшается. Выраженная окуло-вестибуло-вегетативная ирритация, светобоязнь. Легкая слабость конвергенции.

Тригеминальные точки малоблезненные. Асимметрия носогубных складок. Язык по средней линии. Мягкое небо подвижно. Глотание, фонация в норме. Намечены рефлекс орального автоматизма. Сухожильные рефлекс высокие, без асимметрии, патологических рефлекс нет. Мышечный

тонус без грубых расстройств. Мышечная сила сохранена. Чувствительность сохранена. ПНП, КПП – без грубых дефектов. В позе Ромберга резкая шаткость. Ходьба без особенностей. Менингеальные с-мы (-). С-мы натяжения (-).

- а) назовите имеющийся синдром;
- б) сформулируйте нозологический диагноз;
- в) укажите, препараты каких групп рационально использовать

Задача 30. Больная 45 лет. Жалобы на наличие выраженной скованности, замедленности, насильственные движения околоротовой мускулатуры. Из анамнеза известно, что длительно наблюдается у психиатра, получает нейролептики. Объективно: общая, симметричная гипокинезия. Ригидность мышц с обеих сторон. Поза «просителя». Ходит мелкими шажками, при ходьбе отсутствуют содружественные движения верхних конечностей (ахейрокинез). Насильственные движения околоротовой мускулатуры по типу шевеления губами, сходные с движениями кролика.

- а) назовите имеющийся синдром;
- б) сформулируйте нозологический диагноз.

Задача 31. У больного справа отмечается сужение глазной щели и зрачка, энофтальм и деколорация радужки глазного яблока, гиперемия кожи руки и половины лица. Болезненная пальпация передней поверхности поперечных отростков шейных позвонков справа.

- а) о поражении каких образований следует думать?

Задача 32. У больной отмечается сужение зрачка (миоз), сужение глазной щели (птоз) и западение глазного яблока (энофтальм) справа, зрачковые рефлексы сохранены,

движения глазных яблок в полном объеме.

а) как называется синдром?

б) какие образования нервной системы поражены?

Задача 33. И., 38 лет, поскользнувшись, упал, ударился головой, на несколько минут потерял сознание. Придя в сознание, почувствовал сильную головную боль, головокружение, тошноту. Был немедленно госпитализирован. Объективно: АД — 155/88 мм рт. ст. Пульс 54 удара в минуту, ритм правильный. Определяется легкая ригидность мышц затылка. Глазное дно: начальные явления застоя сосков зрительных нервов. Опущен левый угол рта. Язык отклоняется влево. Сила левой руки несколько снижена. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные рефлексы слева снижены. Вызывается патологический рефлекс Бабинского слева. В стационаре у больного развился приступ тонической судороги левой кисти. Приступ продолжался три минуты, протекал без расстройства сознания. В ликворе единичные эритроциты, белок — 0,6 г/л, цитоз — 5 в мкл. На краниограмме патологии не обнаружено. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Задача 34. Ж., 17 лет. Заболевание началось два года назад, когда появился приступ острой головной боли. В последующем приступообразные головные боли возникали ежемесячно. Три дня назад развился общий судорожный припадок с потерей сознания. На следующий день появились подергивания левой стопы, длившиеся до минуты. В течение дня возникли четыре аналогичных приступа без потери сознания. Патологии внутренних органов не выявлено. Опущен левый угол рта, язык отклоняется вправо. Рефлексы орального автоматизма. Острота зрения 1,0. Застойные диски зрительных нервов. Сила рук и ног достаточная. Сухожильные и надкостничные рефлексы оживлены, слева выше, чем справа. Патологический стопный рефлекс Бабинского слева. Наблюдали подергивания левой стопы с последующей генерализацией судорог и расстройством сознания. Анализ крови: СОЭ — 8 мм/ч, лейкоциты — 8000 в 1 МКл (эозинофилы — 7%). ЭЭГ: дезорганизация основных биоритмов и единичные острые волны в лобных областях симметрично. Спинномозговая жидкость: белок — 1,6 г/л, цитоз — 140 в мкл; реакция связывания комплемента с цистицерковым антигеном резко положительная. Краниограмма: остеопороз спинки турецкого седла. Обосновать топический диагноз. Обосновать и установить

предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Задача 35. Г., 10 лет, полгода назад утром, после сна, почувствовал сильную боль в затылке. Спустя 1 - 1,5 часа боль прекратилась, но потом периодически приступообразно стала повторяться. Последние два месяца появились несистемное головокружение и пошатывание при ходьбе. Постепенно приступы головной боли стали более продолжительными и интенсивными. Иногда они сопровождались рвотой, после которой самочувствие якобы несколько улучшалось. Из анамнеза установлено, что в возрасте 5 лет перенес корь, последние 2 года неоднократно болел ангиной. Объективно: сознание сохранено. Патологии внутренних органов не выявлено. Температура нормальная. Неврологическое состояние: острота зрения на оба глаза 0,7, поля зрения не ограничены. Застойные диски зрительных нервов. Горизонтальный крупноразмашистый нистагм симметрично в обе стороны. Сила левых конечностей снижена. Тонус мышц правой руки и ноги несколько снижен. Сухожильные и надкостничные рефлексы слева живее, чем справа. Кожные брюшные рефлексы слева вызываются хуже. Патологический рефлекс Бабинского слева. Проба Ромберга выявляет пошатывание преимущественно в правую сторону. При ходьбе даже с открытыми глазами пошатывается. При пальценосовой и указательной пробах отмечается помахивание и нерезко выраженное интенционное дрожание справа. Адиадохокinez и гиперметрия справа. Правой ногой неуверенно выполняет пяточно-коленную пробу. Чувствительность сохранена. Анализ крови: СОЭ — 10 мм/ч, лейкоциты — 7000 В 1 мкл. Спинномозговая жидкость ксантохромная, белок — 2,4 г/л, цитоз — 10 в мкл. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная. На краниограмме — остеопороз спинки турецкого седла. Определить топический диагноз. Обосновать и установить предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Задача 36. Д., 40 лет. Заболевание началось год назад с приступообразной головной боли, длившейся около часа. В последующем приступы повторялись 1-2 раза в месяц. Спустя полгода продолжительность приступов головной боли увеличилась и нарастала ее интенсивность. Затем она стала постоянной, периодически усиливаясь после сна, при физическом напряжении, кашле, чиханье, смехе, натуживании. Боль ощущается в глубине головы и носит распирающий характер. Иногда сопровождается рвотой, чаще утром, после сна, без предшествующей тошноты и

неприятных ощущений в области живота. Несколько дней назад больной проснулся от сильной головной боли, почти ничего не видя. Спустя полчаса острота зрения постепенно восстановилась. Объективно: АД — 145/87 мм.рт. ст. Пульс 53 удара в минуту, ритм правильный. Острота зрения на оба глаза 0,7, не корректируется линзами. Определяется левосторонняя гемианопсия с сохранным центральным полем зрения. Отечные диски соски зрительных нервов без атрофии. Зрачки хорошо реагируют на свет при освещении щелевой лампой поочередно обеих половин сетчатки. Двигательные, координаторные и чувствительные расстройства отсутствуют. Возник генерализованный судорожный припадок, которому предшествовали зрительные нарушения- яркое пятно в поле зрения. Анализ крови без патологии. Спинальная жидкость прозрачная бесцветная, белок — 1,2 г/л, цитоз — 6 в мкл. Температура 36,7°. Остеопороз спинки турецкого седла. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать предварительный клинический диагноз. Провести дифференциальный диагноз.

Задача 37. К., 28 лет. Заболел остро, когда появился озноб, сильная диффузная головная боль, тошнота, боли в мышцах шеи и рук, температура повысилась до 39°. На четвертый день болезни присоединились икота, одышка, паралич правой руки, отяжелела голова и стала опускаться кпереди. Спустя три недели самочувствие больного спонтанно улучшилось, прекратились икота, одышка, головная боль и боли в мышцах, нормализовалась температура. Но сила в мышцах рук и шеи не восстановилась. Установлено, что за три недели до заболевания больной был укушен клещем. Патологии внутренних органов не выявлено. Больной поддерживает голову рукой, чтобы она не свисала на грудь. Активные повороты головы в стороны невозможны. Плечи опущены. Правая рука неподвижна. Левая рука не поднимается выше горизонтальной линии. Лопатки крыловидные. Атрофия грудино-ключично-сосцевидных, трапециевидных мышц, мышц шеи, надплечья и правой руки. Снижен мышечный тонус правой руки. Сухожильные рефлексы руки не вызываются. Чувствительных расстройств не выявлено. В моче и ликворе патологии не установлено. РСК с вирусом клещевого энцефалита в крови ярко выражена. Установить топический диагноз. Обосновать и установить клинический диагноз. Провести дифференциальную диагностику.

Задача 38. А., 30 лет. Заболевание началось год назад с пароксизмальной тупой боли в затылке. Боль возобновлялась в любое время, сопровождаясь головокружением и шумом в голове. Около месяца возникла острая слабость слева - в руке и ноге при относительно хорошем общем состоянии. Известно, что три года назад

обращался в КВД, лечился пенициллином. Патологии внутренних органов не выявлено. Небольшая ригидность мышц затылка. Симптом Брудзинского. Острота зрения 1,0 симметрично. Диски зрительных нервов бледнорозовые с четкими границами. Асимметрия носогубных складок. Язык отводится. Умеренное снижение силы левых руки и ноги. Спастическая гипертония мышц. Сухожильные рефлексы слева значительно выше. Брюшные и подошвенный рефлексы отсутствуют слева. Кистевой и подошвенный рефлекс Россолимо слева. Установлена проводниковая поверхностная гемигипестезия слева. СОЭ — 26 мм/ч, лейкоцитоз крови — 9000. СРБ и ревмопробы отрицательные. Цитоз ликвора — 180 в мкл, белок 0,96 г/л. РИФ и РИБТ в ликворе положительные. МРТ – норма. На краниограмме патологии не отмечается. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. Провести дифференциальную диагностику.

Задача 39. Г., 10 лет. Заболел остро неделю назад, когда появилась припухлость в области околоушных слюнных желез, болезненность при глотании, некоторая общая слабость. В течение трех дней температура тела была повышена до 37,5 - 38°. Был установлен диагноз: эпидемический паротит. В результате лечения в домашних условиях самочувствие ребенка улучшилось, нормализовалась температура, и он перестал соблюдать постельный режим. На 8-й день заболевания ребенок проснулся рано утром от сильной головной боли, спустя несколько минут возникла рвота. Незначительная припухлость области околоушных слюнных желез. Пульс 58 в минуту. Температура 39,5°. Патологии внутренних органов не обнаружено. Ребенок беспокоен из-за сильной головной боли, сопровождающейся рвотой. Определяется ригидность мышц затылка. Признак Кернига с обеих сторон. Острота зрения - 1,0. Гиперемия дисков зрительных нервов. Сила рук и ног сохранена. Мышечно-сухожильные рефлексы симметричные. Патологических рефлексов нет. Отмечена световая, болевая и тактильная гиперестезия. Анализ крови: СОЭ - 25 мм/ч, лейкоциты—13000 в 1 мкл. Ликвор прозрачен, давление - 320 мм вод. ст., белок — 0,1 г/л, цитоз — 320 в мкл (лимфоциты), сахар — 45 мг/л, хлориды — 750 мг%. Установить топический диагноз. Обосновать и сформулировать клинический диагноз. Провести дифференциальную диагностику.

Задача 40. Больной К., 50 лет. Жалобы на отсутствие движений в левой руке, слабость и ограничение движений из-за слабости в левой ноге, онемение в левой половине тела. Заболел остро 1 месяц назад, когда на фоне полного

здоровья возникла слабость левой руки и ноги, онемела левая половина тела. Службой скорой медицинской помощи доставлен в больницу через 1,5 часа после госпитализации. При поступлении АД=160/100 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Ориентирован всесторонне верно, обращённую речь понимает, спонтанная речь сохранена, нечёткая, смазанная. Игнорирует двигательный дефект, пытается встать, говорит, что сам поднимется по лестнице в отделение. Левосторонняя гемианопсия. Сглажена левая носогубная складка. Девиация языка влево. Движения в левой руке и ноге отсутствуют. Снижение болевой и температурной чувствительности на левой половине тела. Сухожильные рефлексы слева выше чем справа, патологические стопные знаки слева. Тонус в левой руке и ноге не повышен. Функцию тазовых органов контролирует. ОАК и ОАМ без патологии. На рентгеновской компьютерной томографии головного мозга определяется зона ишемии в лобной, височной, теменной области правой гемисферы мозга. На УЗДГ сосудов шеи и головы эхо-признаки стенозирующего гемодинамически значимого атеросклероза правой наружной сонной артерии (стеноз – 64%), окклюзия внутренней сонной артерии справа от устья. Больной госпитализирован в отделение интенсивной терапии, проведён тромболизисактелизе. Через 7 дней больной переведён в отделение для больных с нарушением мозгового кровообращения. Объективно на данный момент. Общее состояние удовлетворительное. АД=140/90 мм.рт.ст., ЧСС=80 ударов в минуту. Неврологический статус. Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени, собственной личности верно, однако иногда во время разговора проявляются признаки игнорирования дефекта левой половины тела. Речевых нарушений нет. Правосторонняя гемианопсия. Зрачки равновеликие, фотореакция сохранена, симметричная. Движения глазных яблок в полном объёме. Болевая гипестезия левой половины лица. Сглажена левая носогубная складка. Глотание не нарушено, нёбный и глоточный рефлексы сохранены. Девиация языка влево, дизартрия из-за нарушения движений языка. Определяются рефлексы орального автоматизма. Атрофий мышц, фибрилляций и фасцикуляций нет. Движения в левой руке отсутствуют, в левой ноге определяются видимые на глаз минимальные движения без преодоления силы тяжести. Сухожильные рефлексы с рук и ног S>D, патологические стопные и кистевые знаки. Повышение мышечного тонуса в левой руке и ноге по типу складного ножа. Координаторные пробы правой рукой и ногой выполняет удовлетворительно, левой рукой и ногой не выполняет из-за слабости. Начал стоять с поддержкой, пытается опираться на левую ногу. Определяются болевая гипестезия левой половины тела, астереогноз. Функции тазовых органов контролирует. Описать клинические синдромы, топический диагноз и клинические синдромы на момент описания и на момент поступления. Определить

тактику ведения больного.

Задача 41. Больной Т., 24 года. Жалобы на нарушение разговорной речи, проявляющееся в нарушении инициации речи, затруднениях при подборе слов. За 4 месяца до поступления получил черепно-мозговую травму в результате удара тупым твёрдым предметом по голове. Доставлен в районную больницу по месту жительства. При поступлении глубокое оглушение. На рентгенограмма черепа: оскольчатый вдавленный перелом левой лобно-теменной области слева. Оперирован: резекционная трепанация черепа, удаление костных отломков. В послеоперационном периоде сознание восстановилось до ясного, обращённую речь понимал, спонтанная речь отсутствовала. При поступлении общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, АД=130/80 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Неврологический статус: ориентирован всесторонне верно, интеллект и память не нарушены. Обращённую речь понимает. При разговоре затруднения при инициации речи, на вопросы отвечает с задержкой, испытывает трудности при подборе слов. Черепно-мозговые нервы без патологии. Сила в руках и ногах достаточная. Тонус мышц нормальный. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Сухожильные рефлексы с рук и ног D>S, патологических стопных и кистевых знаков нет. Чувствительных выпадений нет. Функции тазовых органов контролирует. На МРТ головного мозга через 4 месяца после травмы: кистозно-фиброзные изменения в левой лобной и теменной долях, элементы кровоизлияния, дефект черепа в левой лобно-теменной области. Описать клиническую синдромологию, топический диагноз, клинический диагноз.

Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

выявить симптомы поражения нервной системы лица и полости рта, объединить их в синдром, поставить топический, этиологический и нозологический диагноз; оценить и провести анализ результатов клинических и дополнительных методов исследования.

ПК-6: способностью к определению у пациентов основных патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем - X пересмотра;

1) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты):

по теме «Тригеминальная невралгия. Нейростоматологические синдромы. Вегетативные синдромы лица»

1. Ядра тройничного нерва.

2. Ветви тройничного нерва.
3. 1я ветвь тройничного нерва, области иннервации и симптомы поражения.
4. 2я ветвь тройничного нерва, области иннервации и симптомы поражения.
5. Функция тройничного нерва.
6. Этиологические факторы тройничной невралгии.
7. Патогенетические механизмы тройничной невралгии.
8. Клинические проявления тройничной невралгии.
9. Диагностика и дифференциальная диагностика тройничной невралгии.
10. Лечение тройничной невралгии: консервативное и хирургическое.
11. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва: этиопатогенез, клиническая картина и лечение.
12. Невралгия носоресничного нерва (синдром Чарлина)
13. Невралгия ушно-височного нерва (синдром Фрей)
14. Невропатия мелких ветвей тройничного нерва: щечного нерва, язычного и верхних альвеолярных нервов.
15. Этиопатогенез одонтогенных заболеваний тройничного нерва.
16. Одонтогенная невралгия тройничного нерва.
17. Этиопатогенез и виды одонтогенных болей.
18. Дентальная плексалгия: этиология, клиника и принципы лечения.
19. Стомалгия (глоссалгия, глоссодиния): клиника, диагностика, лечение.
20. Виды поражений вегетативных узлов лица.
21. Поражение крылонебного узла (синдром Сладера)
22. Поражение ресничного узла (синдром Оппенгейма)
23. Поражение ушного узла.
24. Поражение поднижнечелюстного узла.
25. Поражение подъязычного узла.
26. Синдромы поражения шейного отдела симпатического ствола.

по теме «Лицевая нейропатия. Дифференциальный диагноз»

1. Ядра лицевого нерва.
2. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в мостомозжечковом углу.
3. Синдромология поражения ствола лицевого нерва во внутреннем слуховом проходе.
4. Синдромология поражения ствола лицевого нерва выше отхождения большого каменистого нерва.
5. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше стременного нерва.
6. Синдромология поражения ствола лицевого нерва в канале лицевого нерва выше барабанной струны.
7. Синдромология поражения лицевого нерва на уровне выхода из черепа.
8. Синдромология поражения двигательного ядра лицевого нерва.
9. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне внутренней петли лицевого нерва.
10. Синдромология одностороннего поражения ствола головного мозга на уровне ядра лицевого нерва.
11. Синдромология центрального и периферического поражения мимической мускулатуры.
12. Этиологические факторы лицевой невропатии.
13. Патогенетические механизмы лицевой невропатии.
14. Клинические проявления лицевой невропатии.
15. Диагностика и дифференциальная диагностика лицевой невропатии.
16. Лечение лицевой невропатии.
17. Синдром узла коленца (синдром Ханта).

18. Невралгия нерва крыловидного канала (синдром Файля)
19. Невралгия барабанного нерва (синдром Рейхерта)
20. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава: этиология и патогенез.
21. Миофасциальный болевой синдром лица (МФБС): клиника и диагностика.
22. Лечение МФБС.
23. Гемиспазм лица.
24. Параспазм лица.
25. Блефароспазм.

2) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения):

ЗАДАЧА 1

К стоматологу обратился больной к. 43 лет с жалобами на боли в области неба с отдачей в левое ухо, головные боли, на высыпания в области языка и «перекос лица». При объективном исследовании выявлено: периферический парез лицевой мускулатуры слева, гиперестезия в области левой ушной раковины, герпетические высыпания на левой 1/2 языка, гиперестезия и снижение вкуса на передних 2/3 языка слева, сухость глаза слева и гиперракузия. Определить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 2

У больного 62 лет после протезирования появились приступообразные боли в передних 2/3 языка справа, которые провоцируются приемом пищи, разговором. При обследовании выявляется легкая гиперестезия на передних 2/3 языка справа. Прием анальгетиков снимает боль. Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 3

Больная 56 лет в течение В лет страдает гипертонической болезнью. Во время экстракции зуба почувствовала головную боль, тошноту, слабость в правых конечностях и затруднение речи, речь окружающих понимала. В неврологическом статусе выявлено: снижение мышечной силы, повышение мышечного тонуса в правых конечностях, асимметрия сухожильных рефлексов D>S симптом Бабинского. АД 220/105 мм рт. ст. Определить клинический диагноз.

ЗАДАЧА 4

Больная 36 лет страдает хроническим гайморитом. В клинику поступила с жалобами на приступообразные боли в области правого глазного яблока, надбровья и правой половины носа, возникающих на фоне охлаждения. Боли сопровождаются обильным слезотечением, набуханием слизистой оболочки правой половины носа и выделением жидкого секрета. Приступ боли может держаться в течение нескольких часов. Объективно: болезненность при пальпации внутреннего угла правого глаза, гиперестезия в правой орбикалярной области. Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 5

Больной 60 лет обратился к врачу стоматологу с жалобами на приступообразный характер болей в верхней челюсти справа, преимущественно в области верхних коренных зубов, в области щеки. Приступ длится в течение 12 мин, провоцируется приемом пищи, разговором. При объективном обследовании выявляется резкая болезненность точки выхода 2-й ветви тройничного нерва слева, при смещении кожи в области верхней губы возникает приступ резчайших болей. После экстракции 2-го коренного зуба болевой синдром не купирован. Больной направлен к неврологу. Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 6

Больной 48 лет обратился к врачу с жалобами на резкие боли пульсирующего характера в течение 3-х дней в области щеки и челюсти. Справа заметил отек в области щеки. После лечения кариозного зуба и депульпирования боль значительно уменьшилась, на 2-е сутки полностью прекратилась. При пальпации точек выхода тройничного нерва болей нет, чувствительных расстройств на лице нет. Определить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 7

У больной 34 лет после экстракции зуба (2-го нижнего премоляра) возникло осложнение (остеомиелит нижней челюсти). На 5-е сутки заболевания у больной резко поднялась температура (до 38,5), появились головные боли, рвота. При объективном исследовании выявлены положительные симптомы Кернинга, Брудзинского, ригидность мышц затылка 4 см. Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 8

Больной 66 лет в течение 12 лет болен гипертонической болезнью. В анамнезе дважды перенес гипертонический криз. Во время протезирования зубов в кабинете врача почувствовал резкую головную боль, на 10 мин потерял сознание. Когда пришел в себя, жаловался на сильнейшую головную боль, тошноту, дважды была рвота. При обследовании больного врач скорой помощи выявил положительные менингеальные симптомы: ригидность мышц затылка 2 см, симптом Кернинга, Брудзинского. Поставить клинический и топический диагнозы.

ЗАДАЧА 9

Больной 24 лет после автоаварии доставлен в приемное отделение областной больницы. О случившемся больной не помнит. Жалуется на сильную головную боль, тошноту, однократно была рвота. При объективном исследовании выявляется легкий левосторонний гемипарез, положительные менингеальные симптомы, из правого уха выделяется светлая жидкость. В правой височной области имеется припухлость мягких тканей, асимметрия лицевой мускулатуры, больной с трудом открывает рот. На 2-е сутки состояние ухудшилось, усилилась головная боль, появился мидриаз справа, пульс 52 уд. в мин., АД 140/80 мм.рт.ст. Определить топический и клинический диагнозы, дополнительные методы обследования и тактику ведения.

ЗАДАЧА 10

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение жжения, покалывания, пощипывания в области языка и слизистой полости рта. (2 недели назад протезирование зубов). При осмотре стоматолог обнаружил неправильный прикус. Изменений со стороны языка и слизистой полости рта не выявлено. Определить топический и клинический диагнозы.

ЗАДАЧА 11

У женщины 40 лет на третий день после удаления зуба возникли постоянные боли в области верхней челюсти и щеки слева. В этой зоне периодически появлялись пульсирующие острые боли, которые продолжались несколько часов. При осмотре определялась гиперестезия в области крыла носа и верхней губы слева, болезненность точки выхода 2-й ветви тройничного нерва при пальпации. Триггерных зон нет. Поставить клинический диагноз и назначить лечение.

ЗАДАЧА 12

У женщины 50 лет при подготовке к протезированию удалено несколько зубов верхней челюсти слева, после чего стали возникать продолжительные приступы жгучей боли в области правой половины верхней челюсти. Приступ длится от 40 до 50 минут. Между приступами сохраняется ноющая боль в верхней челюсти. На высоте боли отечность десны, болезненность при глубокой и поверхностной пальпации кожной проекции верхнего зубного сплетения. Поставить клинический диагноз и назначить лечение.

ЗАДАЧА 13

Больной 43 лет жалуется на головную боль, недомогание, повышение температуры. Через 2 дня появились жгучие боли в области лба, глаза, височной области слева. Спустя три дня в области лба, роговицы глаза появились герпетические высыпания. Боль в этой области усилилась, иррадирует в нижнюю половину лица. При осмотре обильные герпетические высыпания на коже в височной области и роговице слева, гиперестезия на половине лица. Поставить клинический диагноз, назначить лечение

ЗАДАЧА 14

У мальчика 14 лет после травмы левого глаза возникли приступообразные боли в области левого глазного яблока, надбровья, спинки носа. Продолжительность приступа несколько часов. При осмотре отечность века, инъецированность склер, слезотечение, светобоязнь. Улучшение наступило после смазывания анестетиками слизистой оболочки носа. Поставить диагноз, назначить лечение.

ЗАДАЧА 15

На следующий день после длительного переохлаждения мужчина 40 лет заметил перекошенность лица слева, сухость левого глаза, обостренное восприятие звуков этим ухом, нарушение вкуса на левой половине языка. Жидкая пища плохо удерживалась в полости рта. При осмотре глаз не закрывается, носогубная складка опущена, не удается попытка надуть левую щеку, вытянуть губу трубочкой. Поставить клинический диагноз, назначить лечение.

Перечень практических навыков, входящих в данную компетенцию:

сбор и структурирование жалоб и анамнестических сведений, предоставление концепции истории заболевания, выявление дифференциально-диагностических признаков патологических состояний.

3) Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Владеть» (решать сложные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности):

ЗАДАЧА 16

Больная 24 лет перенесла острое респираторное заболевание, через три дня после которого возникли приступообразные боли в области глаза, носа, верхней челюсти. Приступы болей чаще возникали в ночные часы. Иррадиировали в область уха, плеча, лопатки, предплечья. Во время приступа наблюдалось покраснение половины лица, отек лица, слезотечение. Продолжительность болей 23 часа. Смазывание слизистой оболочки носа снимает боль. Провести дифференциальный диагноз, выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 17

У больной 15 лет после тонзилэктомии стали возникать приступообразные боли в области гортани с иррадиацией в правую нижнюю челюсть и ухо, сопровождающиеся кашлем, общей слабостью. Определяется болевая точка на боковой поверхности шеи, выше щитовидного хряща. Глоточный рефлекс снижен справа. Провести дифференциальный диагноз, выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 18

После удаления зуба в течение месяца сохраняются боли и онемение в зубах верхней челюсти. При обследовании отмечается анестезия десны верхней челюсти в области удаления и прилежащего участка слизистой щеки. Провести дифференциальный диагноз, выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 19

Женщина 67 лет жалуется на неприятные ощущения в полости рта. Отмечаются также жжение и онемение в передних 2/3 языка, распространяющиеся на слизистую оболочку полости рта. Прием пищи уменьшает неприятные ощущения. Провести дифференциальный диагноз, выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 20

У юноши 19 лет в течение последних 2-х лет повторно возникает паралич лицевого нерва слева. При осмотре левый глаз не закрывается, носогубная складка опущена, имеется отек левой губы, складчатый язык. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 21

Больной 3В лет жалуется на слабость и зябкость рук, частые ожоги, которые возникали как-то незаметно. Объективно: отмечается несоразмерность длины туловища, кифосколиоз, сужение правой глазничной щели, миоз справа, легкая гипотрофия мышц дистальных отделов рук, больше справа, нарушение болевой и температурной чувствительности справа, начиная с кончика носа до уровня пупка. Поставить клинический и топический диагнозы. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 22

Больной 20 лет упал с мотоцикла, потерял сознание. Очнулся в машине скорой помощи, о случившемся в первые минуты не помнил. Бледен, следы ушибов в области туловища и головы, рефлекторных и чувствительных нарушений не выявлено. Менингеальных симптомов нет. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 23

Заболевание развилось внезапно, появился озноб, головные боли, рвота, температура 39,8о С. При объективном обследовании состояние тяжелое, стонет, жалуется на головную боль, адинамичен, в области кожных покровов живота петехиальная сыпь, отворачивается от яркого освещения. Ригидность затылочных мышц 4 см, симптом Кернига от угла 10о. Положительные симптомы Брудзинского. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 24

Больной 68 лет заболел остро на фоне психотравмирующей ситуации. Внезапно появилась головная боль, нарушилось равновесие и больной упал. При осмотре врачом скорой помощи установлено: больной загружен, заторможен, отвечает односложно, быстро засыпает. Активные движения в левых конечностях отсутствуют, справа периодически возникает автоматизированная жестикуляция, имеется нерезко выраженный менингеальный синдром АД 180/100 мм рт.ст. Пульс ритмичный, напряженный. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

ЗАДАЧА 25

Больной 45 лет. Последние 3 месяца беспокоит головная боль нарастающей интенсивности, продолжительности и частоты. Последний приступ головной боли сопровождался рвотой. Больной «загружен», заторможен. В неврологическом статусе: небольшая правосторонняя пирамидная недостаточность в виде оживления рефлексов, сглаженность носогубной складки. Провести дифференциальный диагноз выработать тактику лечения.

Умение обосновать диагноз и выбор лечебно-диагностической тактики по данной истории болезни позволяет оценить сформированность компетенции на уровне владения.