федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВая хирургия» по специальности 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по направлению подготовки (специальности) 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол № 11 от «27» июня 2023 г.

Оренбург

**1. Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме экзамена.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно-оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебном плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

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

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

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

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

ПК-1. Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

ПК-2. Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «челюстно-лицевая хирургия».

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся**

**Оценочные материалы в рамках модуля дисциплины**

**Модуль 1**. **Воспалительные процессы челюстно-лицевой области**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Классификация воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Этиология одонтогенного остеомиелита челюстей.
3. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон лица и шеи.

**Модуль 2**. **Травматология челюстно-лицевой области**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Статистика и классификация переломов нижней челюсти.
3. Клиника неогнестрельных переломов верхней челюсти.

**Модуль 3**. **Заболевания и поражения нервов лица и челюстей, височно-нижнечелюстного сустава**

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Невралгия тройничного нерва. Клиническая картина.
2. Классификация заболеваний ВНЧС.
3. Клинические проявления анкилозов ВНЧС.

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Модуль 1**. **Воспалительные процессы челюстно-лицевой области**

**Практическое занятие №1**

Тема: Особенности обследования хирургического стоматологического больного. Местные анестетики и медикаментозные средства, применяемые для местного обезболивания. Виды местного обезболивания.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, прием практического навыка).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Опрос больных с патологией челюстно-лицевой области (выяснение жалоб, анамнеза заболевания и жизни больного, выяснение сопутствующих заболеваний).
2. Методика осмотра челюстно-лицевой области (лица, полости рта).
3. Дополнительные методы исследования и их значение в обследовании больных с патологией челюстно-лицевой области.
4. Определение понятия "диагноз", виды диагнозов.
5. Роль электроодонтодиагностики для выявления хирургических стоматологических заболеваний.
6. Морфологическая диагностика в хирургической стоматологии.
7. Последовательность заполнения медицинской карты стоматологического больного при обследовании стоматологического больного и постановке диагноза.
8. Методика обработки рук стоматолога-хирурга в поликлинике.
9. Классификация методов местной анестезии.
10. Классификация анестетиков местного действия. Медикаментозные средства, обладающие местноанестезирующим действием. Их физико-химические свойства.
11. Механизм действия местных анестетиков (новокаина, тримекаина, лидокаина, ультракаина, дикаина и др.).
12. Лекарственные формы местных анестетиков, способы применения, разовые дозы. Правила хранения медикаментозных средств для местного обезболивания.
13. Сосудосуживающие средства, применяемые одновременно с местными анестетиками, механизм их действия, высшие разовые дозы, показания к применению. Противопоказания к применению вазоконстрикторов.
14. Способы введения местных анестетиков. Аппликационное и инфильтрационное обезболивание. Проводниковое обезболивание. Преимущества и недостатки каждого вида обезболивания.

**Тестовые задания:**

1. Обследование пациента начинают с применения методов:

1) рентгенологических 2) лабораторных

3) термометрических 4) основных

5) цитологических

2. К основным методам обследования относятся:

1) опрос, рентгенография 2) опрос, осмотр

3) осмотр, ЭОД 4) ЭОД, рентгенография

5) перкуссия, ЭОД

3. Опрос пациента начинается с выяснения:

1) истории жизни 2) анамнеза заболевания

3) перенесенных заболеваний 4) жалоб

5) аллергоанамнеза

4. Слизистая оболочка полости рта в норме:

1) бледного цвета, сухая

2) бледно-розового цвета, сухая

3) бледно-розового цвета, равномерно увлажнена

4) ярко-красного цвета, обильно увлажнена

5) гиперемирована, отечна

5. Осмотр пациента начинают с:

1) заполнения зубной формулы 2) определения прикуса

3) внешнего осмотра 4) осмотра зубных рядов

5) перкуссии зубов

6. При обследовании лимфатических узлов применяют метод:

1) перкуссии 2) зондирования 3) пальпации

4) рентгенографии 5) аускультации

7. При пальпации поднижнечелюстных лимфатических узлов голова пациента должна быть:

1) отклонена назад 2) отклонена влево 3) отклонена вправо

4) наклонена вперед 5) отклонена назад и влево

8. Подвижность зубов определяют с помощью инструмента:

1) зеркала 2) углового зонда 3) пинцета 4) экскаватора 5) шпателя

9. При осмотре полости рта зондирование зубов проводят:

1) по всем поверхностям 2) в пришеечной области

3) в области контактных поверхностей 4) в фиссурах

5) в области бугров

10. Пальпация относится:

1) к клиническому методу обследования больного

2) к дополнительному методу обследования больного

3) к лабораторному методу обследования больного

4) к функциональному обследованию

5) к рентгенологическому методу обследования больного

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование проведения местного обезболивания.

**Практическое занятие №2**

Тема: Потенцированное местное обезболивание. Премедикация. Выбор обезболивания и подготовка больного к вмешательству при сопутствующих заболеваниях и у лиц пожилого возраста. Обезболивание при оперативных вмешательствах на верхней и нижней челюстях.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Потенцированное местное обезболивание. Показания, противопоказания к его применению.
2. Лекарственные средства, применяемые для потенцированного обезболивающего эффекта местных анестетиков.
3. Особенности проведения местного обезболивания у лиц с сопутствующей общей патологией.
4. Показания для применения карпулированных анестетиков.
5. Анатомия второй ветви тройничного нерва.
6. Особенности инфильтрационной анестезии при удалении зубов на верхней челюсти.
7. Методика блокирования II ветви тройничного нерва у круглого отверстия.
8. Методика блокирования подглазничного нерва.
9. Методика блокирования носонебного нерва.
10. Методика блокирования большого небного нерва.
11. Методика блокирования верхних задних альвеолярных нервов.
12. Анатомия третьей ветви тройничного нерва.
13. Методика блокирования нерва у подбородочного отверстия.
14. Методика блокирования нерва у нижнечелюстного отверстия.
15. Методика блокирования щечного и язычного нервов.
16. Методика блокирования нижнечелюстного нерва у овального отверстия.
17. Методика блокирования нижнечелюстного нерва по Берше-Дубову.
18. Методика инфильтрационной анестезии при операциях на нижней челюсти.
19. Достоинства и недостатки каждого способа анестезии. Показания к применению.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Местное обезболивание у лиц с сопутствующей патологией и у лиц пожилого возраста.
2. Показания к применению потенцированного местного обезболивания.
3. Противопоказания к применению потенцированного местного обезболивания.

**Тестовые задания:**

1. Внутривенное введение лидокаина с целью дополнения к общей анестезии вызывает

1) угнетение глоточных рефлексов, угнетение дыхания, угнетение гортанных рефлексов;

2) эксрасистолию

3) брадикардию

4) тахикардию

5) брадикардию, экстрасистолию

2. Основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является:

1) местное

2) общее (наркоз)

3) комбинированное

4) нейролептаналгезия

5) масочный наркоз

3. При туберальной анестезии проводится блокада верхних луночковых ветвей:

1) задних

2) средних

3) передних

4) передних и средних

5) нижних

4. При инфраорбитальной анестезии проводится блокада верх­них луночковых ветвей:

1) средних и задних

2) передних и задних

3) передних и средних

4) задних

5) нижних

5. При анестезии у большого небного отверстия обезболи­вается:

1) носонебный нерв

2) большой небный нерв

3) среднего верхнего зубного сплетения

4) нижнечелюстной нерв

5) блуждающий нерв

6. Противопоказаниями к проведению местного обезболивания являются

1) дентофобия

2) резко выраженная эмоциональность с невротической реакцией

3) заболевания центральной нервной системы

4) детский возраст

5) все вышеперечисленные противопоказания

7. Инфильтрационная анестезия наиболее показана

1) для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка

2) для нижнего первого премоляра

3) для центральных нижних резцов

8. Токсическая реакция на введение лидокаина проявляется

1) мианозом, сонливостью: уменьшается назначением в премедикации

2) судорогами

3) тошнотой и рвотой

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Вы, заведующий хирургическим стоматологическим отделением, инструктируете средний медицинский персонал о приготовлении местно­го анестетика на рабочую смену для трех стоматологических мест.

1. Укажите, какой концентрации анестетики должны быть на стерильном столе?
2. В каком из них должен быть вазоконстриктор?

**Задача 2.** Для оказания помощи к Вам доставлен больной с переломом костей носа со смещением.

1. Какие способы местного обезболивания Вы при этом используете?
2. Какими препаратами?
3. В каком количестве?

**Задача 3.** К Вам пришла пациентка с целью санации и подготовки полости рта к протезированию. Она испытывает выраженное нервно-психическое на­пряжение и находится в состоянии ситуационно-эмоционального стресса перед предстоящим множественным удалением корней и зубов по поводу хронического периодонтита на нижней и верхней челюстях.

1. Какой вид обезболивания Вы используете?
2. Какие препараты Вам потребуются?
3. Какова будет последовательность обезболивания?

**Задача 4.** Больному необходимо удалить 23, 24 зубы по поводу хронического перио­донтита.

1. Какие способы местного обезболивания Вы используете?

**Задача 5.** Больной находится на лечении в стационарном отделении с диагно­зом: хронический одонтогенный гайморит со свищевым ходом в области лунки удаленного по поводу хронического периодонтита зуба 27.

1. Какой вид обезболивания должен быть использован при операции радикальной гайморотомии и пластике свищевого хода?
2. Какие способы местного обезболивания при этом следует провести?

**Задача 6.** Достаточно ли будет туберальной анестезии для лечения хронического пульпита 16?

1. Достаточно ли будет в данном случае инфильтрационной анестезии?
2. Нужна ли при этом небная анестезия?

**Задача 7.** Больной предстоит операция цистэктомии по поводу радикулярной кисты в области 14, 13, 12.

1. Какие способы местной анестезии вы при этом используете?

**Проверка практических навыков:**

1. Проведение местного обезболивания перед оперативным вмешательством у лиц с сопутствующей патологией и у лиц пожилого возраста.
2. Проведение местного обезболивания на верхней и нижней челюсти.

**Практическое занятие №3**

Тема: Местные осложнения при местном обезболивании. Причины, диагностика, лечение, профилактика. Общие осложнения при местном обезболивании. Причины, диагностика, лечение, профилактика.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Местные осложнения при проведении инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
2. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на верхней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
3. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на нижней челюсти (клиника, диагностика, лечение).
4. Предупреждение местных осложнений при проведении местной анестезии.
5. Оказание помощи и предупреждение обморока у больных в хирургическом кабинете стоматологической поликлиники.
6. Причины развития лекарственной интоксикации после местной анестезии в челюстно-лицевой области. Клиника оказание помощи, профилактика.
7. Причины развития аллергической реакции (отек Квинке, анафилактического шока) у больных после местного обезболивания. Клиника, оказание помощи, профилактика.
8. Причины развития гипертонического криза у больных после местного обезболивания в челюстно-лицевой области. Клиника, оказание помощи, профилактика.
9. Причины развития острого нарушения кровообращения после местного обезболивания. Клиника, оказание помощи, профилактика.
10. Причины развития других неотложных состояний (приступ бронхиальной астмы, эпилепсии и др.). Клиника, лечение и профилактика.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Лечение местных осложнений при проведении инфильтрационной анестезии на верхней и нижней челюстях.
2. Лечение местных осложнений при проведении проводниковой анестезии на верхней и нижней челюстях.

**Тестовые задания:**

1. Непосредственным общим осложнением местной анестезии является:

1) обморок 2) гематома 3) контрактура

4) кровотечение 5) пародонтит

2. Обморок – это:

1) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

2) аллергическая реакция на антиген

3) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

3. Коллапс – это:

1) аллергическая реакция на антиген

2) потеря сознания с отсутствием мышечного тонуса

3) проявление сосудистой недостаточности с сохранением сознания

4) гипертонус мышц

5) дыхательная недостаточность

4. Во время коллапса кожные покровы:

1) сухие, бледные 2) влажные, бледные 3) сухие, гиперемированные

4) влажные, гиперемированные 5) нормальные

5. Пульс во время коллапса:

1) частый, нитевидный 2) нитевидный, редкий

3) частый, хорошего наполнения 4) редкий, хорошего наполнения

5) нормальный

6. Анафилактический шок преимущественно развивается на фоне:

1) диатеза 2) интоксикации 3) хронического панкреатита

4) перенесенной ранее аллергической реакции 5) атеросклероза

7. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) альвеолит

4) остеомиелит 5)гипертонический криз

8. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) альвеолит

4)остеомиелит 5) анафилактический шок

9. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) обморок

4) альвеолит 5) остеомиелит

10. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят:

1) анурез 2) синусит 3) коллапс

4) альвеолит 5) остеомиелит

**Проверка практических навыков:**

1. Профилактика местных осложнений при оперативном вмешательстве.
2. Профилактика общих осложнений при местном обезболивании.

**Практическое занятие №4**

Тема: Общее обезболивание. Показания и особенности проведения общего обезболивания при операциях на лице и в полости рта. Осложнение наркоза. Основы реанимации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Особенности общего обезболивания при операциях на лице и в полости рта.
2. Показания к общему обезболиванию в стоматологической поликлинике и стационаре.
3. Лекарственные средства для масочного, эндотрахеального, внутривенного и внутримышечного наркоза.
4. Подготовка больного к общему обезболиванию.
5. Наблюдение за больным после общего обезболивания.
6. Осложнения общего обезболивания на амбулаторном приеме у стоматолога. Принципы и способы реанимации.

**Тестовые задания:**

1. Для внутривенного наркоза применяются:

1) калипсол

2) фторотан

3) дроперидол

4) оксибутират натрия

5) лидокаин

2. Способами неингаляционного наркоза являются:

1) масочный

2) внутривенный

3) эндотрахеальный

4) внутрикостный

5) местная анестезия

3. Для неингаляционного наркоза применяется:

1) эфир

2) фторотан

3) сомбревин

4) закись азота

5) дропиридол

4. Противопоказание к проведению общего наркоза

1) полный желудок

2) аллергия к местным анестетикам

3) неуравновешенность психики больного

4) сепсис

5) хронический воспалительный процесс

5. Наркозом, используемым при длительных и травматических операциях, является:

1) масочный

2) внутривенный

3) электронаркоз

4) эндотрахеальный

5) местная анестезия

6. Общим обезболиванием является:

1) атаралгезия

2) эндотрахеальный наркоз

3) проводниковая анестезия

4) вагосимпатическая блокада

5) инфильтрационная анестезия

7. Общим обезболиванием является:

1) внутривенный наркоз

2) стволовая анестезия

3) спинальная анестезия

4) паранефральная блокада

5) вагосимпатическая блокада

8. Жидкое наркотическое средство, используемое для ингаляционного наркоза:

1) фторотан

2) калипсол

3) циклопропан

4) закись азота

5) баралгин

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование общего обезболивания.

**Практическое занятие №5**

Тема: Классификация воспалительных заболеваний. Этиология, патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний. Периодонтиты. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация и сравнительная частота воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Этиология, патогенез и патологическая анатомия периодонтитов.
3. Острый гнойный периодонтит и обострение хронического периодонтита, клиническая картина и лечение.
4. Причины возникновения периодонтитов.
5. Классификация периодонтитов по И.Г. Лукомскому.
6. Клинико-рентгенологические особенности каждой формы хронического периодонтита.
7. Клиника, дифференциальная диагностика острых и хронических периодонтитов.
8. Принципы и методы лечения хронического периодонтита.
9. Консервативно-хирургические методы лечения периодонтитов.
10. Показания и противопоказания к операции резекции верхушки зуба.
11. Показания и противопоказания к реплантации и имплантации зубов.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Классификация воспалительных процессов челюстно-лицевой области.
2. Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита.
3. Лечение острого гнойного периодонтита.
4. Классификация периодонтитов
5. Показания и противопоказания к операции резекции верхушки зуба.
6. Показания и противопоказания к реплантации и имплантации зубов.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острым гнойным периодонтитом.
2. Планирование лечения пациентов с хроническим периодонтитом.

**Практическое занятие №6**

Тема: Операция резекции верхушки корня, гемисекция, ампутация корня. Операция пересадки зубов (реплантация и трансплантация).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методика резекции верхушки корня зуба.
2. Методика гемисекции, ампутации корня зуба, короно-радикулярной сепарации.
3. Осложнения во время операции и в послеоперационный период.
4. Подготовка зуба к реплантации. Методика реплантации.
5. Типы сращения реплантированного зуба с альвеолой.
6. Иммобилизация пересаженного зуба.
7. Осложнения после реплантации и имплантации зубов.

**Вопросы для письменного опроса:**

**Задача 1.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодически возни­кающую припухлость в области зуба 22. Местно: отмечается незначительная болезненность при перкуссии зуба 22, глубокая кариозная полость, при ЭОД зуб не реагирует. При рентгенологическом исследовании: канал корня зуба 22 не запломбирован, в области верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими границами, размером 0,5x0,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операцией?
3. Какая операция показана в данном случае и какова техника ее выполнения?

**Задача 2.** Больная, 40 лет, обратилась с просьбой сохранить зуб 26, так как он яв­ляется опорой мостовидного протеза от зубов 13 до 26.Местно: на слизистой оболочке на уровне медиального щечного корня имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании зуба 26опреде­ляются тени пломбировочного материала в небном и дистальном корнях на всем протяжении, у медиального щечного корня имеется такая же тень у устья канала, а в области верхушки этого корня отмечается разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3x0,2 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Каким хирургическим методом можно сохранить зуб 16?

**Задача 3.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области зуба 21**.** Зуб ранее лечен, изменен в цвете. Местно: на уровне верхушки корня зуба 21имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгеноло­гическом исследовании зуба 21 отмечается тень пломбировочного материала на протяжении 1/2 длины корня, у верхушки определяется разрежение кос­ной ткани с четкими контурами, размером 0,4x0,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможно ли сохранение зуба 21?
3. Выберите метод оперативного вмешательства и опишите технику его выполнения.

**Задача 4.** Больной 30 лет направлен врачом-ортопедом с рекомендацией прове­дения хирургического лечения и сохранения зуба 46 для последующего проте­зирования. Местно: зуб 46 неподвижен, на рентгенограмме - дистальный ко­рень запломбирован до верхушки, медиальный корень запломбирован на 1/3, у его верхушки имеется разрежение размером 0,3x0,4 округлой формы.

1. Поставьте диагноз.
2. Какая операция показана в данном случае?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование операции резекции верхушки корня, гемисекции, ампутации корня.

**Практическое занятие №7**

Тема: Острый одонтогенный периостит челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез и патологическая анатомия острого периостита челюстей.
2. Источники инфекции и пути проникновения инфекции из периодонта в надкостницу челюсти.
3. Дифференциальная диагностика периостита челюстей.
4. Клиническая картина и лечение периостита верхней челюсти.
5. Медикаментозные средства и методы физиотерапии в лечении периоститов.

**Тестовые задания:**

1. Клиническим признаком периостита является:

1) гематома лица 2) подвижность всех зубов 3) затрудненное открывание рта

4) выбухание подъязычных валиков 5) гиперемия и отек переходной складки

2. Причиной развития периостита является:

1) перикоронит

2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического верхнечелюстного синусита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

3. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) острым остеомиелитом 5) хроническим верхнечелюстным синуситом

4. При периостите следует:

1) удалить причинный зуб 2) запломбировать канал до вскрытия периоста

3) запломбировать кариозную полость 4) удалить пломбу

5) расширить зубо-десневой карман

5. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) переломом зуба 3) острым сиалодохитом

4) хроническим верхнечелюстным синуситом 5) обострением хронического периодонтита

6. Типичный оперативный доступ при периостите заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

7. Причиной развития периостита является:

1) острый пародонтит 2) ушиб мягких тканей лица

3) фиброма альвеолярного отростка 4) обострение хронического гайморита

5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

8. При периостите гнойный процесс локализуется под:

1) кожей 2) мышцей

3) надкостницей 4) наружной кортикальной пластинкой челюсти

5) слизистой оболочкой альвеолярного отростка

9. При остром гнойном периостите челюсти на рентгенограмме выявляется

1) хронический периодонтит причинного зуба 2) тень секвестра

3) очаги деструкции костной ткани 4) луковичные напластования

5) очаг остеосклероза

10. Причиной развития периостита является:

1) альвеолит 2) ушиб мягких тканей лица 3) фиброма альвеолярного отростка

4) обострение хронического гайморита 5) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной облас­ти справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть зуба 46 частично разрушена, зуб 46 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 46, 47 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение 2 дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3°С. При осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть зуба 35 частично разрушена, зуб 35 неподвижен. Перкуссия слабоболезненна. Переходная складка в облас­ти зубов 35, 36 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части зубов 14, 15 частично разрушены, перкуссия слабоболезненна. На альвеолярном от­ростке в области проекции верхушек корней зуба 14 имеется свищевой ход.

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

**Задача 3.** Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температур тела 37,0°С. В полости рта: коронковые части зубов 47, 46 частично разрушены, определяется подвижность II степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 47, 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обследование необходимо провести дополнительно?

**Задача 4.** Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней че­люсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°С. В полости рта: коронковая часть зуба 16 частично разрушена, зуб 16 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области зубов 17, 16выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части зубов 12, 11 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня зуба 12 определяется свищевой ход.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острым одонтогенным периоститом челюстей.

**Практическое занятие №8**

Тема: Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Подострая стадия одонтогенного остеомиелита челюстей. Хроническая стадия одонтогеннго остеомиелита челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация остеомиелита челюстей.
2. Этиология одонтогенного остеомиелита челюстей.
3. Современные концепции патогенеза одонтогенного остеомиелита, патологоанатомические изменения при одонтогенном остеомиелите.
4. Клиника острой стадии остеомиелита челюстей.
5. Диагностика и дифференциальная диагностика острой стадии остеомиелита.
6. Алгоритм лечения острой стадии одонтогенного остеомиелита.
7. Хирургические методы лечения острой стадии одонтогенного остеомиелита.
8. Методы детоксикации при лечении остеомиелитов.
9. Медикаментозная физическая терапия при лечении остеомиелита.
10. Осложнения в острой стадии одонтогенного остеомиелита.
11. Клиника, диагностика подострой стадии одонтогенного остеомиелита челюстей.
12. Дифференциальная диагностика подострой стадии одонтогенного остеомиелита.
13. Лечение больных в подострой стадии одонтогенного остеомиелита.
14. Клиника, диагностика хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюстей.
15. Дифференциальная диагностика хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
16. Лечение больных в хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
17. Осложнения при хронической стадии одонтогенного остеомиелита.
18. Показания и методика выполнения секвестрэктомии.

**Тестовые задания:**

1. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) ксеростомия 3) перикоронит

4) ложный сустав 5) парез лицевого нерва

2. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит 2) перелом челюсти 3) острый лимфаденит

4) обострение хронического периодонтита 5) острый пульпит

3. При лечении острого остеомиелита челюсти необходимо провести:

1) периостотомию с двух сторон альвеолярного отростка

2) периостотомию с одной стороны альвеолярного отростка

3) секвестрэктомию

4) резекцию верхушки корня причинного зуба

5) цистэктомию

4. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

1) подвижность всех зубов на челюсти

2) боль в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже

3) озноб, повышение температуры до 40°С, симптом Венсана, подвижность зубов

4) острые пульсирующие боли в зубе, головная боль

5) ноющая боль в зубе, температура до 37°С

5. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти бывает:

1) сепсис 2) перикоронит 3) ксеростомия

4) деформация челюсти 5) парез лицевого нерва

6. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс в:

1) лимфоузлах 2) слюнных железах 3) периапикальных тканях

4) верхнечелюстной пазухе 5) месте перелома челюсти

7. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:

1) удалить 2) раскрыть 3) запломбировать 4) депульпировать 5) реплантировать

8. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:

1) острый паротит 2) перелом челюсти 3) острый лимфаденит

4) снижение реактивности организма 5) травма плохо изготовленным протезом

9. Показанием к секвестрэктомии служит:

1) подвижность секвестра 2) разрежение костной ткани в очаге поражения

3) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава 4) хронический периостит

10. Средние сроки формирования секвестров на нижней челюсти

1) 1-2 неделя 2) 6-8 неделя 3) 3-4 неделя 4) 4-5 неделя 5) 16-20 неделя

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 35 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: температура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с небной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 24, 25, 26, 27 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,8°С. При по­ступлении: температура тела 39,5°С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллате­ральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева. Слизистая этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. Зубы 34, 35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части зубов 34, 35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

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

**Задача 3.** Больная, 35 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти справа, начавшиеся два дня назад и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 39,0°С. При по­ступлении: температура тела 38.0°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области справа. Правая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в склад­ку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта отмечается коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и небной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 17, 16.Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести?

**Задача 4.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подборо­дочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: темпе­ратура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, соби­рается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспоко­ит, отмечает медленный рост образования.

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

**Задача 5.** Больная, 26 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 22, 23, 24, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры, обращалась в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется изменение конфигурации лица за счет припухлости нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется ее утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфа­тические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта зубы 21, 12, 23, 24 - подвижность II-III степени, коронковая часть зуба 24 частично разрушена, на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области зубов 22, 23, 24 имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым, слизистая оболочка этой области гиперемирована. При рентгенологическом обследовании нижней челюсти слева в области тела определяются очаги деструкиии костной ткани, внутри которых видны тени еще не отделившихся секвестров. Участки костной ткани чередуются с участками остеосклеро­за.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 6.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойный отделяемым и ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боли появлялись и раньше, появля­лась припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5°С, к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Конфигурация лица изменена за счет при­пухлости мягких тканей нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые подче­люстные лимфатические узлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: коронковые части зубов 25, 26, 27 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярного отростка нижней челюсти слева имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка этой области тела соответственно зубов 25, 26, 27 определяется костной ткани внутри которого определяются тени мелких секвестров. По переходной складке верхней челюсти справа имеется разрастание слизистой оболочки, фартукообразно свисающее на альвеолярный отросток. Больного не беспокоит, отмечает медленное увеличение размера образования.

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

**Задача 7.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 21, 23, 24, нали­чие свищевых ходов с гнойным отделяемым, субфебрильную температу­ру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появи­лись сильные боли в области верхней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратились в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке верхней челюсти слева и удален разрушенный зуб 22, назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась, свищевые ходы в области зубов 21, 22, 23, 24 появились две недели назад. Состояние удовлетворитель­ное. Температура тела 37,1°С. При пальпации левые подчелюстные лим­фоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: зубы 21, 23, 24 – II-III степень подвижности. Слизистая оболочка этой области слегка гиперемирована, рыхлая, по переходной складке соответственно зубы 21, 22, 23, 24 определяются два свищевых хода с гнойным отделяемым.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза? Какое дополнительное обследование необходимо провести?

**Задача 8.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на подвижность зубов 32, 33, 4, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что ме­сяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области ниж­ней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратился в поли­клинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной склад­ке нижней челюсти слева и назначены антибиотики. Самочувствие улуч­шилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1°С. Имеется нарушение конфигурации лица за счет припухлости в нижнем отделе щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолще­ние. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подче­люстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта зубы 31, 32, 33, 34 - II-III степень подвижности, коронковая часть зуба 34 час­тично разрушена. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, рыхлая. В толще щеки слева, соответственно нижней челюсти слева имеется новообразование округлой формы, размером 3,0x3,0 см, безбо­лезненное, кожа слегка гиперемирована и в центре спаяна с образованием. Это образование имеется у больного в течение нескольких лет, больного не беспокоит, слегка болезненно, отмечается медленное увеличение в размере.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом челюстей.
2. Планирование лечения пациентов с хронической стадией одонтогенного остеомиелита челюстей.

**Практическое занятие №9**

Тема: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Классификация. Общие клинические признаки абсцессов и флегмон. Общие принципы лечения больных с абсцессами и флегмонами.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Определение понятия «абсцесс», «флегмона».
2. Классификация абсцессов и флегмон тканей челюстно-лицевой области.
3. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон лица и шеи.
4. Клиника флегмон одного клетчаточного пространства.
5. Клиника распространенных (прогрессирующих) флегмон.
6. Особенности клиники гнилостно-некротической (гангренозной) флегмоны лица и шеи.
7. Клиника воспалительного инфильтрата.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика абсцессов и флегмон лица и шеи.
9. Особенности местного обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон лица и шеи (анестетики, виды обезболивания).
10. Особенности общего обезболивания при вскрытии абсцессов и флегмон лица (показания, виды интубации).
11. Особенности разрезов на лице с учетом разветвлений лицевого нерва, эстетических требований.
12. Методика первичной хирургической обработки гнойной раны после вскрытия абсцессов и флегмон лица.
13. Методы дренирования гнойной раны на лице, полости рта и шее (пассивное, активное).
14. Особенности перевязок гнойной раны тканей челюстно-лицевой области и шеи, оптимизация эвакуации гноя и удаления некротических тканей.
15. Показания и преимущества наложения первично-отсроченных и вторичных швов при гнойной ране на лице и шее.
16. Особенности лечения воспалительных инфильтратов.
17. Особенности лечения гнилостно-некротических (гангренозных) флегмон.
18. Общие методы лечения (антибактериальное, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее, стимулирующее, физическое и общеукрепляющее) при флегмонах лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. В условиях стоматологической поликлиники для уточнения диагноза флегмона необходимо провести дополнительно:

1) анализ крови 2) термометрию 3) ЭОД 4) рентгенографию

5) верно 2, 3, 4 6) остеометрию 7) стоматоскопию 8) реографию

9) тепловизографию

2. В день обращения при флегмонах и абсцессах челюстно-лицевой области необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг 2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать паранефральную блокаду 4) провести физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

3. Соотношение встречаемости абсцессов и флегмон:

1) чаще встречаются флегмоны, чем абсцессы 2) чаще встречаются абсцессы, чем флегмоны

3) одинаково часто встречаются

4. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны:

1) осложнениями

2) наличием воспалительной реакции лимфоузлов

3) скоростью нарастания симптомов интоксикации

4) выраженностью местных клинических проявлений

5) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость

5. Что из перечисленного ниже обладает наименьшей антигенностью:

1) кожа

2) кость

3) хрящ

4) жировая клетчатка

5) сердечная мышца

6. Медиальная стенка орбит образована:

1) клиновидной, лобной и скуловой костью;

2) клиновидной, лобной и слезной костями;

3) верхнечелюстной, клиновидной и сфеноидальной костями;

4) верхнечелюстной, клиновидной и слезной костями;

5) верхнечелюстной, сфеноидальной и клиновидной костями.

7. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является:

1) отек

2) инфильтрат

3) эмпиема верхнечелюстной пазухи

4) инфильтрат с признаками абсцедирования

5)флегмона

8. При диагностике одонтогенной флегмоны симптом флюктуации выявляется:

1) всегда 2) редко 3) в зависимости от локализации процесса

4) только в ранние сроки процесса 5) в стадии инфильтрации

9. Для ускорения абсцедирования назначают:

1) парафинотерапию 2) грязевые аппликации

3) УВЧ в нетепловой дозе 4) УВЧ в слаботепловой дозе

5) УФО в субэритемных дозах

10. Разрез кожи в поднижнечелюстном треугольнике производят, отступив от края нижней челюсти (см):

1) 0.5 2) 1 3) 2 4) 3 5) 4

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмона челюстно-лицевой области.
2. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами челюстно-лицевой области.

**Практическое занятие №10**

Тема: Абсцесс и флегмона поднижнечелюстного треугольника.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия поднижнечелюстного треугольника.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны поднижнечелюстного треугольников (поднижнечелюстного клетчаточного пространства).
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне поднижнечелюстного треугольника.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами поднижнечелюстного треугольника.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны поднижнечелюстной области следующий набор признаков:

1) острое начало; болезненное глотание; контрактура нижней челюсти; высокая температура; инфильтрат под углом нижней челюсти

2) острое начало; сглаженность переходной складки; сухость во рту; разрушенный нижний моляр; боль при жевании

3) высокая температура; разлитая отечность в средней и нижней трети бокового отдела лица; инфильтрат в области угла нижней челюсти; ограничение открывания рта до 0,5 см; разрушенный 3.8 зуб

4) острое начало; высокая температура; глотание слегка болезненно; воспалительная контрактура I степени; разрушенный 3.7 зуб

5) заболевание развивается медленно в течение 5-7 суток; субфебрильная температура; уплотнение и болезненность в поднижнечелюстной области; сухость во рту; болезненность по ходу Вартанова протока

2. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание

2) наличие « причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н/ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры н/ч, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч свободное глотание

3. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной области является:

1) тризм

2) гиперемия кожи в области нижней губы

3) отек крылочелюстной складки

4) инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области

5) отек и гиперемия щечных областей

4. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области заключается в разрезе:

1) в подбородочной области

2) окаймляющем угол нижней челюсти

3) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу

5. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной височной области 4) флегмоной щечной области

5) острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

6. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характеры следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛО:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная конрактура нижней челюсти, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура нижней челюсти. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры нижней челюсти, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура нижней челюсти свободное глотание

7. При неблагоприятном течении флегмоны поднижнечелюстной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство 3) околоушную слюнную железу

4) крылонебное венозное сплетение 5) венозные синусы головного мозга

8. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области, можно повредить:

1) язык 2) нижнюю губу 3) скуловую кость

4) околоушную слюнную железу 5) поднижнечелюстную слюнную железу

9. Причиной развития флегмоны поднижнечелюстной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) 3.8, 3.7,3.6,3.5,3.4, 4.4, 4.5, 4.6, 4.7, 4.8

3) зубов верхней челюсти 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

10. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) клыковой ямке 3) подвисочной ямке

4) жевательной мышце 5) крыловидно-челюстном пространстве

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами поднижнечелюстного треугольника.

**Практическое занятие №11**

Тема: Абсцесс и флегмона подбородочного треугольника.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия подбородочного треугольника.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в подбородочное пространство.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны подбородочного треугольника (подподбородочное клетчаточное пространство).
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне подбородочного треугольника.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подбородочного треугольника.

**Тестовые задания:**

1. Причиной развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов верхней челюсти

3) 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.1, 4.2, 4.3, 4.4 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

2. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является:

1) тризм 2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечных областей 4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области

3. Флегмону подподбородочной области следует дифференцировать с:

1) тризмом 2) абсцессом корня языка 3) карбункулом нижней губы

4) флегмоной щечной области 5) флегмоной височной области

4. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) жевательной мышце

4) подбородочной области 5) крыловидно-челюстном пространстве

5. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) подъязычной области

4) жевательной мышце 5) заднечелюстном и окологлоточном пространстве

6. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) слизистой оболочке по крылочелюстной складке

3) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5)в подбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти

7. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1) средостение 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

8. При неблагоприятном течении флегмоны подподбородочной области инфекция распространяется в:

1) область корня языка 2) околоушную слюнную железу

3) субдуральное пространство 4) венозные синусы головного мозга

5) крылонебное венозное сплетение

9. Разрез при флегмоне подподбородочной области достаточен, если он сделан:

1) в области флюктуации 2) в проекции корня языка

3) по границе гиперемии кожи 4) на всю ширину инфильтрата

5) в месте наибольшей болезненности

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подбородочного треугольника.

**Практическое занятие №12**

Тема: Абсцессы и флегмоны окологлоточного пространства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия окологлоточного пространства.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в окологлоточное пространство.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны окологлоточного пространства.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне окологлоточного пространства.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами окологлоточного пространства.

**Тестовые задания:**

1. Внутренней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

2. Задней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

3. Нижней границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

4. Наружной границей окологлоточного пространства является:

1) боковая стенка глотки 2) межкрыловидная фасция

3) подчелюстная слюнная железа 4) медиальная крыловидная мышца

5) боковые отростки предпозвоночной фасции

5. Для флегмоны окологлоточного пространства характерно:

1) наличие «причинного зуба» признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура нижней челюсти, затрудненное глотание

2) наличие «причинного зуба» не обязательно, выраженный воспалительный инфильтрат, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный зуб» отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне не проявляется, умеренно выраженная контрактура н/ч, затрудненное глотание

4) наличие «причинного зуба», выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н/ч, свободное глотание

5) наличие «причинного зуба», выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч, свободное глотание

6. Для флегмоны окологлоточного пространства с первичным поражением дна рта характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н/ч, затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н/ч, свободное глотание

5) наличие причинного зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч, свободное глотание

7. Флегмона окологлоточного пространства дренируется через разрез:

1) со стороны кожных покровов, окаймляя угол н/ч

2) в поднижнечелюстной области, параллельно и отступая от края н/ч на 2см

3) в подподбородочной области

4) в околоушной области, следуя проекции лицевого нерва

5) по переходной складке слизистой оболочки полости рта

8. Для флегмоны окологлоточного пространства характерен следующий набор признаков:

1) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличенные и болезненные подчелюстные лимфатические узлы

2) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально, гиперемирована; увеличенные подчелюстные лимфатические узлы

3) заболевание связано с охлаждением, развивается в течение 2-3-х суток; уплотнение и болезненность в подчелюстной области; субфебрильная температура; открывание рта свободное; сухость во рту

4) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

5) острое начало; движение языком болезненны; разрушен верхний моляр; гиперемия зева; сухость во рту

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами окологлоточного пространства.

**Практическое занятие №13**

Тема: Абсцессы и флегмоны крыловидно-челюстного пространства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия крыловидно-нижнечелюстного пространства.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в крыловидно-нижнечелюстное пространство.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне крыловидно-нижнечелюстного пространства.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами крыловидно-нижнечелюстного пространства.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны крыловидно-челюстного пространства следующий набор признаков:

1) острое начало; разлитой инфильтрат в околоушно-жевательной области; контрактура височно-нижнечелюстного сустава; болезненность при глотании; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

2) острое начало; боли при глотании; рот открывается на 3 см; передняя небная дужка смещена медиально; увеличение подчелюстных лимфатических узлов

3) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; передняя небная дужка смещена медиально; боли при глотании

4) острое начало; боли при глотании; высокая температура; гиперемия зева; увеличены и болезненны подчелюстные лимфатические узлы

5) острое начало; высокая температура; ограничение открывания рта; инфильтрат под углом челюсти; боли при жевании

2. Для флегмоны крыловидно-челюстного пространства характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н/ч затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н/ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие выраженной контрактуры н/ч свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч, свободное глотание

3. Флегмона крыловидно-челюстного пространства дренируется через разрез:

1) со стороны кожных покровов, окаймляя угол н\ч

2) в поднижнечелюстной области, параллельно и отступая от края н\ч на 2см

3) в подбородочной области

4) в околоушной области следуя проекции лицевого нерва

5) по переходной складке слизистой оболочки полости рта

4. Внутренней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

5. Верхней границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

6. Наружной границей крыловидно-челюстного пространства является:

1) небная миндалина

2) межкрыловидная фасция

3) внутренняя поверзность ветви нижней челюсти

4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

5) нижний край нижней челюсти

7. Причиной развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) третьих моляров 3) зубов верхней челюсти

4) лимфоузлов щечной области 5) лимфоузлов околоушной области

8. Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:

1) диплопия

2) отек и гиперемия щечных областей

3) боль и ограничение открывания рта

4) инфильтрат челюстно-язычного желобка

5) инфильтрат мягких тканей подподбородочной области

9. Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:

1) дипломия

2) отек и гиперемия щечных областей

3) инфильтрат челюстно-язычного желобка

4) гиперемия кожи околоушно-жевательной области

5) инфильтрат мягких тканей в области угла нижней челюсти

10. Клиническим признаком флегмоны крыловидно-челюстного пространства является:

1) дипломия

2) отек и гиперемия щечных областей

3) инфильтрат челюстно-язычного желобка

4) гиперемия кожи околоушно-жевательной области

5) отек и гиперемия крыловидно-челюстной складки

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами крыловидно-нижнечелюстного пространства.

**Практическое занятие №14**

Тема: Абсцессы и флегмоны позадичелюстного пространства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия позадичелюстного пространства.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в позадичелюстное пространство.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны позадичелюстного пространства.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне позадичелюстного пространства.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами позадичелюстного пространства.

**Тестовые задания:**

1. Верхней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

2. Нижней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

3. Передней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) задний край ветви нижней челюсти

4. Задней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

5. Внутренней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

6. Наружной границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток 2) сосцевидный отросток

3) наружный слуховой проход 4) нижний полюс околоушной слюнной железы

5) околоушно-жевательная фасция

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами позадичелюстного пространства.

**Практическое занятие №15**

Тема: Абсцессы челюстно-язычного желобка.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия челюстно-язычного желобка.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в челюстно-язычном желобке.
3. Клиническая картина абсцесса челюстно-язычного желобка.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе челюстно-язычного желобка.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами челюстно-язычного желобка.

**Тестовые задания:**

1. Причиной развития абсцесса челюстно-язычного желобка является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) следующих зубов 3.8, 3.7, 3.6, 4.6, 4.7, 4.8

3) зубов верхней челюсти 4) лимфоузлов щечной области

5) лимфоузлов околоушной области

2. Клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является:

1) воспалительная контрактура н/ч

2) отек и гиперемия щечных областей

3) гиперемия кожи в области нижней губы

4) отек и гиперемия тканей дна полости рта

5) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

3. Клиническим признаком абсцесса челюстно-язычного желобка является:

1) воспалительная контрактура н/ч

2) отек и гиперемия щечных областей

3) гиперемия кожи в области нижней губы

4) боль при глотании, ограничение открывания рта

5) инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

4. Абсцесс челюстно-язычного желобка необходимо дифференцировать с:

1) воспалительной контрактурой н/ч 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной щечной области 4) флегмоной височной области

5) абсцессом крыловидно-челюстного пространства

5. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

1) околоушную слюнную железу 2) субдуральное пространство

3) крылонебное венозное сплетение 3) венозные синусы головного мозга

4) крыловидно-челюстное пространство

6. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

1) к корню языка 2) в субдуральное пространство

3) в околоушную слюнную железу 4) в крылонебное венозное сплетение

5) в венозные синусы головного мозга

7. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

1) субдуральное пространство 2) поднижнечелюстную область

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

8. При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется в:

1) субдуральное пространство 2) околоушную слюнную железу

3) крылонебное венозное сплетение 4) венозные синусы головного мозга

5) окологлоточное пространство

9.В день обращения при абсцессе челюстно-язычного желобка необходимо:

1) вскрыть гнойный очаг 2) начать иглорефлексотерапию

3) сделать новокаиновую блокаду 4) назначить физиотерапевтическое лечение

5) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

10. Оперативный доступ при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) слизистой оболочки челюстно-язычного желобка ближе к внутренней поверхности тела нижней челюсти

3) в подбородочной области вдоль края нижней челюсти

4) слизистой оболочки по крыловидно-челюстной складке

5) в области основания мыщелкового отростка

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 22 лет, поступила с жалобами ка резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднение при раз­говоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел зуб 37. Боли носили постоянный характер, усили­вались при накусывании. Симптомы нарастали. Отмечала подъем темпе­ратуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненно. Коронковая часть зуба 37 разрушена на 2/3, перкуссия слабо болезненна. Сли­зистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка сле­ва отечна, гиперемирована. В области челюстно-язычного желобка слева пальпируется резко болезненный инфильтрат. Движения языком не огра­ничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании в области зуба 37 определяется разрежение костной ткани у верхушек корней и у бифурка­ции с нечеткими контурами, размером 0,3x0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Укажите границы пораженной анатомической области.

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

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

**Задача 3.** Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли при глотании, огра­ниченное болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Заболевание началось около двух дней назад после переохлаждения. При осмотре в клинике хирургом-стоматологом поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Обострение хронического периодонтита зуба 46. Удален зуб 46, вскрыт абсцесс.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз?
2. При какой локализации воспалительного процесса больные могут предъявлять аналогичные жалобы?
3. Какие серьезные осложнения возможны при вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка? Что нужно сделать, чтобы их избежать?

**Задача 4.** Больной, 44 лет, обратился в районную поликлинику к стоматологу с жалобами на резкие боли в области нижней челюсти слева и под языком слева, появление припухлости в поднижнечелюстной области слева, бо­лезненность при накусывании на зуб 37. Заболевание началось за два дня до обращения к врачу, симптомы постепенно нарастали. Из анамнеза выяв­лено, что в течение последних нескольких месяцев больной отмечал появ­ление припухлости в левой поднижнечелюстной области, ни с чем не свя­занное, припухлость исчезала постепенно в течение нескольких дней. Появление ее сопровождалось ощущением солоноватого привкуса во рту, незначительной болезненностью. В поликлинике был поставлен диагноз: периостит нижней челюсти слева с язычной стороны, обострение хронического периодонтита зуба 37. Произведено удаление зуба 37, разрез в области аль­веолярного отростка на уровне зубов 36, 37, 38 с язычной стороны. Рана дренирова­на. Однако, после проведенного вмешательства состояние больного стало быстро ухудшаться, боли нарастали. Через несколько часов был госпита­лизирован в стоматологический стационар, где после полного обследова­ния поставлен диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка слева. Произ­ведено вскрытие абсцесса, получен гной.

1. Какие клинические сведения, по-видимому, не были учтены врачом районной поликлиники, что привело к постановке ошибочного диагноза (при условии, что за время, прошедшее после первого вмешательства не произошло дальнейшего распространения гнойного процесса)?
2. Почему первого разреза оказалось недостаточно для эвакуации гноя?
3. Какие признаки несущественны для абсцесса челюстно-язычного желобка и с чем они могут быть связаны?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами челюстно-язычного желобка.

**Практическое занятие №16**

Тема: Абсцессы подъязычной области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия подъязычной области.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в подъязычной области.
3. Клиническая картина абсцесса подъязычной области.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе подъязычной области.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами подъязычной области.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в подъязычной области.
2. Комплексное лечение больных с абсцессами подъязычной области.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удале­ния. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, смес­тились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатиче­ский узел. Зуб 41 - подвижность II степени, зуб 31 - подвижность III-IV степеней. Вертикальная перкуссия зубов 41, 31 - отрицательная, горизонтальная перкуссия - положительна. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отечна, цианотична, слабо болезненна. Опре­деляются глубокие пародонтальные карманы в области зубов 41, 31 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая обо­лочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата опреде­ляется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите анатомические границы подъязычной области.
3. Составьте план лечения.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза.

**Задача 2.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли усиливаются при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: три дня назад, после переохлаждения появилась слабо болезненная припухлость в подъязычной области. Больной само­стоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь две­надцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Ко­ронка зуба 41 наполовину разрушена, при перкуссии незначительная болезнен­ность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфиль­трат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним резко гипереми­рована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфиль­трата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартанова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области зуба 41 у верхушки корня определяется разрежение

костной ткани с нечеткими контурами 0,3x0,3 см.

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

**Задача 3.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной при­пухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, слегка уплотненная, слабо болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области паль­пируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: зубы 48, 46, 45, 34, 35, 36, 38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъ­язычной области пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

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

**Задача 4.** Больной, 65 лет, обратился с жалобами на наличие слабо болезненной припухлости под языком. Из анамнеза: припухлость впервые обнаружил около 20 дней назад, когда появилась незначительная болезненность. Принимал антибиотики, однако, положительной динамики не отмечалось. Обратился к стоматологу по месту работы. Поставлен диагноз: абсцесс подъязычной области. Произведен разрез. В течение пяти дней после это­го выраженной положительной или отрицательной динамики также не отмечалось. Однако после вскрытия абсцесса отмечает ограничение от­крывания рта, болезненность при глотании. У больного дополнительно выяснено, что перед вскрытием абсцесса стоматолог удалил корни зуба 47. Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. В подъязычной области мягкие ткани инфильтрированы больше справа. Границы инфильтрата нечеткие. Пальпация слабо болез­ненна. Слизистая оболочка над инфильтратом немного отечна, слабо гиперемирована, цианотична. В центре инфильтрата имеется разрез длиной около 1,5 см. Отделяемого нет. Слизистая оболочка в области крыловид­но-челюстной складки справа незначительно отечна. Медиальная крыло­видная мышца справа уплотнена, болезненна. Инфильтрации тканей в этой области не определяется.

1. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?
4. Укажите несущественные признаки заболевания, дайте им объяснение.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами подъязычной области.

**Практическое занятие №17**

Тема: Абсцессы ретмолярного пространства.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия ретромолярного пространства.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в ретромолярном пространстве.
3. Клиническая картина абсцесса ретромолярного пространства.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе ретромолярного пространства.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами ретромолярного пространства.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в ретромолярном пространстве
2. Комплексное лечение больных с абсцессами ретромолярного пространства.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами ретромолярного пространства.

**Практическое занятие №18**

Тема: Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательной области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия околоушно-жевательной области.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в околоушно-жевательной области.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны околоушно-жевательной области.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне околоушно-жевательной области.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами околоушно-жевательной области.

**Тестовые задания:**

1. Верхней границей околоушно-жевательной области является:

1) передний край жевательной мышцы 2) нижний край скуловой дуги

3) нижний край тела нижней челюсти 4) задний край ветви нижней челюсти

5) нижнее веко

2. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

1) передний край жевательной мышцы 2) нижний край скуловой дуги

3) нижний край тела нижней челюсти 4) задний край ветви нижней челюсти

5) губо-щечная борозда

3. Передней границей околоушно-жевательной области является:

1) передний край жевательной мышцы 2) нижний край скуловой дуги

3) нижний край тела нижней челюсти 4) задний край ветви нижней челюсти

5) носо-губная борозда

4. Задней границей околоушно-жевательной области является:

1) передний край жевательной мышцы 2) нижний край скуловой дуги

3) нижний край тела нижней челюсти 4) задний край ветви нижней челюсти

5) козелок уха

5. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:

1) отек верхнего века 2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечной области 4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области

6. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является:

1) отек верхнего века 2) ограничение открывания рта

3) отек крылочелюстной складки 4) отек и гиперемия щечной области

5) гиперемия кожи в области нижней губы

7. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с:

1) ангиной Людвига 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной щечной области 4) флегмоной височной области

5) обострением хронического верхнечелюстного синусита

8. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с:

1) ангиной Людвига 2) карбункулом нижней губы

3) флегмоной височной области 4) подмассетериальным абсцессом

5) обострением хронического верхнечелюстного синусита

9. Флегмону околоушно-жевательной области необходимо дифференцировать с:

1) ангиной Людвига 2) карбункулом нижней губы

3) абсцедирующим паротитом 4) флегмоной височной области

5) обострением хронического верхнечелюстного синусита

10. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне околоушно-жевательной области бывает абсцесс в:

1) клыковой ямке 2) щечной области 3) верхнечелюстной пазухе

4) подподбородочной области 5) челюстно-язычном желобке

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами околоушно-жевательной области.

**Практическое занятие №19**

Тема: Абсцессы и флегмоны подмасстериальной области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия подмассетериальной области.
2. Источники инфицирования. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в подмассетериальной области.
3. Клиническая картина абсцесса и флегмоны подмассетериальной области.
4. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне подмассетериальной области.
5. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подмассетериальной области.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Пути распространения инфекционно-воспалительного процесса в подмассетериальной области.
2. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подмассетериальной области.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подмасстериальной области.

**Практическое занятие №20**

Тема: Абсцесс тела языка.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиническая картина абсцесса и флегмоны тела языка.
2. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне тела языка.
3. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами тела языка.

**Тестовые задания:**

1. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

2. Типичный оперативный доступ при лечении абсцесса и флегмоны языка заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

3) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

4) параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла

5) дугообразно параллельно краю подбородочного отдела нижней челюсти

3. Выполняя внутриротовой разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:

1) скуловую кость 2) лицевую артерию 3) язычную артерию

4) щитовидную железу 5) околоушную слюнную железу

4. Выполняя наружный разрез при лечении абсцесса и флегмоны языка, можно повредить:

1) скуловую кость 2) лицевую артерию +3) щитовидную железу

4) околоушную слюнную железу 5) подчелюстную слюнную железу

5. Местным осложнением флегмоны и абсцесса языка является:

1) менингоэнцефалит 2) абсцесс головного мозга

3) рубцовый выворот нижней губы 4) стеноз верхних дыхательных путей

5) тромбоз венозных синусов головного мозга

6. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка инфекция распространяется в:

1) ткани дна полости рта 2) субдуральное пространство

3) околоушную слюнную железу 4) крылонебное венозное сплетение

5) венозные синусы головного мозга

7. При неблагоприятном течении абсцесса и флегмоны языка инфекция распространяется в:

1) субдуральное пространство 2) околоушную слюнную железу

3) поднижнечелюстные области 4) венозные синусы головного мозга

5) крылонебное венозное сплетение

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами тела языка.

**Практическое занятие №21**

Тема: Абсцессы и флегмоны корня языка.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиническая картина абсцесса и флегмоны корня языка.
2. Оперативные доступы для дренирования гнойного очага при абсцессе и флегмоне корня языка.
3. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами корня языка.

**Тестовые задания:**

1. Абсцесс или флегмона корня языка дренируется разрезом мягких тканей:

1) со стороны кожных покровов, окаймляя угол нижней челюсти

2) в поднижнечелюстной области, параллельно и отступая от края нижней челюсти на 2см

3) в подбородочной области

4) в околоушной области, следуя проекции лицевого нерва

5) по переходной складке слизистой оболочки нижней челюсти

2. Наиболее характерен для флегмон корня языка следующий набор признаков:

1) увеличение размеров языка; ограничение подвижности языка; рот полуоткрыт; резкие иррадиирующие боли; затруднено глотание и дыхание

2) острое начало; разрушен моляр; повышение температуры тела; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

3. Одонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов нижней челюсти 3) зубов верхней челюсти

4) лимфоузлов щечной области 5) лимфоузлов околоушной области

4. Неодонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является:

1) травма языка 2) фурункул нижней губы 3) лимфаденит нижней губы

4) лимфаденит околоушной области 5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

5. Неодонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является:

1) острый тонзиллит 2) фурункул нижней губы

3) лимфаденит щечной области 4) лимфаденит околоушной области

5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

6. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) отек и инфильтрат языка

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) отек и гиперемия щечных областей

7. Клиническим признаком абсцесса и флегмоны языка является:

1) асимметрия лица 2) боли при глотании

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) отек и гиперемия щечных областей

8. Абсцесс и флегмону языка необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы 3) флегмоной щечной области

4) флегмоной дна полости рта 5) флегмоной височной области

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 35 лет, поступил с жалобами на резкие боли в языке, труд­ность в разговоре, невозможность глотания, пережевывания пищи. Также отмечает появление небольшой припухлости в верхних отделах шеи. Три дня назад травмировал язык в задней трети рыбной костью. Кость была удалена ЛОР-врачом, отпущен домой. После этого боли усилились, по­явилось ощущение увеличения языка в объеме. Вновь обратился к ЛОР-врачу, однако после осмотра направлен к стоматологу. Объективно: рот полуоткрыт, вытекает слюна. Определяется отечность задних отделов подподбородочной области и верхних передних отделов шеи. При глубо­кой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъ­язычной костью. Язык увеличен в объеме, отечен, обложен сероватым налетом. Движения языка кпереди резко болезненны. Резкая болезнен­ность определяется также при надавливании на язык сверху вниз, особен­но в задней трети. Слизистая оболочка челюстно-язычных желобков с обеих сторон и подъязычной области отечна, выбухает. При пальпации в области корня языка отмечается обширный, резко болезненный воспали­тельный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании патологиче­ских изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Какие вмешательства необходимо дополнительно провести во избежание развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

**Задача 2.** Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области корня язы­ка, усиливающиеся при глотании, разговоре, приеме пищи. Боли появи­лись 4 дня назад, их появление ни с чем не связывает, постепенно нарас­тали. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после опе­рации обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое неизменно сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность стала медленно восстанавливаться. Объектив­но: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфоузел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей языка гиперемирована. Слизистая оболочка дна полости рта отечна, обычной окраски. Вер­тикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В об­ласти корня пальпируется воспалительный инфильтрат 3,0x4,0 см. По­лость рта санирована.

1. Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.
4. С чем они могут быть связаны?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами корня языка.

**Практическое занятие №22**

Тема: Флегмоны щечной области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств щечной области.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение флегмон щечной области.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с флегмонами щечной области.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны щеки следующий набор признаков:

1) острое начало; высокая температура; разлитой инфильтрат; периодонтитный моляр; флюктуация

2) острое начало; субфебрильная температура; флюктуация; обильная саливация

3) острое начало; высокая температура; затруднение глотания; флюктуация; периодонтитный моляр

4) острое начало; высокая температура; ограниченный инфильтрат; периодонтитный премоляр; ограниченное открывание рта

5) заболевание развивается постепенно; высокая температура; ограниченный инфильтрат в центре щеки; флюктуация; обильная саливация

2. При установлении диагноза флегмоны щеки следует:

1) провести пункцию, удалить гной и ввести антибиотики

2) сделать прокол кожи и выпустить гной

3) вскрыть флегмону широким разрезом через кожу

4) направить в стационар

5) удалить причинный зуб, наложить повязку по методу Дубровина

3. Одонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов верхней челюсти 3) лимфоузлов щечной области

4) лимфоузлов околоушной области 5) травмы слизистой оболочки щеки

4. Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1) фурункул нижней губы 2) лимфаденит околоушной области

3) травма слизистой оболочки щеки 4) лимфаденит поднижнечелюстной области

5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

5. Неодонтогенной причиной развития флегмоны щечной области является:

1) фурункул нижней губы 2) лимфаденит щечной области

3) лимфаденит позадичелюстной области 4) лимфаденит поднижнечелюстной области

5) острый периодонтит зубов нижней челюсти

6. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) гиперемия и инфильтрат щеки

3) затрудненное открывание рта 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

7. Клиническим признаком флегмоны щечной области является:

1) гиперемия кожи лица 2) затрудненное открывание рта

3) отек нижнего века 4) отек крылочелюстной складки

5) выбухание подъязычных валиков

8. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать с:

1) тризмом 2) карбункулом нижней губы 3) флегмоной дна полости рта

4) флегмоной височной области 5) подмассетериальным абсцессом

9. При неблагоприятном течении флегмоны щечной области инфекция распространяется в:

1) в ткани дна полости рта 2) в субдуральное пространство

3) в крылонебное венозное сплетение 4) в венозные синусы головного мозга

5) на переднебоковую поверхность шеи

10. Типичный оперативный доступ при лечении флегмоны щечной области заключается в разрезе:

1) окаймляющем угол нижней челюсти

2) в подподбородочной области по средней линии

3) слизистой оболочкипо крылочелюстной складке

4) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

5) со стороны слизистой оболочки щеки по нижнему краю инфильтрата

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой щечной области, резко болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два дня назад самостоятельно выдавил небольшой фурункул на правой щеке, пос­ле чего припухлость быстро увеличивалась, боли усиливались. Обратился к стоматологу. Объективно: отмечается резкая асимметрия лица за счет воспалительного инфильтрата, размером 5,0x7,0 см в правой щечной об­ласти с нечеткими границами, резко болезненного. Кожа над ним гиперемирована, истончена, в складку не собирается. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Выражен коллатеральный отек. В полости рта: зубы интактны, слизистая оболочка правой щечной области обычной окраски, отечна. Открывание рта ограничено за счет резкой болезнен­ности, однако, постепенно удалось открыть рот до 3,0 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметете план обследования и лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.

**Задача 2.** Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°С. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего по­явилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болез­ненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева опреде­ляется раневая поверхность с размозженными краями, заполненная некро­тическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизис­той оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите план обследования и лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания, дайте им объяснение.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с флегмоной щечной области.

**Практическое занятие №23**

Тема: Флегмоны скуловой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств скуловой области.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение флегмон скуловой области.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с флегмонами скуловой области.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клиническая картина флегмоны скуловой области.
2. Комплексное лечение больных с флегмонами скуловой области.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с флегмоной скуловой области.

**Практическое занятие №24**

Тема: Абсцессы и флегмоны подглазничной области и глазницы.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств подглазничной области и глазницы.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцессов и флегмон подглазничной области и глазницы.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подглазничной области и глазницы.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клиническая картина абсцессов и флегмон подглазничной области и глазницы.
2. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подглазничной области и глазницы.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 47 лет, поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии два дня назад. При обследовании поставлен диагноз: абсцесс подвисочной ямки справа. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено небольшое количество гнойного отделяемого, введен дренаж. Назначена противовоспалительная терапия. Однако состояние больной не улучши­лось. Боли сохраняются, температура тела держится в пределах 38,0°С. 12 часов назад больная предъявила жалобы на снижение остроты зрения правого глаза, которое до настоящего времени прогрессирует. Степень и характер нарушения функций (ограничение открывания рта, боли при глотании) не изменились за истекший период.

1. С чем может быть связано такое течение заболевания у данной больной?
2. Какое осложнение в данном случае можно предположить?

**Задача 2.** Больной, 27 лет, поступил с диагнозом: перелом скулоорбитального комплекса слева. Травму получил в автомобильной катастрофе. В анамне­зе: кратковременная потеря сознания. С момента травмы постоянно бес­покоит тошнота, потеря аппетита, жажда, головокружение. Дважды была рвота. В клинике произведена операция репозиции скулоорбитального комплекса слева. Фиксация после репозиции удовлетворительная, допол­нительных средств для фиксации не понадобилось. Клинически у больно­го выражен посттравматический отек левой половины лица, множествен­ные ссадины, мелкие рвано-ушибленные раны, которые были обработаны и ушиты. На втором этапе после операции состояние больного стало ухудшаться, температура тела повысилась до 38,5°С, появился озноб, тошнота усилилась. Стали нарастать боли в области средней зоны лица слева, наиболее интенсивные в области глазницы. Отек обоих век левого глаза увеличился, появилась гиперемия кожи и слизистой оболочки конъ­юнктивального мешка. Появился отек обоих век правого глаза, экзо­фтальм слева. Острота зрения правого глаза стала прогрессивно снижать­ся. При одновременном надавливании на оба глазных яблока слева отме­чается резкая боль. Движения левого глазного яблока резко ограничены. Нистагм правого глаза.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
2. Укажите какие, наиболее серьезные осложнения могут развиться в данном случае.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Какие признаки несущественны для данного заболевания?

**Задача 3.** Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие, постоян­ные ноющие боли в правой половине головы, боли при глотании, невоз­можность открывания рта, нарушения зрения: диплопию, снижение остро­ты зрения правого глаза. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°С головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из анамне­за выявлено, что три дня назад заболел зуб 18. Беспокоили постоянные, ною­щие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращалась, при­нимала аналгетики. Два дня назад боли распространились на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировали в ухо, в висок. Появились боли при глотании, ограничение и болезненность при открывании рта. Симпто­мы быстро нарастали, около полусуток назад присоединились симптомы нарушения зрения. Объективно: определяется отек в околоушно­жевательной и височной областях справа (симптом «песочных часов»). Пальпация в этих областях безболезненна. Резко выражен отек верхнего и нижнего век правого глаза, веки полностью сомкнуты. Кожа и конъюнктива обоих век гиперемированы. Определяется также отек обоих век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в зубе 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, по­движность II степени. Слизистая оболочка переходной складки и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, опре­деляется отек в области крыловидно-челюстной складки справа. При пальпации в области бугра верхней челюсти справа и за бугром ткани инфильтрированы, резко болезненны. При рентгенологическом исследо­вании в области зуба 18 определяется разрежение костной ткани в области вер­хушек корней с четкими контурами, размером 0,4-0,5 см.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подглазничной области и глазницы.

**Практическое занятие №25**

Тема: Абсцессы и флегмоны подвисочной ямки.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств подвисочной ямки.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцессов и флегмон подвисочной ямки.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами подвисочной ямки.

**Тестовые задания:**

1. Передней границей подвисочной ямки является

1) шиловидный отросток

2) бугор верхней челюсти

3) щечно-глоточная фасция

4) подвисочный гребень основной кости

5) наружная пластинка крыловидного отростка

2. Задней границей подвисочной ямки является

1) шиловидный отросток

2) бугор верхней челюсти

3) щечно-глоточная фасция

4) подвисочный гребень основной кости

5) наружная пластинка крыловидного отростка

3. Наружной границей подвисочной ямки является

1) шиловидный отросток

2) бугор верхней челюсти

3) щечно-глоточная фасция

4) подвисочный гребень основной кости

5) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

4. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается

1) в интоксикации

2) в судорожной готовности

3) в респираторном синдроме

4) в гипертоническом синдроме

5) в почечной недостаточности

5. Разрез при флегмоне подвисочной области достаточен, если он:

1) сделан в области флюктуации

2) сделан по границе гиперемии кожи

3) сделан в проекции крылонебной ямки

4) сделан в месте наибольшей болезненности

5) обеспечивает свободный отток воспалительного экссудата

6. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:

1) отек губо-щечной складки

2) затрудненное открывание рта

3) отек и гиперемия щечной области

4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

7. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является:

1) симптом «песочных часов»

2) отек губо-щечной складки и подподбородочной области

3) отек и гиперемия щечной области

4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

8. Оперативный доступ при лечении флегмоны подвисочной области заключается в наружном разрезе:

1) в подбородочной области

2) по ходу ветвей лицевого нерва

3) окаймляющем угол нижней челюсти

4) слизистой оболочки по крылочелюстной складке

5) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

9. Внутриротовой разрез при абсцессе подвисочной ямки производят:

1) у переднего края ветви нижней челюсти

2) медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки

3) по переходной складке от 1.4 до 1.6 зубов

4) по переходной складке в области премоляров

5) по верхнему своду преддверия рта в области моляров

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами подвисочной ямки.

**Практическое занятие №26**

Тема: Абсцессы и флегмоны крыловидно-небной ямки.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств крыловидно-небной ямки.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцессов и флегмон крыловидно-небной ямки.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами крыловидно-небной ямки.

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Клиническая картина абсцессов и флегмон крыловидно-небной ямки.
2. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами крыловидно-небной ямки.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больному, 35 лет, в поликлинике по месту жительства проводилась плановая санация полости рта. Два дня назад под местной анестезией про­изводилось лечение среднего кариеса зубов 27, 28. Прейдя домой после посещения врача, больной обнаружил незначительную припухлость в височной об­ласти слева. Самостоятельно применял теплые ротовые полоскания и полуспиртовые компрессы на височную область. К вечеру того же дня появилась тупая ноющая боль в области верхней челюсти слева, височной области слева. Боль постепенно нарастала. На следующий день утром обнаружил некоторое увеличение припухлости, которая при дотрагивании оставалась безболезненной. Появились боли в горле слева, затрудненное болезненное открывание рта. К врачу не обратился. В течение следующего дня симптомы нарастали. Температура тела повысилась до 38,5°С. Боли стали нестерпимыми. Бригадой «скорой помощи» доставлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. При осмотре определяется отек в височной и околоушно-жевательной областях слева (симптом «песочных часов»), отек верхнего и нижнего век левого глаза. Пальпация височной области безболезненна. Глотание затруднено, болезненно, открывание рта до 0,5 см, болезненное. Из левого стенонова протока выделяется слюна с при­месью хлопьевидного гнойного отделяемого, устье протока расширено. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко бо­лезненный инфильтрат. Слизистая оболочка в этой области гиперемиро­вана, отечна.

* 1. Поставьте диагноз. Укажите, с чем может быть связано возникновение данного воспалительного процесса?
  2. На основании каких признаков можно подтвердить или исключить распространение гнойного воспалительного процесса в височную область и в полость глазницы?
  3. Какие разрезы необходимо выполнить для вскрытия гнойного очага данной локализации?
  4. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 2.** Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие, постоян­ные ноющие боли в правой половине головы, боли при глотании, невоз­можность открывания рта, нарушения зрения: диплопию, снижение остро­ты зрения правого глаза. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°С головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из анамне­за выявлено, что три дня назад заболел зуб 18. Беспокоили постоянные, ною­щие боли, усиливающиеся при накусывании. К врачу не обращалась, при­нимала аналгетики. Два дня назад боли распространились на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировали в ухо, в висок. Появились боли при глотании, ограничение и болезненность при открывании рта. Симпто­мы быстро нарастали, около полусуток назад присоединились симптомы нарушения зрения. Объективно: определяется отек в околоушно­жевательной и височной областях справа (симптом «песочных часов»). Пальпация в этих областях безболезненна. Резко выражен отек верхнего и нижнего век правого глаза, веки полностью сомкнуты. Кожа и конъюнктива обоих век гиперемированы. Определяется также отек обоих век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в зубе 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, по­движность II степени. Слизистая оболочка переходной складки и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, опре­деляется отек в области крыловидно-челюстной складки справа. При пальпации в области бугра верхней челюсти справа и за бугром ткани инфильтрированы, резко болезненны. При рентгенологическом исследо­вании в области зуба 18 определяется разрежение костной ткани в области вер­хушек корней с четкими контурами, размером 0,4-0,5 см.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами крыловидно-небной ямки.

**Практическое занятие №27**

Тема: Абсцессы и флегмоны височной области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств височной области.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение абсцессов и флегмон височной области.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
6. Комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами височной области.

**Тестовые задания:**

1. Признаками, характерными для флегмоны височной области, являются:

1) перечисленные ниже признаки 2), 3), 4)

2) равномерная отечность с переходом на веки

3) болезненность при надавливании на височную мышцу

4) ограничение открывания рта

5) правильный ответ не представлен

2. Наиболее характерен для флегмоны височной области следующий набор признаков:

1) отечность верхнего и нижнего век; ограничение движения глазного яблока; высокая температура; снижение слуха с одной стороны; контрактура нижней челюсти

2) сглаженность верхней переходной складки; высокая температура; разлитая отечность в верхней и средней трети бокового отдела лица; небольшое ограничение открывания рта; пальпация за бугром челюсти болезненна

3) разлитой инфильтрат; высокая температура; пальпация болезненна; ограничение открывания рта; боли при жевании

4) осумкованный гнойник под кожей; открывание рта свободно; кожа гиперемирована; пальпация мало болезненна; жевание безболезненно

5) разлитая отечность; резкая гиперемия кожи; болезненно легкое прикосновение; конъюнктива гиперемирована; слезотечение

3. Для флегмоны височной области характерно:

1) наличие «причинного» зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание

2) наличие «причинного» зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н/ч, затрудненное глотание отсутствует

3) «причинный» зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н/ч. Затрудненное глотание

4) наличие «причинного» зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствует выраженной контрактуры н/ч, свободное глотание

5) наличие «причинного» зуба, выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н/ч свободное глотание

4. Верхней и задней границей височной области является:

1) скуловая дуга 2) височная линия 3) чешуя височной кости

4) лобный отросток скуловой кости 5) подвисочный гребень основной кости

5. Нижней границей височной области является:

1) скуловая дуга 2) височная линия 3) чешуя височной кости

4) лобный отросток скуловой кости 5) подвисочный гребень основной кости

6. Передней границей височной области является:

1) скуловая дуга 2) височная линия 3) чешуя височной кости

4) лобный отросток скуловой кости 5) подвисочный гребень основной кости

16. Внутренней границей височной области является:

1) скуловая дуга 2) височная линия 3) чешуя височной кости

4) лобный отросток скуловой кости 5) подвисочный гребень основной кости

7. Наружной границей височной области является:

1) скуловая дуга 2) височная линия 3) чешуя височной кости

4) лобный отросток скуловой кости 5) подвисочный гребень основной кости

8. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области бывает абсцесс в:

1) клыковой ямке 2) щечной области 3) ретромолярной области

4) подподбородочной области 5) поднижнечелюстной области

9. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области бывает абсцесс в:

1) клыковой ямке 2) щечной области 3) крылонебной ямке

4) подподбородочной области 5) поднижнечелюстной области

10. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области бывает абсцесс в:

1) клыковой ямке 2) щечной области 3) подподбородочной области

4) поднижнечелюстной области 5) крыловидно-челюстном пространстве

**Проблемно-ситуационных задач:**

**Задача 1.** Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалоба­ми на резкие постоянные ноющие боли в области правой половины голо­вы, невозможность глотания, открывания рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°С. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18, 17 зубов по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространились на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании. Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Темпера­тура тела при поступлении 41,2°С. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях справа (симптом «песочных часов»), а также отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движения нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне зуба 16 и отсутствующих 18, 17 зубов гиперемирована, отечна. При пальпации по направле­нию к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспали­тельный инфильтрат. Также наблюдается отек слизистой оболочки мягко­го неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

1. Поставьте диагноз, укажите основные клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
4. Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

**Задача 2.** Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие, тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении ниж­ней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную об­ласти слева тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом: рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первич­ная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. По­вреждение костей черепа не было выявлено. После проведенного лечения был выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначи­тельное ограничение открывания рта. В течение всего последующего вре­мени температура тела держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако, больной к врачу не обращался. Неде­лю назад боли в височной области стали усиливаться, припухлость увели­чивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обра­тился в районную поликлинику к невропатологу. Там же был проконсультирован: хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой ста­ционар. Объективно: определяется умеренно-болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат с нечеткими границами в левой височной области. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения ниж­ней челюсти ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследо­вании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани от 0,5 до 1,0 см. Четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных сек­вестров.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите анатомические границы височной области.

**Задача 3.** Больной, 28 лет, в состоянии алкогольного опьянения был избит не­известными на улице пять дней назад. К врачу до настоящего момента не обращался. При обращении жалуется на постоянные ноющие боли в пра­вой височной области, иррадиирующие в затылочную, теменную области и шею. Также жалуется на резко болезненную припухлость в правой ви­сочной области, ограничение открывания рта, боли и ограничение боко­вых движений нижней челюсти. Наиболее интенсивно перечисленные симптомы нарастали в течение последних суток. При объективном обсле­довании определяется одутловатость лица за счет множественных отеков, подкожных и внутрикожных гематом. Имеются множественные ссадины, царапины, находящиеся в стадии эпителизации. Открывание рта до 1,5 см, болезненное, боковые движения отсутствуют, при попытке боковых дви­жений возникает резкая боль в правой височной области. В правой височ­ной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфиль­трат, занимающий 2/3 области. Кожа над ним резко гиперемирована, в складку не собирается. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При внутриротовом осмотре множественные корни разрушенных зубов, обилие поддесневых и наддесневых зубных отложений, явления выра­женного гингивита. При рентгенологическом обследовании кроме множе­ственных очагов хронического периодонтита выявляется гомогенное за­темнение обеих верхнечелюстных пазух. Данных за наличие перелома костей лицевого и мозгового черепа не выявлено.

1. Поставьте диагноз, укажите с чем связано развитие данного заболевания.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.

**Задача 4.** У больного, 43 лет, при осмотре обнаружен резко болезненный вос­палительный инфильтрат в левой височной области, занимающий перед­ние 2/3 части этой области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. В передне-нижних отделах инфильтрата определяется симп­том флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограниче­ны, резко болезненны. Полость рта не санирована.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с абсцессами и флегмонами височной области.

**Практическое занятие №28**

Тема: Флегмона дна полости рта. Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия клетчаточных пространств дна полости рта.
2. Источники инфицирования.
3. Возможные пути распространения инфекции.
4. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение флегмоны дна полости рта.
5. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага при флегмоне дна полости рта.
6. Комплексное лечение больных с флегмонами дна полости рта.
7. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение гнилостно-некротической флегмоны лица и шеи.
8. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага при гнилостно-некротической флегмоне лица и шеи.
9. Комплексное лечение больных с гнилостно-некротическими флегмонами лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее характерен для флегмоны дна полости рта следующий набор признаков:

1) острое начало; инфильтрат определяется в подъязычной и подчелюстной области; язык и подъязычные валики увеличены; дыхание и глотание затруднено; рот полуоткрыт

2) острое начало; инфильтрат в области тела языка; язык отечен и увеличен; глотание болезненно; рот полуоткрыт

3) острое начало; ограничение открывания рта; первый нижний моляр разрушен; инфильтрат между языком и телом нижней челюсти; боли при движении языком

2. Верхней границей дна полости рта является:

1) основание языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

3. Нижней границей дна полости рта является:

1) основание языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

4. Передненаружной границей дна полости рта является:

1) корень языка 2) заднее брюшко двубрюшной мышцы

3) кожа поднижнечелюстных областей 4) слизистая оболочка дна полости рта

5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

5. Характерной особенностью клинической картины ангины Люд­вига является

1) гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта

2) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка

3) вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта

4) обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага

5) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височ­ной, подвисочной и крыло-челюстной областей

6. Характерной особенностью клинической картины ангины Люд­вига является

1) выраженная интоксикация

2) отсутствие интоксикации

3) наличие четких границ воспалительного инфильтрата

4) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка

5) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височ­ной, подвисочной и крыло-челюстной областей

7. Характерной особенностью клинической картины ангины Люд­вига является

1) свободное открывание рта

2) затруднение дыхания, открывания рта

3) отсутствие интоксикации и повышения температуры

4) наличие четких границ воспалительного инфильтрата

5) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височ­ной, подвисочной и крыло-челюстной областей

8. Клиническим признаком флегмоны дна полости рта является:

1) тризм

2) отек крылочелюстной складки

3) отек и гиперемия щечных областей

4) гиперемия кожи в области нижней губы

5) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях

9. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс в:

1) щечной области 2) подвисочной ямке 3) жевательной мышце

4) околоушной слюнной железе 5) крыловидно-челюстном пространстве

10. Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области:

1) верхней губы 2) зубов нижней челюсти 3) зубов верхней челюсти

4) лимфоузлов щечной области 5) лимфоузлов околоушной области

**Проблемно-ситуационных задач:**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, бо­лезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Забо­левание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначи­тельная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной об­ласти. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больно­го вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела - 39,4° С. Несколько за­торможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. От­крывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, Движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая обо­лочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвео­лярного отростка. Коронки зубов 47, 46, 34, 35, 36 разрушены.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**Задача 2.** Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в зубе 47, усили­вающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален зуб 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°С. В обеих поднижнечелюстных и в подподборо­дочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими гра­ницами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой под­нижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Сли­зистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной об­ласти отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и бо­лезненна. Лунка удаленного зуба 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки зуба 47 патологических изменений, инородных тел не опреде­ляется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне зуба 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

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

**Задача 3.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на резкие постоянные боли в подподбородочной и поднижнечелюстной областях, усиливающиеся при открывании рта. Заболел три дня назад, начало ни с чем не связывает. Объективно: температура тела - 38,0°С, больной ослаблен, отмечается озноб, кожа лба покрыта холодным потом. При осмотре в подподборо­дочной и обеих поднижнечелюстных областях кожа резко гиперемирова­на, лоснится, местная температура повышена. Пальпация резко болезнен­на. Открывание рта затруднено за счет болезненности. Полость рта не санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен хронический гранулирующий периодонтит 46, 45 зубов.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания Вы можете предположить по имеющимся данным?
3. В чем будут заключаться Ваши действия в зависимости от постановки того или иного диагноза?

**Задача 4.** Больная 38 лет, обратилась с жалобами на наличие обширной при­пухлости верхних отделов шеи, одутловатость лица, затруднение дыхания, которое постепенно нарастает. Из анамнеза: полгода назад оперирована по поводу одонтогенного гайморита слева. Три дня назад заболел зуб 35, боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. В день об­ращения в клинику была на приеме у стоматолога по месту работы. Врач обратил внимание на наличие воспалительного инфильтрата в левой поднижнечелюстной области, произвел удаление зуба 35 и направил больную в отделение челюстно-лицевой хирургии. К моменту обращения - 18.00 при­пухлость резко увеличилась, нарастала дыхательная недостаточность. Объективно: в момент обращения состояние больной тяжелое, положение вынужденное - находится в сидячем положении, подавшись вперед. Вы­ражена дыхательная недостаточность по стенотическому типу. Опреде­ляется обширный отек в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, распространяющийся на шею. Незначительная отечность лица. Речь невнятная. Пальпация наиболее болезненна в левой поднижнече­люстной области. Слизистая оболочка дна полости рта резко отечна и выбухает. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

1. Укажите, каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) Вы можете предположить на основании имеющихся данных?
3. Укажите несущественные для данных заболеваний признаки.
4. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с флегмоной дна полости рта.
2. Планирование лечения пациентов с гнилостно-некротическими флегмонами лица и шеи.

Практическое занятие №29

Тема: Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Медиастинит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Предрасполагающие факторы возникновения одонтогенного сепсиса.
2. Основные клинические проявления одонтогенного сепсиса.
3. Дифференциальная диагностика одонтогенного сепсиса.
4. Клинические проявления септического шока.
5. Основные принципы лечения одонтогенного сепсиса и септического шока.
6. Пути распространения одонтогенной инфекции в средостение.
7. Клинические проявления контактного одонтогенного медиастинита.
8. Диагностика и дифференциальная диагностика одонтогенного медиастинита.
9. Значение рентгенологических методов обследования при подозрении на одонтогенный медиастинит.
10. Основные принципы лечения одонтогенного медиастинита.
11. Профилактика медиастинита у больных с флегмонами лица и шеи.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 47 лет, находится на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона височной области справа, подвисоч­ной и крылонебной ямок справа. Поступил в состоянии средней тяжести пять дней назад. При поступлении произведено удаление причинных зубов 48, 47. Флегмона вскрыта наружным и внутриротовым доступами, создана кон­трапертура. Назначена противовоспалительная, симптоматическая физио­терапия. За истекшие сутки состояние больного не улучшилось, в течение последних суток наметилась тенденция к ухудшению. Воспалительный инфильтрат стал менее болезненным, еще более уплотнился. Обнаружено, что наметилась тенденция к появлению инфильтрации тканей в области крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств. Явления гнойно-резорбтивной лихорадки нарастают, симптомы интоксикации нарастают. Температура тела в течение суток колеблется от 38,0°С до 39,5°С, беспо­коит общая сильная слабость, озноб. Отмечаются нарушения работы ки­шечника: диарея. СОЭ - 40 мм/ч.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 52 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с жалоба­ми на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно опреде­ляется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, зани­мающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распро­страняющийся на корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены зубы 46,45, 37 по поводу хронического периодонтита. Наложе­на трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенно­го медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, также предъявляет жало­бы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°С, пульс 110 ударов в минуту, слабого на­полнения и напряжения. Симптом «поколачивания» резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см, резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротеинемия. В моче определяет­ся высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии адекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

**Задача 3.** Больной, 55 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона дна по­лости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространства слева. При поступлении флег­мона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы 35, 36. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермитирующий харак­тер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. По­степенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.

1. Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
2. Ваша дальнейшая тактика.
3. Определите основные направления лечебных мероприятий.

**Задача 4.** Больной, 38 лет, находится на лечении в отделение челюстно-лицевой хирургии в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалитель­ного процесса на передне-боковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки блед­ные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.

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

**Задача 5.** Больному, 38 лет, два дня назад произведено вскрытие флегмоны правой подвисочной и крылонебной ямок. Несмотря на проведенное вме­шательство, дренирование и медикаментозную терапию состояние боль­ного не улучшалось, усилились боли в горле, особенно при глотании. Около суток назад после осмотра обнаружен резко болезненный воспали­тельный инфильтрат в области правой боковой и задней стенки глотки. Инфильтрат вскрыт наружным доступом, однако состояние больного про­должало ухудшаться, температура тела повысилась до 40,0°С, пульс 130- 150 ударов в минуту, аритмичен, слабого наполнения и напряжения. Арте­риальное давление в пределах нормальных цифр. Больной угнетен, апати­чен, жалуется дополнительно на пульсирующую боль в груди, которая иррадиирует в межлопаточную область и усиливается при надавливании на отростки грудных позвонков. Боль также усиливается при попытке проглотить пищу. Обнаружена ригидность длинных мышц спины, пастозность кожи в области грудных позвонков. При рентгенологическом обсле­довании определяется жидкий выпот в область плевральной полости.

1. Поставьте диагноз, укажите локализацию патологического процесса.
2. Укажите путь распространения воспалительного процесса.
3. Ваши тактические действия.

**Задача 6.** Больная, 45 лет, поступила с жалобами на резкие боли в горле, уси­ливающиеся при глотании, резкое ограничение и болезненность при от­крывании рта, появившуюся незначительную, но резко болезненную при­пухлость в области угла нижней челюсти справа. Перечисленные симпто­мы появились после того, как два дня назад в поликлинике по месту жи­тельства была произведена операция удаления ретенированного, дистопированного зуба 48. В течение 10 лет больная наблюдается у хирурга- стоматолога по поводу капиллярной формы лимфангиомы щечной облас­ти и нижней губы слева. Роста новообразования не отмечалось, поэтому от оперативного лечения больная отказывалась. Через сутки после удале­ния зуба 48 ткани в области лимфангиомы стали более плотными, болезненны­ми, опухоль увеличилась в объеме, кожа над ней стала незначительно гиперемированной. В челюстно-лицевом отделении, куда больная была направлена, поставлен диагноз: флегмона крыловидно­-челюстного и окологлоточного пространства. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено большое количество гнойного отде­ляемого, назначена медикаментозная терапия. Однако в течение после­дующих суток состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура тела, появились и стали усиливаться боли за грудиной. Обна­ружен отек и пастозность кожи в области яремной вырезки, распростра­няющийся на надключичные пространства. Перкуссия грудины болезнен­на. Боль усиливалась при запрокидывании головы и при вдохе. Больная не могла лежать, сидела в постели с опущенной к груди головой.

1. Поставьте диагноз, укажите основные признаки, характерные для данного диагноза.
2. Опишите Вашу лечебную тактику.
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и укажите, с чем они связаны?

**Задача 7.** У больного, 48 лет, находящегося на лечении по поводу флегмоны верхне-боковой области шеи, развившейся в результате нагноения боко­вой кисты шеи справа, после проведенной операции вскрытия флегмоны, состояние продолжало ухудшаться, симптомы интоксикации нарастали. Через несколько часов после операции появился сухой кашель, боли в области грудной клетки, нарастала одышка. Боли становились менее ин­тенсивными при положении головы в опущенном к груди состоянии.

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

**Задача 8.** Больной, 28 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: слепое осколочное ранение позадичелюстной области и верхне-боковой области шеи слева. В результате ранения больной перенес массивную кровопотерю. Диагности­рован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удале­но инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали быстро нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю передне-боковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боли в области раны усиливались, затем присоединились боли в области груд­ной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боли в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. Каких данных не достает для уточнения диагноза?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с одонтогенным сепсисом.
2. Планирование лечения пациентов с одонтогенным медиастинитом.

**Практическое занятие №30**

Тема: Тромбофлебит лицевых вен.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Причины возникновения внутричерепных одонтогенных осложнений.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика тромбофлебита вен лица и тромбоза кавернозного синуса.
3. Профилактика и лечение тромбофлебита вен лица.
4. Клиника и диагностика одонтогенных внутричерепных осложнений.
5. Клинические проявления токсикоинфекционного шока при воспалительных заболеваниях лица и шеи.
6. Профилактика внутричерепных осложнений одонтогенного происхождения.

**Тестовые задания:**

1. Эндофлебит не развивается при:

1) снижении реактивности организма

2) замедлении кровотока повреждении венозной стенки

3) повышении свертываемости крови

4) переходе воспалительного процесса с окружающих тканей

2. Тромбофлебиты лицевых вен значительно чаще развиваются путем возникновения:

1) эндофлебита 2) перифлебита

3. При нагноении мягких тканей в области лица воспалительный процесс переходит на синусы головного мозга чаще по:

1) угловой вене лица 2) лицевой артерии 3) анастомозам лицевых вен

4) поперечной артерии лица 5) височной вене

4. Веки могут плотно инфильтрироваться при:

1) тромбофлебите лицевых вен 2) рожистом воспалении

3) фурункуле 4) карбункуле 5) сибирской язве

5. Припухлость и краснота кожи не имеют резких границ при:

1) рожистом воспалении 2) тромбофлебите лицевых вен

6. Болезненный инфильтрат в виде «тяжа» наблюдается при;

1) фурункуле 2) карбункуле 3) тромбофлебите угловой вены

4) рожистом воспалении 5)номе

7. При тромбофлебите угловой вены лица температура тела в области патологического очага повышается на:

1) 0,5°С 2) 0,5-1,0°С 3) 1,5-2,5°С 4) 3-4°С 5) 5-6°С

8. При тромбофлебите пещеристого синуса не выпадает функция какого черепно-мозгового нерва?:

1) глазодвигательного 2) блоковидного 3) отводящего

4) лицевого 5) тройничного

9. Тактика амбулаторного врача при диагностике тромбофлебита вены лица одонтогенного происхождения:

1) удаление «причинного зуба»

2) удаление «причинного зуба» и госпитализация больного

3) дренирование очага воспаления через канал корня зуба

4) дренирование очага воспаления и назначение тромболитической терапии

5) дренирование очага воспаления, назначение тромболитической и антибактериальной терапии

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с тромбофлебитом лицевых вен.

**Практическое занятие №31**

Тема: Тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника тромбоза кавернозного синуса.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика тромбоза кавернозного синуса.
3. Профилактика внутричерепных осложнений одонтогенного происхождения.

**Вопросы для письменного ответа:**

1. Дифференциальная диагностика тромбоза кавернозного синуса
2. Профилактика тромбоза кавернозного синуса.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с тромбозом кавернозного синуса.

**Практическое занятие №32**

Тема: Острые и хронические лимфадениты лица и шеи.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Частота распространения и локализации лимфаденитов лица и шеи.
2. Классификация лимфаденитов лица и шеи.
3. Клиника и лечение острого лимфаденита лица и шеи.
4. Клиника и лечение острого гнойного (абсцедирующего) лимфаденита и аденофлегмон лица и шеи.
5. Дифференциальная диагностика острых гнойных лимфаденитов лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. У взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в:

1) 100-200 лимфатических узлов

2) 200-400 лимфатических узлов

3) 500-1000 лимфатических узлов

4)1000-2000 лимфатических узлов

2. Аденофлегмона - это:

1) серозное воспаление лимфатического узла

2) гнойное воспаление лимфатического узла

3) серозная инфильтрация тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел

4) гнойное воспаление тканей, окружающих воспалительно измененный лимфатический узел

3. Патологоанатомические изменения при затяжном хроническом лимфадените и ранее перенесенном гнойном воспалении:

1) серозная инфильтрация лимфатического узла

2) гнойная инфильтрация лимфатического узла с серозной инфильтрацией окружающих тканей

3) разрастание фиброзной ткани, утолщение капсулы, лимфоузел сморщивается и превращается в фиброзный тяж

4) гиперплазия лимфоидных элементов, которые впоследствии замещаются соединительной тканью

4. В зависимости от характера клинического течения лимфадениты делятся на:

1) одонтогенные, тонзиллогенные, риногенные, отогенные, стоматогенные

2) острые, хронические и обострившиеся хронические

3) специфические и неспецифические

4) первичные и вторичные

5. Как называют лимфаденит, если не удается обнаружить его видимую связь с каким-либо патологическим очагом?:

1) неодонтогенным 2) специфическим 3) неспецифическим

4) первичным 5) вторичным

6. Трункулярный лимфангоит - это:

1) воспаление крупных лимфатических сосудов

2) воспаление мелких лимфатических сосудов

7. Диагностируются ли поверхностные (ретикулярные) лимфангоиты лица?:

1) да, довольно часто 2) редко 3) практически не диагностируются

8. Установите диагноз гнойного лимфаденита:

1) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа собирается в складку и в цвете не изменена, лимфоузел плотноэластической консистенции, малоболезненный, подвижный, с гладкой поверхностью

2) субфебрильная или высокая температура тела, припухлость пораженной области, кожа над припухлостью гиперемирована и напряжена, ткани вокруг лимфатического узла инфильтрированы, определяется болезненность, малоподвижный, имеется флюктуация

3) субфебрильная температура тела, припухлость пораженной области, болезненный при пальпации, округлой формы, плотноэластической консистенции, ровные контуры, кожа над ним подвижная, цвет не изменен.

9. Какая имеется особенность в течение лимфаденита у людей пожилого возраста?:

1) особое (быстрое) течение 2) протекает медленнее 3) особенностей нет

10. Аденофлегмоны в пожилом возрасте имеют:

1) разлитой характер 2) ограниченный характер 3) у пожилых людей не встречаются

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа. Из анамнеза выяснено, что больного в течение года беспокоит припухлость в поднижнечелюстной области справа, кото­рая медленно увеличивается в размере, а несколько дней назад образовал­ся свищевой ход. Из перенесённых заболеваний больной указывает, что в детстве проводилось лечение по поводу костно-суставного специфическо­го процесса. В настоящее время отмечаются частые бронхиты и ангины, беспокоят головные боли. В поднижнечелюстной области справа опреде­ляется припухлость, размером до 4,0 см в диаметре, в центре которой имеется свищевой ход с творожистым распадом тканей. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 2.** Больная, 18 лет, обратилась с жалобами на припухлость в боковом отделе шеи слева и периодически появляющуюся боль в области нижней челюсти слева. Припухлость в боковом отделе шеи то увеличивается, то уменьшается в размере, сопровождаясь резким повышением температуры тела, общей слабостью, потерей аппетита и головными болями. Из анам­неза выяснено, что припухлость обнаружена полгода назад. Перенесённые заболевания больная затрудняется сообщить. С обеих сторон шейные лим­фатические шейные узлы увеличены, слева определяется конгломерат с бугристой поверхностью. Полость рта санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен участок разряжения костной ткани округ­лой формы с четкими границами, в центре которого определяется тень зуба 38, картина напоминающая зубосодержащую кисту.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания?

**Задача 3.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области слева, которую обнаружила через неделю после появ­ления язвы на нижней губе слева. Из перенесенных заболеваний отмечает детские болезни, гепатит. В поднижнечелюстной области слева определя­ется увеличенный лимфатический узел, диаметром до 5,0 см, безболез­ненный, не спаянный с окружающими тканями и имеющий хрящеподоб­ную консистенцию. На нижней губе слева определяется язвенная поверх­ность в диаметре до 2,0 см с плотными краями. Полость рта не санирова­на.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа и в верхнем отделе шеи справа. Припухлость обнаружена случайно три месяца назад. К врачам не обращался, так как припухлость не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает дет­ские болезни. В последнее время появилась охриплость голоса. Больной курит. В поднижнечелюстной области справа и в верхнебоковом отделе шеи справа определяются увеличенные лимфатические узлы, располо­женные в виде цепочки, не спаянные между собой и окружающими тка­нями, безболезненные, твердые по плотности. Открывание рта свободное. В полости рта выявлена веррукозная лейкоплакия. Полость рта не саниро­вана.

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Задача 5.** Больной, 34 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа, которую обнаружил случайно. Считает себя практически здоровым. На основании клиники был поставлен стоматоло­гом диагноз склероаденита. В поднижнечелюстной области справа опре­деляется ограниченная припухлость до 4,0 см в диаметре, безболезненная, смещаемая, плотной консистенции (хрящеподобной). Открывание рта свободное. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения.
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 6.** Больная, 33 лет, обратилась с жалобами на припухлость в верхне­боковом отделе шеи справа. Припухлость обнаружена несколько месяцев назад, беспокоит зуд кожи в области волосистой части головы. Припух­лость медленно увеличивается в размере, но боль не беспокоит. Из пере­несенных заболеваний отмечает детские болезни, гепатит, частые про­студные заболевания. В верхнебоковом отделе шеи справа определяются увеличенные лимфатические узлы до 4,0 см в диаметре, плотные, безбо­лезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Кожные покровы не изменены. Полость рта санирована.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острыми и хроническими лимфаденитами лица и шеи.

**Практическое занятие №33**

Тема: Одонтогенный верхнечелюстной синусит.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Хирургическая анатомия верхнечелюстной пазухи.
2. Этиология и патогенез одонтогенных гайморитов.
3. Острый одонтогенный гайморит, клиника, диагностика и лечение.
4. Хронический одонтогенный гайморит, клиника, дифференциальная диагностика, методы консервативного лечения.
5. Оперативные методы лечения хронических гайморитов.
6. Профилактика одонтогенных верхнечелюстных синуситов.

**Тестовые задания:**

1. Какому возрасту ребёнка размеры верхнечелюстной пазухи приближаются к размерам взрослого человека

1) 1 году  2) 3 годам 3) 6 годам 4) 10 годам 5) 15 годам

2. В каком возрасте нижняя граница верхнечелюстной пазухи лежит на одном уровне с дном полости носа?

1) 1 году  2) 3 годам 3) 6 годам 4) 10 годам 5) 15 годам

3. В каком возрасте нижняя граница верхнечелюстной пазухи лежит ниже уровня дна полости носа

1) 1 году  2) 3 годам 3) 6 годам 4) 10 годам 5) 15 годам

4. Объем верхнечелюстной пазухи в среднем составляет у взрослого человека

1) 1-2 см3 2) 5-6 см3 3) 7-8 см3 4) 8-9 см3 5) 10-12 см3

5. Пневматический тип верхнечелюстной пазухи это

1) чрезмерно развитая пазуха, когда она может распространяться даже в отростки верхнечелюстной кости

2) малые размеры верхнечелюстной пазухи

6. Могут ли моляры верхней челюсти вызывать воспаления в верхнечелюстной пазухе?

1) нет, не могут 2) могут, но очень редко 3) могут, довольно часто

7. Может ли встречаться асимметрия верхнечелюстных пазух, то есть одна – пневматизирована другая – склеротический тип?

1) да, очень часто 2) нет, такого не бывает 3) встречается очень редко

8. Каким эпителием выстлана верхнечелюстная пазуха взрослых?

1) плоским неороговевающим 2) плоским ороговевшим

3) многослойным мерцательным 4) Цилиндрическим 5) кубическим

9.  Хирургические вмешательства на альвеолярном отростке могут ли вызвать или обострить течение гайморита?

1) нет, такого не бывает 2) могут, но очень редко 3) могут, довольно часто

10. Одонтогенный гайморит у детей при воспалении в области премоляров и моляров верхней челюсти встречается:

1) очень часто 2) довольно часто 3) редко

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с одонтогенным верхнечелюстным синуситом.

**Практическое занятие №34**

Тема: Перфорация и свищ верхнечелюстной пазухи.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Одонтогенные свищи верхнечелюстной пазухи, клинические проявления.
2. Показания к оперативному вмешательству.
3. Хирургические способы устранения свищей.
4. Осложнения после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе.
5. Профилактика перфораций и свищей верхнечелюстной пазухи.

**Тестовые задания:**

1. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:

1) 1.2, 1.1, 2.1, 2.2

2) 1.3, 1.2, 2.2, 2.3

3) 1.8, 1.7, 2.7, 2.8

4) 1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8

5) 1.6, 1.5,2.5, 2.6

2. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании:

1) жалоб больного

2) клинических данных

3) рентгенологической картины

4) клинико-рентгенологической картины

5) данных осмотра

3. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

1) носовое кровотечение

2) кровотечение из лунки

3) перелом альвеолярного отростка

4) положительный симптом нагрузки

5) положительная носо-ротовая проба

4. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:

1) провести верхнечелюстную синусотомию

2) динамическое наблюдение

3) промыть пазуху антисептиком

4) укрыть лунку йодоформным тампоном

5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

5. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо:

1) провести верхнечелюстную синусотомию

2) динамическое наблюдение

3) промыть пазуху антисептиком

4) укрыть лунку йодоформным тампоном

5) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

6. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:

1) физиотерапия

2) верхнечелюстная синусотомия

3) иссечение свища

4) промывание пазухи антисептиком

5) верхнечелюстная синусотомия с одномоментной пластикой свища

7. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:

1) филатовского стебля

2) слизистой оболочки щеки

3) слизистой оболочки верхней губы

4) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка

5) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки

8. Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:

1) тризм

2) носовое кровотечение

3) деформация скуловой области

4) парез краевой ветви n.facialis

5) сиалоаденит

9. Ранним местным осложнением после радикальной верхнечелюстной синусотомии и пластики свищевого хода является:

1) тризм

2) расхождение швов

3) деформация скуловой области

4) парез краевой ветви n.facialis

5) сиалоаденит

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с перфорацией и свищем верхнечелюстной пазухи.

**Практическое занятие №35**

Тема: Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Актиномикоз. Лечение актиномикоза.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез актиномикоза лица и шеи. Распространенность актиномицет в природе.
2. Классификация актиномикоза тканей челюстно-лицевой области и шеи.
3. Клиническая картина и методы диагностики актиномикоза тканей челюстно-лицевой области и шеи.
4. Лечение больных актиномикозом.

**Тестовые задания:**

1. Диагноз «актиномикоз» устанавливается на основании:

1) цитологического исследования 2) рентгенологических данных

3) клинического анализа крови 4) серологического исследования

5) исследования гормонального статуса

2. Наиболее часто поражаются актиномикозом области:

1) шеи 2) подбородочная 3) подподбородочная

4) височная, скуловая 5) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

3. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит:

1) лучевая терапия 2) седативная терапия 3) мануальная терапия

4) иммунотерапия 5) гипотензивная терапия

4. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит:

1) лучевая терапия 2) седативная терапия 3) мануальная терапия

4) гипотензивная терапия 5) хирургическое пособие

5. Для иммунотерапии актиномикоза челюстно-лицевой области используют:

1) интерферон 2) актинолизат 3) стафилококковый анатоксин

4) противокоревой гаммаглобулин 5) стафилококковый иммуноглобулин

6. Количество инъекций актинолизата на один курс лечения:

1) 5 2) 12 3) 15 4) 25 5) 35

7. В комплекс лечения актиномикоза челюстно-лицевой области входит:

1) лучевая терапия 2) седативная терапия 3) мануальная терапия

4) ГБО-терапия 5) гипотензивная терапия

8. При длительном течении актиномикоза челюстно-лицевой области развивается:

1) медиастинит 2) пневмосклероз 3) бронхиальная астма

4) амилоидоз внутренних органов 5) пиелонефрит

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость обнаружил во время бритья несколько месяцев назад. В это время проводилось лечение моляров на нижней челюсти слева. За последние два месяца припухлость незначи­тельно увеличилась в размере, стала более плотной, боль не беспокоит. Из перенесенных заболеваний: детские болезни и частые обострения хронического тонзиллита. Соответственно телу нижней челюсти слева опреде­ляется образование, до 2,0 см в диаметре, подвижное, плотной консистен­ции, кожные покровы над образованием не изменены, смещаемы. Под­нижнечелюстные лимфатические узлы не определяются. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании опре­деляется очаг разряжения костной ткани в области верхушек корней зуба 36 с четкими контурами, округлой формы, размером 0,3-0,4 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 22 лет, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет, вначале она была незначительных размеров, потом стала мед­ленно увеличиваться, периодически боль усиливалась, повышалась темпе­ратура тела. Проводились разрезы в полости рта соответственно зубов 36, 37, 38. Постепенно в центральном отделе уплотненного очага тела нижней челюсти справа образовался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются детские болезни, частые ангины. За последние полгода выяв­лен риногенный двусторонний гайморит. Соответственно телу нижней челюсти слева определяется воспалительный инфильтрат округлых очер­таний, плотный и безболезненный при пальпации, в центре которого кожа цианотична, истончена, не смещаема и наличие свищевого хода с неболь­шим гнойным отделяемым и грануляционной тканью. Открывание рта свободное, безболезненное. При рентгенологическом исследовании опре­деляется участок разряжения костной ткани в области верхушек корней зуба 36, размером 0,3-0,4 см, а также дистопия зуба 38.

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на припухлость правой щеч­ной области, в очаге поражения периодически возникают болевые ощу­щения, отмечается повышение температуры тела. В среднем отделе пра­вой щечной области соответственно углу рта определяется ограниченная припухлость, смещаемая, несколько болезненная, кожные покровы над припухлостью не изменены. Полость рта не санирована. Больная считает себя практически здоровой.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какое обследование необходимо провести для этой цели?

**Задача 4.** Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на припухлость правой щеч­ной области, которая появилась два года назад. Полгода назад был удален зуб 16. Несмотря на удаление зуба припухлость стала более разлитой, образо­вался свищевой ход. Из перенесенных заболеваний отмечаются простуд­ные, желчно-каменная болезнь. Периодически проводится лечение по поводу красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта. В пра­вой щечной области определяется воспалительный инфильтрат и свище­вой ход, закрытый кровянисто-гнойной корочкой. Полость рта санирова­на. Однако на слизистой оболочке полости рта имеются элементы красно­го плоского лишая.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 5.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на припухлость в нижнем отделе лица слева. Припухлость обнаружена случайно несколько месяцев назад, когда болел зуб на нижней челюсти слева. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские болезни. Год назад проведена операция по поводу ретенционной кисты в области нижней губы слева. В нижнем отделе щеч­ной области определяется ограниченная припухлость, кожа над ней красновато-синюшнго цвета, отмечается незначительный отек окружающих тканей и спаянность с краем тела нижней челюсти.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания?

**Задача 6.** Больной, 28 лет, обратился с жалобами на припухлость поднижнечелюстной области слева, которую обнаружил случайно, полгода назад. За это время больному проводилось лечение спиртовыми компрессами и физиотерапевтическими процедурами. Однако припухлость то увеличивается в размере, то уменьшается, появилась боль и повышение темпера­туры тела. Иногда отмечается ограничение открывания рта. Больной счи­тает себя практически здоровым. В поднижнечелюстной области слева определяется увеличенный, слегка болезненный плотный и смещаемый лимфатический узел. Кожа над ним не изменена. Открывание рта свобод­ное, безболезненное, из вартонова протока слева выделяется прозрачная слюна. Полость рта санирована. Имеется дистопия зуба 38.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Больной, 28 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа и повышение температуры тела, озноб, недомо­гание, общую слабость, головную боль. Зуб 37 ранее был лечен. Больной часто болеет простудными заболеваниями. В поднижнечелюстной области спра­ва определяется воспалительный инфильтрат, покрытый покрасневшей, с синюшным оттенком кожей, с наличием нескольких свищевых ходов, через которые выделяется небольшое количество серозно-гнойного экссу­дата. В области пораженного участка имеются валикообразные складки кожи. Открывание рта свободное, безболезненное, из вартоновых прото­ков слюна выделяется прозрачная. Зуб 37 в цвете изменен, имеется пломба, реакция на перкуссию положительная.

1. Поставьте диагноз и проведите обоснование диагноза.
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области слева с наличием свищевого хода, который периоди­чески закрывается. У больного три месяца назад был перелом нижней челюсти слева. Из перенесенных заболеваний отмечает детские болезни, частые ангины. В поднижнечелюстной области слева определяется плот­ный, безболезненный инфильтрат, в центре которого имеется размягчение и свищевой ход с наличием грануляций. Кожа над инфильтратом цианотична, не смещаема. Полость рта не санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 9.** Больная, 19 лет, обратилась с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области справа и боль в зубах на верхней челюсти справа. Припухлость обнаружила несколько месяцев назад. За это время был уда­лен зуб 11, но припухлость не уменьшилась в размере, периодически появ­ляется боль и повышается температура тела. Из перенесенных заболева­ний отмечает детские болезни, пневмонию. Месяц назад был удален кон­кремент из вартонова протока справа. В правой поднижнечелюстной об­ласти определяется ограниченная припухлость, размером до 3,0 см в диа­метре. Кожа над припухлостью несколько цианотична и неподвижна, а вокруг инфильтрата в виде валикообразных складок. В полости рта име­ются кариозные зубы на верхней и нижней челюстях, дистопия зуба 48. На нижней губе справа определяется образование, напоминающее каверноз­ную гемангиому.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков или сведений анамнестического характера не достает? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с актиномикозом.

**Практическое занятие №36**

Тема: Туберкулез. Лечение туберкулеза. Сифилис. Лечение сифилиса.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника туберкулеза челюстно-лицевой области.
2. Диагностика, дифференциальная диагностика туберкулеза.
3. Лечение туберкулеза.
4. Клиника сифилиса челюстно-лицевой области.
5. Диагностика, дифференциальная диагностика сифилиса.
6. Лечение сифилиса.

**Тестовые задания:**

1. Могут ли микобактерии бычьего вида быть причиной развития туберкулеза и каким путем они попадают в организм человека?:

1) могут, попадают в организм капельным путем

2) могут, попадают в организм алиментарным путем

3) могут, попадают в организм контактным путем

4) не могут быть причиной развития туберкулеза

2. Туберкулез может поражать:

1) любой орган, кроме головного мозга и нервной системы

2) любой орган, кроме мышечной и костной ткани

3) не поражаются почки, печень и поджелудочная железа

4) любой орган и любую систему организма человека

3. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области:

1) не сопровождается легочным туберкулезом

2) сопровождается легочным туберкулезом

4. Первичное туберкулезное поражение челюстно-лицевой области возникает при попадании микобактерии:

1) из легких 2) из костей 3) из кишечника 4) через миндалины

5. Вторичное поражение челюстно-лицевой области не возникает при попадании туберкулезной инфекции:

1) из легких 2) из костей 3) из кишечника 4) через миндалины

6. Туберкулезу чаще подвержены:

1) новорожденные 2) дети и подростки 3) лица молодого возраста

4) люди среднего возраста 5) пожилые люди

7. Патоморфологические изменения при туберкулезе не зависят от:

1) формы заболевания 2) стадии заболевания 3) локализации процесса

4) сезонности заболевания 5) распространенности процесса

8. На какой стадии воспалительного процесса в тканях появляются специфические для туберкулеза клетки?:

1) альтерации 2) экссудации 3) пролиферации

9. Специфичные для туберкулеза клетки:

1) клетки Харгрейвса 2) Шванновские клетки

3) клетки Яворского 4) клетки Пирогова-Лангханса

5) клетки Березовского-Штернберга 6) ксантомные клетки

7) клетки Паппенгейма

10. Патоморфологически туберкулезный лимфаденит не бывает:

1) фиброзным 2) фиброзно-казеозном

3) экссудативным 4) гиперпластическим

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на припухлость в поднижне­челюстной области слева. Из анамнеза выяснено, что припухлость в под­нижнечелюстной области обнаружили врачи при осмотре. Больной отме­чает субфебрильную температуру тела, общую слабость, потерю аппетита. В анамнезе - три месяца назад перенес пневмонию. Отмечается увеличе­ние поднижнечелюстных и шейных лимфатических узлов, они имеют плотно-эластическую консистенцию, бугристую поверхность, четко контурируются, их пальпация слабо болезненная. Кожные покровы в цвете не изменены, открывание рта свободное. Полость рта санирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительных исследований.
3. Поставьте диагноз.
4. Составьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на припухлость в боковом отделе шеи справа, боли при ходьбе в области тазобедренного сустава. Из анамнеза выяснено, что припухлость бокового отдела шеи обнаружена год назад. За это время она увеличилась в размере, стала более разлитой, а в центральном участке образовался свищевой ход. Больной отмечает общую слабость, быструю утомляемость, потливость, субфибрилитет и зуд кожи. Из перенесенных заболеваний: частые простудные заболевания, несколько лет назад перенес черепно-мозговую травму в результате автомобильной аварии. В боковом отделе шеи справа определяется плотный конгломерат с бугристой поверхностью, в центре которого имеется свищевой ход с подрытыми краями и незначительным гнойным отделяемым. Полость рта санирована. У больного выявлено наличие конкрементов в правой под­нижнечелюстной слюнной железе. При цитологическом исследовании в гнойном отделяемом обнаружены гигантские клетки. На рентгенограмме тазобедренного сустава отмечается участок резорбции костной ткани.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с туберкулезом и сифилисом.

**Практическое занятие №37**

Тема: Фурункул и карбункул лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез фурункулов и карбункулов лица и шеи.
2. Факторы, предрасполагающие к развитию фурункулов и карбункулов лица и шеи.
3. Клиническая картина фурункулов лица и шеи.
4. Диагностика и дифференциальная диагностика фурункулов и карбункулов тканей челюстно-лицевой области.
5. Методы лечения фурункулов лица и шеи.
6. Особенности лечения карбункулов лица и шеи.
7. Пути распространения инфекции при фурункулах и карбункулов тканей челюстно-лицевой области и шеи, возможные осложнения.
8. Профилактика образования фурункулов и карбункулов лица и шеи.

**Тестовые задания:**

1. Фурункул-это:

1) острое гнойное воспаление клетчатки

2) специфическое поражение придатков кожи

3) острое гнойное воспаление потовой железы

4) серозное воспаление волосяного фолликула

5) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула

2. Карбункул-это:

1) острое гнойное воспаление клетчатки

2) специфическое поражение придатков кожи

3) острое гнойное воспаление потовой железы

4) серозное воспаление волосяного фолликула

5) разлитое острое гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов

3. Возбудителями при фурункулах челюстно-лицевой области чаще всего являются:

1) стрептококки

2) лучистые грибы

3) бледные спирохеты

4) золотистые стафилококки

5) туберкулезные микобактерии

4. Способствует развитию фурункулеза челюстно-лицевой области:

1) эндартериит

+2) сахарный диабет

3) гипертоническая болезнь

4) психическое заболевание

5) бронхиальная астма

5. Типичным клиническим признаком фурункула лица является ограниченный:

1) участок гиперемии кожи

2) инфильтрат кожи синюшного цвета

3) плотный инфильтрат мягких тканей

4) гиперемированный, конусообразно выступающий над поверхностью кожи инфильтрат

5) гиперемированный, конусообразно вдавленный под поверхность кожи инфильтрат

6. Типичным клиническим признаком фурункула лица является болезненный:

1) участок гиперемии кожи

2) инфильтрат кожи синюшного цвета

3) инфильтрат в толще мягких тканей

4) плотный инфильтрат мягких тканей багрового цвета

5) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическими стержнями

7. Общесоматическим осложнением фурункула лица является:

1) сепсис

2) верхнечелюстной синусит

3) дипломия

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

8. Местным осложнением фурункула лица является:

1) дипломия

2) верхнечелюстной синусит

3) рожистое воспаление

4) гипертонический криз

5) тромбофлебит вен лица

9. Общесоматическим осложнением фурункула лица является:

1) верхнечелюстной синусит

2) дипломия

3) гнойный менингит

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

10. Местным осложнением фурункула лица является:

1) дипломия

2) верхнечелюстной синусит

3) лимфаденит

4) рожистое воспаление

5) гипертонический криз

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания - второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти кли­нически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтра­та, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1х0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфати­ческие узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

**Задача 2.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38°С. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфиль­трат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре - гнойная пробка 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, установите стадию заболевания.
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
4. Определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 3.** Больная, 31 года, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы по­явились три дня назад после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолече­нием - компрессы. По общему статусу считает себя здоровой. Температу­ра тела 37,9°С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2x0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внут­реннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Составьте план лечения и место его проведения.

**Задача 4.** Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на припухлость в лобной области справа, головную боль, общую слабость. Давность заболевания - пять дней. К врачу не обращалась, лечилась дома компрессами. В анамне­зе хронический холецистит. Температура тела 38,1°С. Полость рта не санирована. В лобной области справа определяется плотный конусовид­ный инфильтрат 1,5x2,0 см болезненный, кожа гиперемирована, в центре неглубокий свищевой ход 0,2x0,2 см, с неровными краями и гнойным отделяемым. Отек окружающих тканей и верхнего века правого глаза, глазная щель сужена.

1. Поставьте диагноз и определите стадию заболевания.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°С. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век спра­ва, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата вид­ны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 6.** Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на припухлость и боль в области левого крыла носа. Давность заболевания три дня. Температура тела субфебрильная. По общему статусу без особенностей. Левое крыло носа деформировано, инфильтрировано с уплотнением 1,0x1,0 см, в сере­дине которого определяется гнойная пробка, размером 0,2x0,2 см Перифокальный отек верхней губы и подглазничной области соответствующей стороны. На коже левой височной области определяется пигментный во­лосистый невус, размером 1,0x1,5 см. Регионарные лимфатические узлы слева увеличены, подвижны, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Отметьте признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 7.** Больной, 28 лет, обратился по поводу болезненного увеличения в области нижней губы справа. Болен третий день. В анамнезе: частые ОРЗ. По общему статусу здоров, температура тела 37,8°С. В области нижней губы справа определяется уплотнение, размером 1,0x1,5 см, кожа над ним гиперемирована, пальпация болезненна. Отечность тканей вокруг инфиль­трата распространяется на нижний свод преддверия полости рта справа.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки диагноза?
3. Какой метод дополнительного обследования необходим для диагностики заболевания и составления плана лечения?

**Задача 8.** Больной, 21 года, жалуется на жгучую боль и припухлость в лобной области слева, общую слабость, головную боль, потерю трудоспособности. Давность заболевания три дня. Два месяца назад больной перенес перелом в области угла нижней челюсти справа. Патологических измене­ний со стороны внутренних органов не выявлено. Температура тела 37,9°С. В лобной области слева пальпируется плотный болезненный инфильтрат конусовидной формы, размером 1,2x1,2 см, кожа гиперемирована. Окружающие ткани отечны в радиусе 1,0 см. В области угла нижней че­люсти справа на месте бывшего перелома пальпаторно определена кост­ная мозоль.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные клинические сведения необходимы для окончательного диагноза?
3. Назовите признаки, не характерные для данного заболевания.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с фурункулом и карбункулом лица.

**Практическое занятие №38**

Тема: Рожистое воспаление. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клинические проявления рожистого воспаления.
2. Диагностика, дифференциальная диагностика рожистого воспаления.
3. Лечение рожистого воспаления.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 49 лет, жалуется на покраснение лобной области слева, лихорадку, недомогание, общую слабость. Давность заболевания - третий день. Общий статус - без особенностей. Температура тела 38,0°С. В лоб­ной области слева определяется выраженная гиперемия кожи, размером 2,0x3,0 см с неровными, но резко очерченными границами. Гиперемированный участок, как бы приподнят над окружающей кожей, пальпация слегка болезненная. Инфильтрация подлежащих тканей отсутствует. Ре­гионарные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. В каком лечебном учреждении необходимо проводить лечение больного?

**Задача 2.** Больная, 38 лет, обратилась по поводу красного пятна в области носа, которое появилось три дня назад, и стало распространяться на щечную область справа. Одновременно пациентка отмечает общую слабость, на­сморк, озноб, потерю трудоспособности. Температура тела 38,3°С. По общему статусу патологии не выявлено. На границе хрящевого и костного отделов носа его боковых поверхностях и крыле справа, а также щечной области справа кожа резко гиперемирована, отечна, лоснится, напряжена, утолщена и приподнята над окружающими участками здоровой кожи. Края гиперемированного участка кожи имеют фестончатые очертания. Пальпация очага слегка болезненна. Полость рта не санирована. В подбо­родочной области слева выявлена фиброма 0,8x0,8 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больную?

**Задача 3.** Больной, 45 лет, обратился с жалобами на ярко-красное пятно височ­ной области слева, которое возникло два дня назад, отмечает вялость, повышение температуры. В общем статусе патологии не выявлено. Кожа височной области слева гиперемирована на участке, размером 1,0х1,5 см, лоснится, утолщена, болезненна. Окружающие ткани не изменены. Темпе­ратура тела 37,8°С.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических признаков не достает для постановки окончательного диагноза?

**Задача 4.** Больная, 44 лет, заметила красное пятно на левой щечной области, размером 1,0x1,0 см. За три дня пятно увеличилось в размере и больная обратилась к врачу. Отмечает озноб, лихорадочное состояние, общую слабость. По общему статусу патологии не выявлено. Полость рта саниро­вана. При рентгенологическим исследовании определяется ретенция зуба 38. В щечной области слева на четко ограниченном участке, размером 1,5x2,0 см кожа лоснится, отечна, болезненна при пальпации. Температура тела 38,2°С.

1. Какое заболевание Вы можете предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки оконча­тельного диагноза и составления плана лечения?
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с рожистым воспалением.

**Практическое занятие №39**

Тема: Воспалительные заболевания слюнных желез. Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желез. Классификация.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методы обследования слюнных желез.
2. Классификация заболеваний слюнных желез.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 31 года, обратился с жалобами на наличие образования в подъязычной области справа, которое заметил около двух месяцев назад. Медленно увеличивалось в размерах. Около трех недель назад обратил внимание на выделение большого количества вязкой прозрачной жид­кости без вкуса и запаха, после чего образование уменьшалось в размерах, затем вновь стало увеличиваться и достигло прежних размеров. При внешнем осмотре патологических изменений не выявлено. В подъязычной области справа определяется образование 3,0x3,0 см, округлой формы, мягко-эластической консистенции, безболезненное. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна с голубоватым оттенком. Уздечка язы­ка смещена влево. Слюна из правого вартонова протока выделяется чис­тая, в достаточном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. С чем связано уменьшение размеров новообразования в анамнезе?
3. Опишите методы хирургического лечения.
4. Какие наиболее серьезные осложнения возможны при проведении операции?

**Задача 2.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на наличие безболезненного образования в левой околоушно-жевательной области. Обнаружил около 7-8 месяцев назад. Медленно увеличивалось в размере. Из анамнеза около года назад была травма левой околоушно-жевательной области. В верхних отделах околоушно-жевательной области слева определяется образование, мягко-эластической консистенции, размером 2,0x2,0 см. ограниченное, подвижное, с четкими контурами, с кожей не спаянное. Кожа над ним в цвете не изменена. Слюна из левого стенонова протока выделяется чистая в достаточном количестве. При контрастной сиалографии обнаружен участок дефекта наполнения протоков железы с четкими контурами, соот­ветствующие проекции новообразования. При рентгенологическом иссле­довании выявлено аномальное положение зуба 38, смещенного в нижние отде­лы ветви нижней челюсти слева. Вокруг зуба 38 определяется участок разреже­ния костной ткани с четкими контурами. При пункции новообразования получена прозрачная вязкая жидкость в большом количестве, после чего размеры образования уменьшились.

1. Поставьте предварительный диагноз, составьте план лечения
2. С чем могло быть связано появление данного заболевания?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки и с чем они могут быть связаны?

**Задача 3.** Больной, 45 лет, около трех месяцев назад получил травму - ранение осколком стекла левой околоушно-жевательной области. Первичная хи­рургическая обработка резанной раны с ушиванием была произведена в травматологическом пункте по месту жительства. Сразу после ранения обнаружено неполное смыкание век левого глаза, однако в настоящее время степень смыкания век увеличилась. Вскоре после травмы в области рубца обнаружено округлое образование с медленным ростом, безболез­ненное. Определяется неполное смыкание век левого глаза (остается щель около 2,0 мм), умеренно выражены явления коньюктивита слева. Других симптомов пареза мимической мускулатуры не выявлено. В левой около­ушно-жевательной области на коже определяется линейный, вертикально расположенный рубец, длинной около 7,0 см, мягкий, безболезненный. В верхних отделах околоушно-жевательной области определяется образова­ние округлой формы, в диаметре 1,5 см, безболезненное. Функция слюно­отделения не нарушена. Кожа под новообразованием обычной окраски, собирается в складку.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостает для постановки диагноза?
3. Какова тактика лечебных мероприятий в зависимости от возможного диагноза?

**Задача 4.** Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на наличие безболезненного образования в подподбородочной и подъязычной областях. Ввиду боль­ших размеров новообразования возникают затруднения, дискомфорт при движении языка во время разговора, пережевывания пищи. Также беспо­коит чувство першения в горле, незначительные боли при глотании, осип­лость голоса, которое возникли после переохлаждения. Открывание рта свободное, безболезненное. В подподбородочной области определяется образование, безболезненное, с четкими контурами, ограниченно-подвижное, размером 5,0x4,0x4,0 см, распространяющееся в подъязыч­ную область. Уздечка языка смещена кверху и вправо. Язык незначитель­но приподнят. Движения языка свободны. Задняя стенка глотки, небные дужки гиперемированы, увеличены в размерах, рыхлые.

1. Наличие какого образования можно предположить?
2. Каких данных не достает для постановки диагноза?
3. Какие признаки являются несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Задача 5.** Больной, 18 лет, поступил с жалобами на наличие безболезненного образования в области слизистой оболочки нижней губы в центральном отделе. Из анамнеза выявлено, что около трех недель назад во время игры в футбол получил удар мячом в область подбородка. На травму не обратил внимания, однако около 10 дней назад заметил появление образования на слизистой оболочке нижней губы, безболезненное. По настоянию родите­лей прополаскивал рот растворами трав, но новообразование продолжало увеличиваться в размере. На слизистой оболочке нижней губы в централь­ном отделе определяется образование, размером 1,5x1,5 см, мягкоэлас­тичной консистенции, безболезненное, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой нижней губы в одной точке. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна, имеет голубоватый оттенок. Опреде­ляется участок флюктуации.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Что такое и какое в данном случае значение имеет «ретенционный пункт»?
3. Есть ли по Вашему мнению, необходимость проведения в данном случае каких-либо дополнительных исследований?

**Задача 6.** Больная, 68 лет, поступила с жалобами на наличие мягкого, безбо­лезненного, образования на слизистой оболочке щечной области слева, которое появилось около двух месяцев назад после неоднократного прикусывания зубами слизистой оболочки щеки слева. Новообразование уве­личивалось в размере, после очередного прикусывания быстро уменьша­лось в размере и исчезало, после чего постепенно вновь появлялось и увеличивалось. Больная в течение 7 лет пользуется полным съёмным пластинчатым протезом на нижней челюсти и частичным съемным проте­зом на верхней челюсти. В течение этого времени к ортопеду с целью замены протезов не обращалась. В анамнезе: гипертоническая болезнь I-II степени, остеохондроз шейного отдела позвоночника. Объективно: на границе слизистой оболочки нижней губы и щеки слева определяется новообразование, в диаметре 1,0x1,0 см, округлой формы, безболезненное с четкими контурами, ограниченно-подвижное, спаянное со слизистой оболочкой в одной точке, имеющей вид точечного рубца. Слизистая оболочка над ним истончена, полупрозрачна. При удалении из полости рта съёмных протезов и осмотре, обнаружено, что в области протезного ложа на нижней челюсти справа имеются разрастания слизистой оболочки в виде долек различного размера, мягкой консистенции, слизистая оболочка над ним и в цвете не изменена. Сама больная обратила внимание на появление дольчатых разрастаний около двух лет назад, но значения не прида­ла.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите на несущественные для основного заболевания признаки или симптомы.
4. С чем связано появление дольчатых разрастаний?

**Задача 7.** Больная, 38 лет, поступила к стоматологу для проведения плановой санации полости рта. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы обнаружено мягко-эластическое, безболезненное новообразование округ­лой формы. Со слов больной образование появилось около трех месяцев назад, не беспокоит за исключением того, что она постоянно прикусывает слизистую оболочку в этом месте. При осмотре на слизистой оболочке нижней губы справа определяется образование, мягкой консистенции, безболезненное. Отмечается частичный отлом коронки зуба 12 и острый край у оставшейся части зуба.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза (предварительного и окончательного)?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить в данном случае?
3. Есть ли в данном случае необходимость проведения операции биопсии? Если да, то по какому типу и каким образом Вы будете проводить данную операцию?

**Задача 8.** Больной, 48 лет, поступил с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке нижней губы в центральном отделе, возникшее после прикусывания во время принятия пищи около полугода назад. Последнюю неделю отмечается увеличение в размере. При объективном обследовании обнаружено мягкое новообразование, упругое, размером 2,0x3,0 см. При пальпации также определяется участок флюктуации. При осмотре полости рта на слизистой оболочке щек и губ, особенно по линии смыкания зубов определяется участок гиперкератоза в виде папул, сливающихся в «ажурный» крупный рисунок. Полость рта не санирована. Имеются мно­гочисленные кариозные полости, а также обилие наддесневых и поддесневых отложений. При рентгенологическом исследовании выявлены участки разрежения костной ткани с нечеткими контурами в области верхушек корней и бифуркации зубов 36, 37.

1. Каких сведений не достает для постановки основного диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) имеются у данного больного по Вашему мнению, помимо основного заболевания. Поставьте полный диагноз.
3. Какие сведения (заболевания) являются несущественными и не могут повлиять на исход оперативного лечения, и наоборот, какие могут?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с воспалительными заболеваниями слюнных желез.

**Практическое занятие №40**

Тема: Острые неспецифические заболевания слюнных желез. Хронические неспецифические заболевания слюнных желез.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология, патогенез сиаладенитов.
2. Патоморфологическая картина при серозном и гнойном сиаладените.
3. Клиника, диагностика и лечение эпидемического паротита.
4. Осложнения при эпидемическом паротите.
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение острых сиаладенитов.
6. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика хронических сиаладенитов.
7. Рентгенологическая картина при хроническом паренхиматозном и хроническом интерстициальном сиаладените и сиалдохите.
8. Лечение хронических сиаладенитов.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больная, 18 лет, поступила с жалобами на боли и припухлость в об­ласти околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего харак­тера резко усиливаются при приеме пищи. Беспокоит также сухость в полости рта, общая слабость, недомогание, озноб, повышение температу­ры тела до 38.0-38.5°С. Перечисленные жалобы появились два дня назад, симптомы нарастали. До этого момента ничем не болела, не переохлажда­лась. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад младшая сестра боль­ной перенесла эпидемический паротит, лечилась под наблюдением врачей в домашних условиях. Открывание рта ограничено до 2,5-3,0 см, обе око­лоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, бо­лезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Слизистая обо­лочка в области обоих стеноновых протоков гиперемирована, отечна. Устья протоков гиперемированы, зияют. При массаже слюнных желез отмечается резкая болезненность, слюна не выделяется.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
2. Назначьте лечение.
3. Развития каких осложнений стоит опасаться?

**Задача 2.** Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в области правой околоушной слюнной железы, носящие колюще-режущий характер во время приема пищи, припухлость в правой околоушно­-жевательной области, умеренно болезненную при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по пово­ду язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная слюнная железа уве­личена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умерено выраженный коллатеральный отек, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой нормальной окраски, однако ограничено собирается в складку. Открыва­ние рта в полном объеме, болезненное. Слизистая оболочка щечной об­ласти соответственно правому стенонову протоку отечна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый стенонов проток несколько утолщен. Язык обложен серым налетом. На слизистой оболочке щечных областей с обоих сторон по линии смыкании зубов определяются участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечеткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.

1. Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
2. Составьте план местного и общего лечения.
3. Укажите признаки (симптомы), не существенные для данного заболевания.

**Задача 3.** Больной, 48 лет, находился на лечении у ЛОР-врача с диагнозом: лакунарная ангина. Болен в течение двух недель. Первую неделю нахо­дился на стационарном лечении в ЛОР-отделении, в настоящее время наблюдается и лечится амбулаторно. Около четырех дней назад появилась припухлость в околоушно-жевательной области, затем присоединились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при приеме пищи. Около суток назад отметил ограничение открывания рта. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре определяются несколько увеличенные, болез­ненные, подвижные лимфатические узлы в правой поднижнечелюстной области. В правой околоушно-жевательной области определяется отек, распространяющийся на позадичелюстную, щечную, поднижнечелюстную области справа. В нижних отделах околоушной слюнной железы справа определяется резко болезненный плотный инфильтрат, размером 2,0x3,0 см. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. Температура тела - 38,5°С. После проведённого общего анализа крови выявлен умеренный лейкоци­тоз, увеличение СОЭ, увеличение количества эозинофилов, лейкопения.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостаёт для постановки точного диагноза?
3. Ваша лечебная тактика по отношению имеющегося инфильтрата.

**Задача 4.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на припухлость в области обеих околоушных слюнных желез, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38,0°С. Болен в течение 9 лет, когда впервые обратил внимание на незначительное увеличение желёз, которое самопроизвольно исчезло в течение короткого периода времени. Через несколько лет после простудного заболевания отметил распирающие неприятные ощущения в области околоушных слюнных желёз, не доставляющие больших страданий и исчезнувшие через несколько дней без лечения. После этого неоднократно, примерно, один раз в полгода возника­ли обострения. Больной лечился самостоятельно прикладывая coгревающие компрессы, однако каждый раз обострения протекали более выражено. При осмотре отмечается увеличение в размерах обеих околоуш­ных слюнных желез, больше справа. Железы подвижны, консистенция их упруго-эластичная, пальпация вызывает неприятные ощущения, слабую боль. Кожа в околоушно-жевательной области в цвете не изменена соби­рается в складку. Устья обоих стеноновых протоков не изменены, слюна выделяется в малом количестве, мутная. При сиалографическом исследо­вании отмечается сужение протоков 2-3 порядка, определяемых в виде слабо заметных, прерывистых тонких теней. Более мелкие протоки не контрастируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 5.** Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на сильную боль и припух­лость в области левой околоушной слюнной железы, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°С, плохой сон, затрудненное, болезненное открывание рта, щелчки и хруст в области височно-нижнечелюстного сустава больше слева. Больна в течение 6 лет, с того момента, когда перенесла эпидемический паротит. После перенесенного заболевания в течение двух лет ничего не беспокоило. Затем обратила внимание на припухлость в левой околоушно-жевательной области, кото­рое прошло в течение 3 дней после применения согревающих компрессов. В дальнейшем обострения заболевания наблюдались до 4-5 раз в год и были связаны с переохлаждением, и простудными заболеваниями. Каждое обострение протекало более выражено, присоединились боли. Больная продолжала применять согревающие компрессы, но они ей не приносили выраженного облегчения. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего воспаление купировалось. Во время последнего обострения впервые обратилась к врачу. Левая околоушная слюнная железа увеличена в раз­мерах, плотной консистенции, поверхность её мелко-бугристая, пальпация болезненна, смещаемость ограничена. Мягкие ткани над железой отечны, кожа в цвете не изменена, однако ограниченно собирается в складку. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. При движении нижней челюсти определяется хруст в височно-нижнечелюстном суставе с двух сторон, но больше слева. Движения нижней челюсти ступенчатые. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Устье левого стенонова протока расширено, зияет, слизистая оболочка вокруг него гиперемированна, отечна. При мас­сировании железы из протока выделяется большое количество гнойного отделяемого с хлопьевидными включениями.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте своё решение.
2. Какие местные лечебные мероприятия необходимо применять в данном случае?
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 6.** Больной 38 лет, обратился с жалобами на увеличение и болезненность правой околоушной слюнной железы, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Во время приёма пищи боли резко усиливаются, принимают распирающий, колющий характер. Железа при этом ещё больше увеличивается в размерах. Приблизительно в течение часа после приёма пищи боли и припухлость уменьшаются. Болен около пяти лет, однако вышеперечисленные симптомы были гораздо менее интенсивными и не беспокоили больного, а временами вообще исчезали, поэтому к врачу не обращался. Правая околоушная слюнная железа увеличена в размерах, упруго-эластичной консистенции, подвижна, болезненна. В области правого стенонова протока пальпируется плотный болезненный тяж, в диаметре 0,5 см. При массировании правой околоушной железы из устья протока выделяется скудное количество мутной слюны с хлопьевидными гнойными включениями. Слизистая оболочка над прото­ком слабо гиперемированна, отёчна.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Составьте план обследования я лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с острыми и хроническими неспецифическими воспалительными заболеваниями.

**Практическое занятие №41**

Тема: Свищи слюнных желез. Слюннокаменная болезнь.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез свищей слюнных желез.
2. Клиника и диагностика свищей слюнных желез.
3. Лечение свищей слюнных желез.
4. Причины образования камней в слюнных железах.
5. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика слюннокаменной болезни.
6. Клиника калькулезного сиаладенита.
7. Диагностика и дифференциальная диагностика калькулезных сиаладенитов.
8. Методика удаления камня из протоков слюнных желез.
9. Методика экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы.

**Тестовые задания:**

1. Ведущую роль в развитии острого сиалоаденита играет:

1) острый стоматит 2) герпетический стоматит

3) рефлекторная гипосаливация 4) рефлекторная гиперсаливация

5) нарушение прикуса

2. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется:

1) герпетическим стоматитом

2) незначительным уплотнением железы

3) болью, увеличением железы, гипосаливацией

4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией

5) нормальными слюноотделением и размерами железы

3. Стимулирует слюноотделение:

1) атропин 2) йодолипол 3) хлоргексидин

4) йодистый калий 5) хлористый кальций

4. Подавляет слюноотделение:

1) атропин 2) йодолипол 3) хлоргексидин

4) йодистый калий 5) хлористый калий

5. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется:

1) расплавлением стромы

2) тотальным отеком паренхимы

3) образованием мелких полостей в паренхиме

4) разрастанием межуточной соединительной ткани

5) тромбозом сосудов

6. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется:

1) расплавлением стромы

2) тотальным отеком

3) образованием мелких гнойных полостей

4) разрастанием межуточной соединительной ткани

5) тромбозом сосудов

7. Основным методом лечения слюннокаменной болезни является:

1) физиотерапия 2) химиотерапия 3) гормонотерапия

4) аутогемотерапия 5) хирургическое вмешательство

8. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке выполняют:

1) ортопантомограмму

2) рентгенограмму тела нижней челюсти

3) внутриротовую рентгенограмму дна полости рта

4) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы

5) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

9. Для сиалодохитов характерно:

1) поражение стромы железы 2) поражение паренхимы железы

3) поражение системы выводных протоков 4) поражение внутрижелезистых лимфоузлов

5) тромбоз сосудов

10. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является:

1) боль в железе 2) гипосаливация

3) гиперсаливация 4) воспаление устья протока

5) припухание железы во время приема пищи

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 29 лет, обратился с жалобами на появление припухлости в правой поднижнечелюстной области и резкие боли по типу «колик», воз­никающие при приеме пищи. После приема пищи боли постепенно пре­кращаются и припухлость уменьшается в размере в течение 20-30 минут. Выше перечисленные жалобы возникли около года назад, постепенно нарастали, но наиболее сильно стали беспокоить в течение последнего месяца. При пальпации правой поднижнечелюстной области обнаружено незначительное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, однако она нормальной консистенции, безболезненная. Устье правого вартонова протока расширено, нормальной окраски. При массировании железы слю­на не выделяется, а слева - выделение слюны нормальное. При пальпации по ходу протока в средней его трети пальпируется плотный конкремент, в диаметре 0,5 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Опишите методы лечебных мероприятий.

**Задача 2.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком, затруднение при приеме пищи и разговоре за счет болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких меся­цев у больного при приеме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи за счет болезненности при движении языка. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнече­люстной области определяется отек, при пальпации отмечается увеличен­ный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко бо­лезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на левый челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована. Выражен коллатеральный отек. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожая с тенью конкремента, размером 0,7x0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной слюнной железы слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие наиболее опасные осложнения возможны при проведении оперативного лечения в данном случае, и что нужно учитывать, чтобы их избежать?

**Задача 3.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на периодически возни­кающие распирающие боли и появляющуюся припухлость в левой поднижнечелюстной области. Как правило, перечисленные симптомы возникают во время приема пищи и самостоятельно проходят в течение получа­са. Больного это не сильно беспокоит, поэтому в течение нескольких ме­сяцев, после появления этих симптомов он к врачу не обращался. Однако, 10 дней назад заболел зуб 37. При осмотре стоматолога был поставлен диагноз: зуб 37 - обострение хронического гранулирующего периодонтита. Зуб удален. После удаления боли уменьшились, но не исчезли, приобрели постоянный ноющий характер, появился неприятный запах изо рта и ощущение выделения гнойного отделяемого. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфати­ческий узел. При пальпации в области левого вартоного протока определяется плотный конкремент, овальной формы, в диаметре 0,5 см. Слюна из протока не выделяется. В области лунки удаленного зуба 37 слизистая обо­лочка незначительно гиперемирована, слабо болезненна. Лунка заполнена гнойным отделяемым, костная ткань межкорневой перегородки при зон­дировании безболезненна.

1. Составьте план дополнительного обследования.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой под­нижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распи­рающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратится к врачу. Правая поднижнече­люстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болез­ненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижне­челюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массировании железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. В чем может заключаться лечение?

**Задача 5.** У больного, 47 лет, поступившего с жалобами на боли в правой под­нижнечелюстной области, чувство онемения кожи в области правого угла рта и нижней губы справа. При осмотре выявлено уплотнение правой поднижнечелюстной слюнной железы, в нижних отделах - каменистой плотности. Слюна из правого вартоного протока практически не выде­ляется.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные являются в данном случае несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов со слюннокаменной болезнью.

**Практическое занятие №42**

Тема: Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Сиалозы. Болезнь Микулича, синдром Шегрена.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез сиалозов.
2. Клиническая картина сиалозов.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика сиалозов.
4. Методы лечения сиалозов.
5. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика болезни Микулича, клинические проявления, лечение.
6. Синдром Шегрена, клинические проявления, диагностика и лечение.

**Вопросы для письменного опроса:**

* 1. Дифференциальная диагностика сиалозов.
  2. Дифференциальная диагностика болезни Микулича.
  3. Дифференциальная диагностика синдрома Шегрена.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с реактивно-дистрофическими заболеваниями слюнных желез.

**Модуль 2**. **Травматология челюстно-лицевой области**

**Практическое занятие №43**

Тема: Статистика и классификация травм челюстно-лицевой области.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
2. Статистика повреждений лица мирного времени, причины и механизм переломов костей лица.

**Вопросы для письменного опроса:**

* 1. Как подразделяется травма мирного времени.
  2. В чем различие между понятиями сочетанная и изолированная травма.
  3. Что такое комбинированное повреждение.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача. 1.** В стационар доставлен раненный после ДТП с повреждением нижней трети лица. Не кричит, не стонет, на вопросы не отвечает.

* + - 1. Провести оценку состояния больного.

**Задача 2.** В стационар доставлен раненный с ножевым ранением в области левой щеки, проникающим в полость рта.

Поставьте диагноз согласно классификации.

**Задача 3.** В поликлинику обратился раненный с касательным осколочным ранением подглазничной области. При осмотре выявлено повреждение глаза

1. Куда должен быть направлен раненный для оказания медицинской помощи?

**Задача 4.** В стационар доставлен раненный с ожогом спины и переломом нижней челюсти

1. К какому типу, согласно классификации, относится данное поражение?

**Практическое занятие №44**

Тема: Методы обследования больных с травмой мягких тканей и костей лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методы обследования больных с травмой мягких тканей и костей лица.

**Тестовые задания:**

1. Ссадина - это:

1) закрытое механическое повреждение мягких тканей без видимого нарушения их анатомической целостности

2) механическое повреждение поверхностных слоев кожи или слизистой оболочки

3) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки на всю их толщину, вызванное механическим воздействием

2. Как называется рана, при которой произошло раздавливание и разрыв тканей?:

1) ушибленная 2) резаная 3) колотая

4) укушенная 5) размозженная 6) скальпированная

3. Имеется ли несоответствие величины раны на коже и слизистой оболочке при сквозных повреждениях мягких тканей?:

1) нет, несоответствия нет

2) раны на коже всегда больших размеров, чем на слизистой оболочке

3) рана на слизистой оболочке всегда больших размеров, чем на коже

4. Укушенные раны языка покрываются налетом фибрина уже через:

1) 1 - 2 часа после ранения 2) 3 - 6 часов после ранения

3) 10-12 часов после ранения 4) 24 часа после ранения

5) 48 часов после ранения

5. Вторичная хирургическая обработка раны - это:

1) первая по счету обработка раны у больного;

2) хирургическая обработка раны в первые 24 часа после ранения;

3) хирургическая обработка раны через 24-48 часов после ранения;

4) хирургическая обработка раны через 48 часов после ранения;

5) хирургическая обработка по поводу изменений, связанных с развитием инфекции

6. Когда проводят сшивание кожи со слизистой оболочки во время хирургической обработки раны?:

1) при ранении мягких тканей околоушно-жевательной области;

2) при больших сквозных дефектах в области щек;

3) при нагноившихся ранах мягких тканей щек или губ;

4) при вскрытии гнойных лимфаденитов.

7. Определение название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетания

4) комбинирования 5) комплексная

8. Определите название травмы, полученной в результате воздействия химического и механического повреждающих факторов:

1) политравма 2) множественная 3) сочетанная

4) комбинированная 5) комплексная

**Проверка практических навыков:**

* 1. Обследование пациентов с повреждениями мягких тканей лица.

**Практическое занятие №45**

Тема: Вывих нижней челюсти.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника одно- и двустороннего вывиха нижней челюсти.
2. Способы вправления. Осложнения.
3. Привычные вывихи. Клиника, профилактика, лечение.
4. Невправимые (застарелые) вывихи, лечение.

**Вопросы для письменного опроса:**

* + - 1. Способы вправления вывихов нижней челюсти.
      2. Лечение невправимых вывихов.

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с вывихами нижней челюсти.

**Практическое занятие №46**

Тема: Неогнестрельные повреждения мягких тканей лица. Классификация. Клиника, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Классификация неогнестрельных повреждений мягких тканей лица.
2. Клиника и диагностика повреждений мягких тканей лица.
3. Методы обезболивания при проведении первичной хирургической обработки.
4. Основные принципы первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области. Последовательность обработки ран слизистой оболочки, кости, мышц и кожи лица. Функциональные и косметические требования.
5. Возможности применения первичной пластики.
6. Показания к зашиванию ран лица.
7. Первичный, отсроченный, ранний и поздний шов.
8. Разгружающие и пластиночные швы.
9. Перевязка наружной сонной артерии, показания и техника операции.

**Тестовые задания:**

1. При кровотечении из раны языка проводят пальцевое прижатие:

1) лицевой сонной артерии у края н\ч

2) общей сонной артерии

3) язычной артерии в треугольнике Пирогова

4) по краю раны языка, придавливая ее ко дну полости рта

5) ответы 3+4

2. При кровотечении из раны или опухоли верхней челюсти проводят пальцевое прижатие:

1) общей сонной артерии 2) лицевой артерии

3) поверхностной височной артерии 4) верхнечелюстной артерии

5) ответы 2+3

3. Ранняя хирургическая обработка проводится в:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения

3) после 48 часов 4) после проявления в ране грануляций

5) первые 6 часов

4. Отсроченная первичная хирургическая обработка проводится:

1) первые 24 часа 2) от 24 до 48 часов после ранения

3) после 48 часов 4) после проявления в ране грануляций

5) после начала эпителизации краев раны

5. Иссечение краев раны обязательно в следующих случаях:

1) укушенная рана 2) резаная и колотая раны

3) ушибленно-рваная рана 4) укушенная и рваная раны

5) рваная и колотая раны

6. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается в:

1) антисептической обработке, наложении швов и повязки

2) остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

3) иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

4) антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

5) экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

7. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

1) 8-12 часов 2) 24 часа 3) 48 часов 4) 8 суток 5) 72 часа

8. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки 2) на 6-7 сутки 3) на 7-8 сутки

4) на 8-9 сутки 5) на 9-10 сутки

9. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) на 8-9 сутки

3) после эпителизации раны

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

10. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) после эпителизации раны

3) с началом формирования рубца

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с повреждениями мягких тканей лица.

**Практическое занятие №47**

Тема: Вывихи и переломы зубов.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Ушибы зубов. Клиника, лечение.
2. Вывихи зубов. Клиника, лечение.
3. Переломы зубов. Клиника, лечение.

**Тестовые задания:**

1. При вколоченном вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) его режущая или жевательная поверхность располагается ниже соседних зубов

2) на рентгенограмме не видна периодонтальная щель

3) на рентгенограмме переодонтальная щель расширена

4) ответы 1+2

5) ответы 1+3

2. При неполном боковом вывихе зуба возможны следующие диагностические признаки:

1) зуб располагается вне зубной дуги и удерживается только слизистой оболочкой

2) зуб располагается в лунке «глубже» соседний зубов и не имеет контакта с антоганистами

3) на рентгенограмме периодонтальная щель не видна

4) на рентгенограмме периодонтальная щель расширена

5) зуб неподвижен

3. При неполном или вколоченном вывихе в качестве экстренной помощи показана:

1) его немедленная экстракция

2) его немедленная реплантация с ревизией лунки и пломбировкой канала корня

3) отсроченная реплантация

4) вправление в зубную дугу с надежной фиксацией к соседним зубам и наблюдение (возможно отсроченное пломбирование канала через 4 недели)

5) наблюдение

4. При травме зуба (ушиб, вывих) первые признаки гематомы пульпарной полости (изменение цвета эмали) появляются в зоне:

1) режущий край или жевательная поверхность

2) оральная поверхность

3) мезиальная или дистальная поверхности

4) вестибулярная поверхность

5) ответы 2+4

5. Гематома пульпарной полости вызывает следующее изменение цвета эмали:

1) потемнение с коричневым оттенком 2) просветление с опалесцирующим оттенком

3) тип «мелового пятна» 4) «синюшный»

5) красно-розовый

6. При гематоме пульпарной полости на рентгенограмме зуба:

1) нет специфических признаков

2) очаг просветления округлой формы в зоне гематомы

3) очаг затемнения в зоне гематомы

4) расширение периодонтальной щели

5) сужение периодонтальной щели

7. При гематоме пульпарной полости чувствительность зуба при электроодонтометрии будет:

1) не изменена 2) снижена 3) повышена

4) отсутствует 5) могут быть все варианты

8. При вколоченном вывихе зуб:

1) удаляют 2) реплантируют

3) манипуляций не производят 4) фиксируют гладкой шиной к зубам

5) вправляют и не фиксируют

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний укалывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 12 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 12. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 12 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов l1, 12 снижена.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

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

**Задача 3.** Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усили­вающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II сте­пени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболоч­ка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 1312 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, пе­риодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с ушибом зуба.
  2. Планирование лечения пациентов с переломом зуба.
  3. Планирование лечения пациентов с вывихом зуба.

**Практическое занятие №48**

Тема: Переломы альвеолярных отростков челюстей. Клиника, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Переломы альвеолярных отростков челюстей. Клиника, диагностика и лечение.

**Вопросы для письменного опроса:**

* + - 1. Классификация переломов альвеолярного отростка.
      2. Клиническая картина переломов альвеолярного отростка.
      3. Лечение переломов альвеолярного отростка.

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с переломами альвеолярного отростка.

**Практическое занятие №49**

Тема: Неогнестрельные переломы нижней челюсти. Классификация. Клиника, диагностика.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Статистика и классификация переломов нижней челюсти.
2. Типичные места неогнестрельных переломов нижней челюсти. Механизм смещения отломков при неогнестрельных переломах нижней челюсти.
3. Клиническая картина и диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти (бокового отдела, угла, подбородочного отдела, ветви нижней челюсти, венечного и мыщелкового отростка нижней челюсти).
4. Состояние зубов, находящихся в линии перелома нижней челюсти, показания к их сохранению.

**Тестовые задания:**

1. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) внутренняя крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

2. Под действием тяги жевательных мышц смещение малого фрагмента нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

1) книзу и кзади 2) кверху и вперед 3) медиально и вперед

4) латерально и кверху 5) сагиттально и вниз

3. Под действием тяги мышц смещение центрального фрагмента нижней челюсти при двустороннем ангулярном переломе происходит:

1) книзу и кзади 2) кверху и вперед 3) медиально и вперед

4) латерально и кверху 5) сагиттально и вниз

4. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) двубрюшная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) собственно жевательная 5) грудино-ключично-сосцевидная

5. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) челюстно-подъязычная 4) собственно жевательная

5) грудино-ключично-сосцевидная

6. Мышца, опускающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) собственно жевательная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) височная 2) круговая мышца рта 3) поднимающая угол рта

4) подбородочно-подъязычная 5) грудино-ключично-сосцевидная

**Проверка практических навыков:**

* 1. Диагностика неогнестрельных переломов нижней челюсти.

**Практическое занятие №50**

Тема: Методы временной и постоянной иммобилизации отломков челюстей (консервативно-ортопедические).

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Временная транспортная иммобилизация.
2. Консервативные методы иммобилизации. Иммобилизация с помощью назубных, зубонадесневых и надесневых шин.
3. Виды назубных проволочных шин, показания к наложению, техника изготовления и закрепления.

**Тестовые задания:**

1. Остеосинтез по Макиенко проводится:

1) спицей 2) минипластинами 3) стальной проволокой

4) бронзо-алюминиевой лигатурой 5) компресионно-дистракционным аппаратом

2. После наложения бимаксиллярных шин с зацепными петлями резиновые кольца (тягу) меняют:

1) ежедневно 2) ежемесячно 3) еженедельно

4) 3 раза в месяц 5) 2 раза в неделю

3. Минипластины к отломкам челюстей фиксируют:

1) спицей 2) винтами 3) проволочной лигатурой 4) брекетами 5) гайками

4. Основные жалобы при переломе нижней челюсти

1) боль, сухость во рту, кровоподтеки

2) нарушение прикуса, боль, припухлость

3) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

4) гиперсаливация, боль, снижение зрения

5) боль, повышение температуры тела

5. Осложнения воспалительного характера при переломах челю­стей

1) периостит 2) фурункулез 3) рожистое воспаление

4) нагноение костной раны Д. сифилис

6. При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

1) книзу 2) кверху 3) медиально 4) латерально 5) вперед

7. Мышца, поднимающая нижнюю челюсть:

1) круговая мышца рта 2) поднимающая угол рта

3) наружная крыловидная 4) подбородочно-подъязычная

5) грудино-ключично-сосцевидная

8, Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Задача 2.** В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фрон­тальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловли­вающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неиз­вестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьяне­ния. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в даль­нейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Ботки­на, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоро­вым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследова­нии нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной ком­пактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отсто­ит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночыо. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответ­ственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между зубами 35, 37. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, кпереди и в язычную сторону. Средняя линия (между цент­ральными резцами) смешена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

1. Поставьте предварительный диагноз, объясните механизм смещения фрагментов.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

**Задача 4.** Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на третьи сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено, что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей в око­лоушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмеча­ется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фраг­менте нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 5.** Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом о лобовое стекло, был доставлен в больницу, где было проведена первичная хирур­гическая обработка (ПХО) мелких ран и ссадин лица, введена противостолбнячная сыворотка. Спустя четверо суток в связи с неудобствами во время приема пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В на­стоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяются многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного косой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагмен­тов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов верти­кальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. Зуб 38 распо­ложен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенограмме нижней челюсти определяется вертикальнокосое расположение тени линии пере­лома, несколько кнутри и кзади, причем на наружной и внутренней ком­пактных пластинках не на одном уровне.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с переломами нижней челюсти.

**Практическое занятие №51**

Тема: Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Методы обследования пострадавших с переломами костей лица.
2. Статистика и классификация переломов верхней челюсти.
3. Клиника неогнестрельных переломов верхней челюсти.
4. Диагностика неогнестрельных переломов верхней челюсти.
5. Лечение неогнестрельных переломов верхней челюсти.

**Тестовые задания:**

1.Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1) головная боль

2) носовое кровотечение

3) патологическая подвижность нижней челюсти

4) патологическая подвижность верхнечелюстных костей

5) разрывы слизистой оболочки альвеолярных отростков

2. Дополнительные методы исследования для диагностики переломов верхней челюсти:

1) ЭОД

2) биопсия

3) рентгенография

4) радиоизотопное исследование

5) цитологическое исследование

3. Под действием тяги мышц смещение верхней челюсти при суборбитальном переломе происходит:

1) книзу и кзади

2) кверху и вперед

3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

5) сагиттально и кверху

4. Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о:

1) переломе нижней челюсти

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе альвеолярного отростка верхней челюсти

5) переломе костей носа

5. Перелом костей основания черепа, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе мыщелкового отростка

5) переломе костей носа

6. Нарушение функций черепно-мозговых нервов, как правило, происходит при:

1) отрыве альвеолярного отростка

2) суббазальном переломе верхней челюсти

3) суборбитальном переломе верхней челюсти

4) переломе скуловой дуги

5) переломе костей носа

7. Синоним перелома верхней челюсти по Фор I:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

8. Синоним перелома верхней челюсти по Фор II:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

9. Синоним перелома верхней челюсти по Фор III:

1) суббазальный 2) суборбитальный 3) отрыв альвеолярного отростка

4) суборальный 5) субаортальный

10. Основные жалобы при переломе верхней челюсти:

1) боль, сухость во рту, кровоподтеки 2) нарушение прикуса, боль, припухлость

3) резкая светобоязнь, боль, снижение слуха 4) гиперсаливация, боль, снижение зрения

5) боль, повышение температуры тела

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 2.** Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

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

**Задача 3.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 4.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 5.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

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

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с переломами верхней челюсти.

**Практическое занятие №52**

Тема: Скуло-верхнечелюстные переломы. Клиника, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, письменный опрос, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника и диагностика скуло-верхнечелюстных переломов.
2. Лечение пострадавших со скуло-верхнечелюстными переломами.

**Вопросы для письменного опроса:**

* + - 1. Клиническая симптоматика скуло-верхнечелюстных переломов.
      2. Лечение скуло-верхнечелюстных переломов.

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов со скуло-верхнечелюстными переломами.

**Практическое занятие №53**

Тема: Переломы скуловой кости. Клиника, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника и диагностика переломов скуловой кости, скуловой дуги.
2. Лечение пострадавших с переломами скуловой кости, скуловой дуги.
3. Статистика и классификация переломов скуловой кости, скуловой дуги.

**Тестовые задания:**

1. Симптомы перелома скуловой кости:

1) деформация носа, гематома

2) гематома скуловой области

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) уплощение скуловой области, диплопия

2. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) симптом «ступени», диплопия

4) кровоизлияние в нижнее веко

5) кровотечение из носа, головокружение

3. Симптомы перелома скуловой кости:

1) гематома скуловой области

2) деформация носа, гематома

3) кровоизлияние в нижнее веко

4) кровотечение из носа, головокружение

5) симптом «ступени», затрудненное открывание рта

4. Причина затруднения открывания рта при переломе скуловой кости:

1) гематома

2) смещение отломков

3) воспалительная реакция

4) травма жевательных мышц

5) артрит височно-нижнечелюстного сустава

5. Причина возникновения диплопии при переломе скуловой кости:

1) травма глазного яблока

2) воспалительная реакция

3) смещение глазного яблока

4) травма зрительного нерва

5) интраорбитальная гематома

6. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель

2) распатор

3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа

5) крючок Лимберга

7. Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1) шпатель

2) распатор

3) зажим Кохера

4) крючок Фарабефа

5) элеватор Карапетяна

8. Позднее осложнение переломов скуловой кости, костей носа и скуловой дуги:

1) птоз

2) гипосаливация

3) телеангиэктазии

4) парез ветвей лицевого нерва

5) вторичные деформации лицевого скелета

9. Оперативное вмешательство при переломе скуловой кости со смещением ее в верхнечелюстную пазуху:

1) радикальная верхнечелюстная синусотомия

2) остеотомия верхней челюсти

3) верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

4) радикальная верхнечелюстная синусотомия с репозицией отломков

5) репозиция скуловой кости

10. Фиксация скуловой кости после ее репозиции осуществляется:

1) наружными швами

2) коллодийной повязкой

3) пластмассовым вкладышем

4) тампоном, пропитанным йодоформом

5) спицей Киршнера

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с переломами скуловой кости.

**Практическое занятие №54**

Тема: Переломы костей носа. Клиника, диагностика, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиника и диагностика переломов костей носа.
2. Лечение пострадавших с переломами костей носа.

**Тестовые задания:**

1. Основной симптом перелома костей носа:

1) гематома

2) подкожная эмфизема

3) затруднение носового дыхания

4) патологическая подвижность костей носа

5) кровотечение из носовых ходов

2. Репозиция костей носа при западении отломков производится:

1) носовым зеркалом

2) крючком Лимберга

3) прямым элеватором

4) элеватором Волкова

5) элеватором Карапетяна

3. Репозиция костей носа при смещении отломков в бок производится:

1) мануально

2) крючком Лимберга

3) прямым элеватором

4) элеватором Леклюза

5) элеватором Карапетяна

4. Метод фиксации при переломах костей носа:

1) остеосинтез

2) пращевидная повязка

3) тампонада носовых ходов

4) наружная повязка из гипса или коллодия

5) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллоида

5. Вскрытие и дренирование гематомы носовой перегородки показано:

1) в возможно более ранние сроки

2) только в случае нагноения

3) только в случае неэффективности консервативной терапии и явлениях «осумковывания»

4) вообще не показано

5) при переломах костей носа

6. Метод фиксации при переломах костей носа:

1) остеосинтез 2) пращевидная повязка

3) тампонада носовых ходов 4) наружная повязка из гипса или коллодия

5) тампонада носовых ходов и наружная повязка из гипса или коллоида

**Проверка практических навыков:**

* + - 1. Планирование лечения пациентов с переломами костей носа.

**Практическое занятие №55**

Тема: Оперативные методы иммобилизации отломков костей лица. Показания. Виды, методика проведения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Показания к хирургическим методам иммобилизации костей лица.
2. Виды, преимущества и недостатки хирургических методов иммобилизации переломов костей лица.
3. Особенности регенерации костей при различных видах хирургических методов иммобилизации.
4. Методика оперативных вмешательств при переломах верхней челюсти.
5. Методика оперативных вмешательств при переломах нижней челюсти.

**Тестовые задания:**

1. Гладкая шина - скоба при переломах альвеолярного отростка верхней или нижней челюстей накладывается в том случае, если на неповрежденном участке челюсти должно быть:

1) не менее одного устойчивого зуба

2) не менее двух устойчивых зубов

3) не менее трех устойчивых зубов

4) может накладываться при всех подвижных зубах

2. Шина Вебера - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи

2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

3. Шина Порта - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины

2) отверстие для приема пищи

3) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

4) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

4. Шина Ванкевич - это:

1) шина, состоящая из базисных пластинок на альвеолярный отросток верхней и нижней челюстей, которые скрепляются в единый блок, а в переднем отделе шины - отверстие для приема пищи

2) шина фиксируется на зубах верхней челюсти, а боковые крылья - пилоты опущены вниз

3) пластмассовая шина охватывает зубы, плотно прилежит к десневому краю и опирается на альвеолярный отросток челюсти

5. Каким методом нужно лечить больного с переломом нижней челюсти в области шейки мыщелкового отростка со смещением последнего кнаружи на 0,5 см:

1) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой

2) двучелюстное назубное шинирование с межчелюстной резиновой тягой и межзубной прокладкой

3) остеосинтез костным швом

4) наложение аппарата Рудько

6. Сколько дней нужно удерживать межзубную прокладку при переломе мыщелкового отростка:

1) не более 1 -2 часов 2) не более 1 -2 дней 3) не более 3-4 дней

4) не более 10-14 дней 5) не менее 25 дней

34. Какой метод не относится к непрямому остеосинтезу нижней челюсти:

1) подвешивание фрагментов нижней челюсти к костям лицевого или мозгового черепа

2) окружающий шов с наддесневыми шинами или протезами

3) костный шов

4) накостные фиксирующие аппараты

5) репонирующе - фиксирующие аппараты

7. Какой из методов остеосинтеза нижней челюсти следует признать наиболее перспективным в настоящее время:

1) костный шов проволокой

2) введение спицы Киршнера

3) титановыми минипластинками

4) П-образными металлическими скобами

5) окружающий шов из металлической проволоки

6) введение внутрикостных металлических винтов

7) окружающий шов из полиамидной нити

8. Показания к наложению гладкой шины-скобы:

1) перелом нижней челюсти в области угла без смещения

2) срединный перелом со смещением и без смещения, перелом альвеолярного отростка, ментальный перелом

3) перелом мыщелкового отростка

4) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда (моляров) без смещения

5) перелом венечного отростка

9. Показания к наложению гипсовой подбородочно-теменной повязки (лангетки):

1) изготовление шины Порта при отсутствии необходимого количества зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти

2) перелом шейки мыщелкового отростка без смещения отломков

3) перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков

10. Показания к применению назубной двучелюстной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти с наложением межчелюстной резиновой тяги:

1) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной

2) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов

3) перелом нижней челюсти в срединном или ментальном отделе без смещения отломков.

**Проверка практических навыков:**

* + - 1. Планирование лечения пациентов с помощью оперативных методов иммобилизации отломков костей лица.

**Практическое занятие №56**

Тема: Предмет и задачи военной стоматологии. Организация хирургической стоматологической помощи челюстно-лицевым раненым в Российской Армии. Организация хирургической стоматологической помощи челюстно-лицевым раненым на Военно-Морском флоте.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, письменный опрос).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Предмет, содержание и задачи военной стоматологии. Связь военной стоматологии с другими военно-медицинскими дисциплинами.
2. Характеристика основных разделов военной стоматологии: военная челюстно-лицевая хирургия, терапевтическая и ортопедическая стоматология.
3. Основы организации стоматологической помощи в армии в мирное время.
4. Оказание хирургической стоматологической помощи личному составу в мирное время.
5. Основные виды работ врача-стоматолога в части (соединение).
6. Требования к оборудованию хирургического стоматологического кабинета для оказания помощи личному составу части?
7. Объем хирургической стоматологической помощи в кабинете части, в кабинете соединения, в кабинете гарнизонной (базовой) и окружной стоматологических поликлиник.
8. Где фиксируются произведенные амбулаторно-оперативные вмешательства и послеоперационные рекомендации?
9. Объем хирургической стоматологической помощи в гарнизонных (базовых) военных госпиталях.
10. Организация и объем помощи в окружных военных.
11. Особенности организации стоматологической помощи на Военно-Морском флоте.
12. Содержание комплектов и наборов стоматологического и зуботехнического имущества.
13. Объем стоматологической помощи в госпиталях флота.

**Тестовые задания:**

1. Первую медицинскую помощь на поле боя оказывает:

1) врач 2) санитарный инструктор

3) эпидемиологическая служба 4) служба медицинской разведки полка

5) связист

2. Первая медицинская помощь на поле боя оказывает:

1) врачом

2) эпидемиологической службой

3) службой медицинской разведки полка

4) в порядке самопомощи и взаимопомощи

5) связистом

3. Задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого 2) собрать анамнез

3) перенести в укрытие 4) оформить медицинскую карточку

5) временная остановка кровотечения

4. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого 2) собрать анамнез 3) перенести в укрытие

4) устранить угрозу асфиксии 5) оформить медицинскую карточку

5. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого 2) собрать анамнез 3) перенести в укрытие

4) противошоковые мероприятия 5) оформить медицинскую карточку

6. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона 4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

7. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона 4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

8. Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон

4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

9. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон 4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

10. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт 4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

**Вопросы для письменного опроса:**

1. Оказание хирургической стоматологической помощи личному составу в мирное время.
2. Основы организации стоматологической помощи в армии в мирное время.
3. Объем хирургической стоматологической помощи в гарнизонных (базовых) военных госпиталях.
4. Оказание хирургической стоматологической помощи личному составу в мирное время.
5. Объем стоматологической помощи в госпиталях флота.
6. Основы организации стоматологической помощи в мирное время.

**Практическое занятие №57**

Тема: Основные принципы организации медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область в военное время.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Общие принципы этапного лечения.
2. Первая помощь раненым в челюстно-лицевую область на поле боя и в очаге массовых санитарных потерь.

**Тестовые задания:**

1. ПХО раненному в лицо с лучевой болезнью проводят:

1) в период первичных реакций 2) в самом начале периода разгара лучевой болезни

3) в середине скрытого периода 4) в начале скрытого периода

5) за 1-2 дня до начала разгара лучевой болезни

2. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) батальоном медицинском пункте 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

3. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) госпитальной тыловой базе 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

4. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины

3) стандартные повязки 4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) ортопедический аппарат

5. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины

3) импровизированные повязки 4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) ортопедический аппарат

6.Оптимальный метод транспортной иммобилизации при переломах челюстей является:

1) гипсовая повязка

2) шапочка Гиппократа

3) повязка Померанцевой-Урбанской

4) компрессионно-дистракционный аппарат

5) круговая теменно-подбородочная повязка

7. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей осуществляется:

1) аппаратом Збаржа 2) гипсовой повязкой

3) гладкой шиной-скобой 4) компрессионно-дистракционным аппаратом

5) круговой теменно-подбородочной повязкой

8. Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

1) 3-5 дней 2) 7 дней 3) 2 недели 4) 6 недель

**Практическое занятие №58**

Тема: Объем и содержание организации медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область в военное время.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Объем помощи раненым в челюстно-лицевую область в медицинском пункте батальона (МПБ).
2. Объем помощи раненым в челюстно-лицевую область в медицинском пункте полка (МПП).
3. Квалифицированная медицинская помощь раненым в челюстно-лицевую область.
4. Объем специализированной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область.

**Тестовые задания:**

1. Асфиксия от закупорки дыхательной трубки инородным телом:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

2. Асфиксия от сдавления дыхательной трубки:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

3. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей смещенными поврежденными органами:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

4. Асфиксия от нарушения проходимости дыхательных путей при вдыхании жидкого раневого содержимого или рвотных масс:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

5. Асфиксия от частичного и периодичного закрытия дыхательных путей поврежденными тканями с затруднением вдоха или выдоха:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

6. Лечебные мероприятия при стенотической асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) прошивание языка

7. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) расстегнуть одежду

8. Лечебные мероприятия при дислокационной асфиксии на поле боя:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удаление инородного тела

4) вывести и закрепить язык булавкой

5) расстегнуть одежду

9. Профилактика аспирационной асфиксии у раненых в челюстно-лицевую область на поле боя заключается в:

1) трахеотомия

2) введение воздуховода

3) удалении инородного тела

4) восстановление анатомического положения органа

5) очистке полости рта, придании раненому положения, обеспечивающего свободное дыхание

10. Вид асфиксии у раненных с отрывом подбородочного отдела нижней челюсти:

1) клапанная

2) стенотическая

3) обтурационная

4) аспирационная

5) дислокационная

**Практическое занятие №59**

Тема: Организация медицинской помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Особенности оказания помощи и лечения раненых в челюстно-лицевую область на флоте.
2. Принципы медицинской сортировки и эвакуации.

**Тестовые задания:**

1. Этап медицинской эвакуации, где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт

4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

2. Первый этап медицинской эвакуации, где появляется врач-стоматолог:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон

4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

3. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) отдельный медицинский батальон

4) отделение специализированного госпиталя

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

4. Этап медицинской эвакуации, где впервые оказывают квалифицированную помощь:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт

4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

5. Этап медицинской эвакуации, где осуществляется реабилитация:

1) сортировочный пункт

2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт

4) отдельный медицинский батальон

5) госпиталь тыла

6. Задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого

2) собрать анамнез

3) перенести в укрытие

4) оформить медицинскую карточку

5) временная остановка кровотечения

7. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого

2) собрать анамнез

3) перенести в укрытие

4) устранить угрозу асфиксии

5) оформить медицинскую карточку

8. Основная задача доврачебной медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область:

1) накормить раненого

2) собрать анамнез

3) перенести в укрытие

4) противошоковые мероприятия

5) оформить медицинскую карточку

9. Первую доврачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

10. Первую врачебную медицинскую помощь раненым в челюстно-лицевую область оказывают в:

1) сортировочном пункте

2) медицинском пункте полка

3) медицинском пункте батальона

4) отдельном медицинском батальоне

5) полевом подвижном специализированном госпитале

**Практическое занятие №60**

Тема: Клиническое течение, диагностика огнестрельных ранений лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, проблемно-ситуационные задачи, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Клиническая картина и особенности огнестрельных ранений мягких тканей и костей лица в зависимости от характера ранения, вида ранящего снаряда.
2. Периоды течения раневого процесса.
3. Диагностика огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** В госпитальное челюстно-лицевое отделение поступил раненый, 22 лет, с огнестрельным поражением левой половины лица. Пострадавший в сознании, адекватен. Имеется рана левой околоушно-жевательной области с переходом на щечную и височную области, размером 10,0x15,0 см, края не ровные, местами определяются нежизнеспособные участки кожи, за­грязненные грунтом. Обнажены левая околоушная слюнная железа и ми­мические мышцы лица слева.

1. Укажите вид повреждения челюстно-лицевой области.
2. Особенность первичной хирургической обработки (ПХО) данной раны.

**Задача 2.** В госпитальное челюстно-лицевое отделение доставлен пострадав­ший, 37 лет, в бессознательном состоянии с психомоторным возбуждени­ем. В полости рта фиксирован воздуховод. При осмотре определяется огнестрельное ранение с входным отверстием в области клыковой ямки справа, размером 0,5 см и выходным отверстием в заушной области слева. Из ран обильно выделяется кровь с пузырями воздуха. Верхняя челюсть и нижняя челюсть слева подвижны. Из нижних носовых ходов выделяется кровь. Определяются признаки пареза лицевого нерва слева.

1. Вид ранения.
2. Какие повреждены анатомические образования?
3. С чем дифференцируется данное состояние?

**Задача 3.** В клинику доставлен больной с осколочным ранением челюстно-лицевой области, отмечается отрыв подбородочного отдела нижней че­люсти с окружающими мягкими тканями.

1. Какие виды оперативного лечения можно использовать?
2. Определите сроки оперативного вмешательства.

**Задача 4.** В челюстно-лицевом отделении госпиталя у больного, 53 лет, с огне­стрельным касательным ранением в области нижней челюсти справа, пос­ле проведения первичной хирургической обработки раны, спустя 4 суток, повысилась температура тела, появился озноб, головная боль. При осмотре определяется гнойное отделяемое по дренажу из ушитой раны.

1. Какой вид осложнения отмечается в данном случае?
2. Какая дальнейшая тактика лечения?

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с огнестрельными ранениями лица.

**Практическое занятие №61**

Тема: Общая характеристика, симптоматология огнестрельных ранений лица.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Статистика и классификация огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.
2. Симтоматика и особенности огнестрельных ранений челюстно-лицевой области.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** У пациента, 36 лет, пулевое ранение в области нижней челюсти. Кли­нически определяется двухсторонний ангулярный перелом нижней челюс­ти с выраженным смещением ветвей нижней челюсти кнутри. Централь­ный фрагмент смещен кзади. Кровотечение из раневого канала незначи­тельно. Больной в сознании, отмечает затруднение дыхания, определяется бледность кожных покровов. Нарастает дыхательная недостаточность.

1. Чем вызвано появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?

**Задача 2.** В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недо­статочность.

1. Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
2. Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?
3. Составьте план оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя.
4. Составьте план оказания медицинской помощи в санитарном батальоне.
5. Составьте план лечения в специализированном челюстно-лицевом госпитале.

**Задача 3.** В клинику доставлен пациент, 43 лет, с осколочным ранением поло­сти рта, разрывом тканей неба и глотки. Свисающий лоскут из раны во время дыхания частично, а иногда и полностью закрывает вход в гортань нарастает дыхательная недостаточность.

1. Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?
2. Какова радикальная помощь больным с таким ранением?

**Задача 4.** В приемное отделение доставлен больной, 25 лет, с ранением сред­ней зоны лица и верхней челюсти и результате взрыва гранаты. Раневая поверхность обильно загрязнена землей, а также рвотными массами и сгустками крови, дыхание затруднено, нарастает дыхательная недостаточность.

1. О каком виде асфиксии идет речь?
2. Какова первая и радикальная помощь такому раненому?

**Практическое занятие №62**

Тема: Повреждения мягких тканей лица. Статистика. Диагностика. Особенности клинического течения.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Статистика и классификация огнестрельных ранений мягких тканей лица.
2. Диагностика огнестрельных ранений мягких тканей лица.
3. В каких случаях ранений мягких тканей показаны рентгенологические методы исследования и на каком этапе медицинской эвакуации они проводятся?
4. Медицинская помощь при ранении мягких тканей лица на поле боя и этапах медицинской эвакуации.
5. Принципы и методика первичной хирургической обработки огнестрельных ран лица.
6. Показания и противопоказания к наложению первичных; первично-отсроченных; вторичных (ранних и поздних) швов.
7. Сущность, показания и методика наложения пластиночных швов: первичных разгружающих; первичных направляющих; сближающих; ранних вторичных.

**Тестовые задания:**

1. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) течением раневого процесса

2) быстрым развитием осложнений

3) сроками эпителизации раны

4) несоответствием внешнего вида раненого и его жизнеспособности

5) наличием гематом

2. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей:

1) сроками эпитализации раны

2) течением раневого процесса

3)быстрым развитием осложнений

4) наличием в ране вторичных ранящих снарядов

5) наличием гематом

3. Вторичными ранящими снарядами в челюстно-лицевую область называются:

1) разрывные пули 2) осколки снарядов

3) стреловидные элементы 4) зоны некротических изменений костной ткани

5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета

4. Особенности первичной хирургической обработки ран челюстно-лицевой области заключается в:

1) антисептической обработке, наложении швов и повязки

2) остановке кровотечения, антисептической обработке, наложении швов и повязки

3) иссечении некротически измененных тканей, удалении кровяных сгустков, дренировании раны

4) антисептической обработке, иссечении некротически измененных тканей, ушивании раны на себя

5) экономном иссечении тканей в области раны, использовании первичной пластики, обшивании раны (подшивание слизистой оболочки к коже)

5. Ранняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

1) первого часа 2) 8-12 часов 3) 24 часов

4) 48 часов 5) 72 часов

6. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

1) первого часа 2) 8-12 часов 3) 48 часов

4) 3 суток 5) 8 суток

7. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

1) 8-12 часов 2) 24 часа 3) 48 часов

4) 8 суток 5) 72 часа

8. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки 2) на 6-7 сутки 3) на 7-8 сутки

4) на 8-9 сутки 5) на 9-10 сутки

9. Ранний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) на 8-9 сутки

3) после эпителизации раны

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

10. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

1) на 4-5 сутки

2) после эпителизации раны

3) с началом формирования рубца

4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций

5) после уменьшения отека тканей

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с повреждениями мягких тканей лица.

**Практическое занятие №63**

Тема: Огнестрельные переломы нижней челюсти. Особенности. Клиника, лечение.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Какова частота огнестрельных переломов нижней челюсти в военное время?
2. Классификация огнестрельных ранений нижней челюсти по Б.Д. Кабакову.
3. Отличительные особенности огнестрельных и неогнестрельных повреждений нижней челюсти.
4. Клиника огнестрельных ранений нижней челюсти.
5. Этапы медицинской эвакуации, осуществляющие временную иммобилизацию при повреждениях нижней челюсти. Показания к наложению временных (транспортных) шин и повязок. Сроки временной иммобилизации поврежденной челюсти.
6. Положение раненого в челюстно-лицевую область при транспортировке.
7. Какие комплекты необходимы для осуществления наложения транспортной временной иммобилизации? Кто и на каком этапе проводит временную (транспортную) иммобилизацию и осуществляет наложение проволочных шин челюстно-лицевому раненому?
8. На каком этапе эвакуации проводится первичная хирургическая обработка огнестрельного ранения лица с повреждением нижней челюсти, и перечислите этапы подготовки к операции?
9. В чем заключаются особенности обработки ран лица с повреждением нижней челюсти и показания к удалению инородных тел из окружающих рану тканей?
10. Оперативные методы фиксации переломов нижней челюсти. Сроки лечебной иммобилизации нижней челюсти.

**Тестовые задания:**

1. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) батальоном медицинском пункте 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

2. Временная (транспортная) иммобилизация при переломах челюстей осуществляется в:

1) сортировочном пункте 2) медицинском пункте полка

3) госпитальной тыловой базе 4) отдельном медицинском батальоне

5) отделении специализированного госпиталя

3. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины 3) стандартные повязки

4) компрессионно-дистракционный аппарат 5) ортопедический аппарат

4. Методы временной иммобилизации при переломах челюстей на этапах эвакуации догоспитального эшелона:

1) костный шов 2) назубные шины 3) импровизированные повязки

4) компрессионно-дистракционный аппарат 5) ортопедический аппарат

5. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей осуществляется:

1) гипсовой повязкой

2) шапочкой Гиппократа

3) повязкой Померанцевой-Урбанской

4) компрессионно-дистракционным аппаратом

5) круговой теменно-подбородочной повязкой

6. Транспортная иммобилизация при переломах челюстей осуществляется:

1) аппаратом Збаржа 2) гипсовой повязкой

3) шапочкой Гиппократа 4) компрессионно-дистракционным аппаратом

5) круговой теменно-подбородочной повязкой

7. Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

1) 3-5 дней 2) 7 дней 3) 2 недели

4) 6 недель 5) до наложения постоянной иммобилизации

8. Этап медицинской эвакуации, где проводят постоянную иммобилизацию при переломах челюстей:

1) сортировочный пункт 2) медицинский пункт полка

3) батальонный медицинский пункт 4) отдельный медицинский батальон

5) полевой подвижной специализированный госпиталь

9. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение осложненных переломов челюстей:

1) эвакогоспиталь 2) сортировочный пункт 3) медицинский пункт полка

4) батальонный медицинский пункт 5) отделение специализированного госпиталя

10. Этап медицинской эвакуации, где завершают лечение неосложненных переломов челюстей:

1) эвакогоспиталь 2) сортировочный пункт 3) медицинский пункт полка

4) батальонный медицинский пункт 5) отделение специализированного госпиталя

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с огнестрельными переломами нижней челюсти.

**Модуль 3. Заболевания и поражения нервов лица и челюстей, височно-нижнечелюстного сустава**

**Практическое занятие №64**

Тема: Клиническая картина, дифференциальная диагностика заболеваний и повреждений нервов лица и челюстей.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия тройничного нерва и его ветвей (глазной нерв, верхнечелюстной нерв нижнечелюстной нерв).
2. Структура основных ветвей верхнечелюстного нерва. Зоны иннервации.
3. Структура основных ветвей нижнечелюстного нерва. Зоны иннервации.

**Тестовые задания:**

1. Укажите корешки, которые участвуют в формировании ресничного ганглия:

1) чувствительный - от внутреннего сонного сплетения, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от носоресничного нерва

2) чувствительный - от глазодвигательного нерва, глазодвигательный - от носоресничного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения

3) чувствительный - от носоресничного нерва, глазодвигательный - от глазодвигательного нерва, симпатический - от внутреннего сонного сплетения

2. Укажите правильное расположение ресничного ганглия:

1) у медиального угла глазного яблока, в толще жировой клетчатки

2) в толще жировой клетчатки, окружающей глазное яблоко, на латеральной поверхности зрительного нерва

3) в толще жировой клетчатки у наружно - нижнего угла глазного яблока.

4) в толще жировой клетчатки у верхне-наружного угла глазного яблока

3. От ресничного узла отходят следующие ветви:

1) ресничные нервы, которые интернируют ресничную мышцу, а также мышцу, которая поднимает верхнее и опускает нижнее веки

2) ресничные нервы, которые иннервируют склеру и сетчатку глаза, радужку (сфинктер и дилятатор зрачка), ресничную мышцу и мышцу, поднимающую верхнее веко

3) ресничные нервы, которые иннервируют мышцы, поднимающие верхнее и опускающее нижнее веки

4. Место расположения крылонёбного узла (ганглия):

1) в крылонёбной ямке у крылонёбного отверстия

2) в крылонёбной ямке у овального отверстия

3) в крылонёбной ямке у круглого отверстия

5. Крылонёбный ганглий является образованием какой нервной системы?:

1) симпатической 2) парасимпатической 3) двигательной

6. Какие волокна участвуют в формировании крылонёбного ганглия?:

1) симпатические - от верхнечелюстного нерва, парасимпатические - от большого каменистого нерва, чувствительные - от глубокого каменистого нерва

2) парасимпатические - от большого каменистого нерва, симпатические - от глубокого каменистого нерва, чувствительные - от крылонёбной веточки верхнечелюстного нерва

3) парасимпатические - от глубокого каменистого нерва, симпатические - от большого каменистого нерва, чувствительные - от верхнечелюстного нерва

7. От крылонёбного узла отходят следующие нервы:

1) глазничные, задние верхние носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

2) глазничные, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

3) глазничные, задние верхние носовые ветви и нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

4) задние верхние носовые ветви, нижние задние боковые носовые ветви, большой и малый нёбный нерв

8. Местонахождение ушного ганглия:

1) выше овального отверстия с латеральной стороны нижнечелюстного нерва

2) ниже овального отверстия с медиальной стороны нижнечелюстного нерва

3) выше круглого отверстия с латеральной стороны верхнечелюстного нерва

4) выше круглого отверстия с медиальной стороны верхнечелюстного нерва

9. Какие нервы участвуют в формировании ушного ганглия:

1) чувствительный - от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический - от языкоглоточного нерва, симпатический - от сплетения средней менингиальной артерии

2) чувствительный - от языкоглоточного нерва, парасимпатический - от ушновисочной ветви нижнечелюстного нерва, симпатический - от сплетения средней менингиальной артерии

3) чувствительный - от ушновисочной веточки нижнечелюстного нерва, парасимпатический - от сплетения средней менингиальной артерии, симпатический – от языкоглоточного нерва

10. Ушной ганглий отдает волокна:

1) к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, к барабанной струне

2) к околоушной и поднижнечелюстнои железе, к внутренней и наружной крыловидной мышцам, барабанной перегородке и барабанной струне

3) к околоушной железе, мышце, растягивающей мягкое

нёбо, к внутренней и наружной крыловидной мышцам,

барабанной струне,

4) к околоушной железе, мышцам, натягивающим барабанную перепонку, мышце, растягивающей мягкое нёбо, к внутренней крыловидной мышце, к барабанной

струне.

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями нервов лица и челюстей.

**Практическое занятие №65**

Тема: Невралгия тройничного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Невралгия тройничного нерва. Клиническая картина.
2. Диагностика, дифференциальная диагностика невралгии тройничного нерва.
3. Консервативные методы лечения невралгии тройничного нерва.
4. Хирургические методы лечения невралгии тройничного нерва.

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообраз­ные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к ле­вой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выяв­лено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 2.** Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсив­ные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по пово­ду невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области зубов 24, 25 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 3.** Больной, 61 года, обратился в клинику с жалобами на приступооб­разные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроиз­вольно. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 10 лет, лечился у нев­ропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, в последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация III ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесен­ных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую бо­лезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. В полости рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая обо­лочка без патологических изменений.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 4.** Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, при­ступообразные, самопроизвольные боли в области зуба 14,иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года боль­ной удалили зубы 17, 15, 13, 12 по поводу периодонтита, возникающего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то вдругом зубе и в настоящий момент она связывает их с зубом 14.Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, сердечно­сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигура­ция лица не изменена, пальпация вобласти инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 14интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологи­ческом обследованиипериапекальных тканей зуба 14патологии не обнаруже­но.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с невралгией тройничного нерва.

**Практическое занятие №66**

Тема: Постгерпетическая невралгия тройничного нерва. Невропатия тройничного нерва. Невралгия языкоглоточного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва. Этиология, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Невропатия тройничного нерва Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Невралгия языкоглоточного нерва. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Местонахождение поднижнечелюстного ганглия:

1) в теле поднижнечелюстной железы

2) на нижней поверхности поднижнечелюстной железы в толще подкожной клетчатки

3) рядом с поднижнечелюстной железой, ниже язычного нерва

2. Поднижнечелюстнои ганглий получает ветви:

1) чувствительный - от барабанной струны, секреторный

2) от язычного нерва, симпатический - от сплетения наружной сонной артерии

3) чувствительный - от язычного нерва, секреторный – от сплетения наружной сонной артерии, симпатический - от барабанной струны

4) чувствительный - от язычного нерва, секреторный – от барабанной струны, симпатический - от сплетения наружной сонной артерии

3. Поднижнечелюстнои ганглий отдает ветви:

1) к поднижнечелюстнои железе и ее протоку

2) к поднижнечелюстнои и подъязычной железам и их протокам

3) к поднижнечелюстнои железе, ее протоку и частично к добавочной доле околоушной железы

4. Место расположения подъязычного ганглия:

1) в толще подъязычной железы

2) рядом с подъязычной железой

3) в толще корня языка

5. Подъязычный ганглий получает волокна от:

1) подъязычного и язычного нерва

2) язычного нерва и барабанной струны

3) подъязычного и языкоглоточного нервов

4) подъязычного, язычного и языкоглоточного нервов и барабанной струны

6. Подъязычный ганглий отдает волокна к:

1) подъязычной железе

2) подъязычной железе и мышцам корня языка

3) подъязычной и поднижнечелюстнои железам

4) подъязычной и поднижнечелюстнои железам, мышцам корня языка

7. Точки Валле - это:

1) участки, где проявляется вегетативная симптоматика невралгии тройничного нерва

2) места выхода ветвей тройничного нерва из костного отверстия в мягкие ткани

3) местонахождение триггерных (курковых) зон

8. При осмотре больного у него возникли острые, режущие, приступообразные боли в течение 2-х минут. Боли возникли при начале разговора. Иррадиировали в нижнюю челюсть, шею. Больной застыл в определенной позе. Вегетативной симптоматики нет. Из анамнеза выяснено, что месяц назад у больного было атипичное удаление нижнего первого моляра с этой же стороны. Боли появились примерно через неделю после удаления зуба. Сначала они

были длительностью 5-10 секунд, через неделю - 30-60 секунд, а спустя три недели - 1-2 минуты. Приступы повторялись часто, возникали при разговоре и приеме пищи. Врач сделал внутриротовую мандибулярную анестезию новокаином со стороны поражения. Боли прекратились на 2,5 часа. Какой диагноз можно поставить обследуемому больному?:

1) ганглионит крылонёбного узла

2) ганглионит цилиарного узла

3) невралгия III ветви тройничного нерва

4) неврит нижнечелюстного нерва

5) ганглионит ушного узла

6) аурикуло-темпоральный синдром

7) синдром Эгля

8) ганглионит подчелюстного узла

9) ганглионит подъязычного узла

9. Жалобы больного сводятся к многочасовой и мучительной боли в зоне иннервации трех ветвей тройничного нерва. Иррадиирует в половину головы с этой же стороны. В надбровной области (с этой же стороны) на коже появились герпетические высыпания. При обследовании больного врач установил потерю всех видов чувствительности на данной половине лица. Из анамнеза выяснено, что боли появились после ОРВИ, через неделю после начала болезни. Какой диагноз можно установить данному больному?:

1) невралгия II и III ветви тройничного нерва периферического генеза

2) невралгия тройничного нерва центрального генеза

3) ганглионит крылонёбного узла

4) ганглионит полулунного узла

5) ганглионит ресничного узла

6) ганглионит ушного узла

7) аурикуло-темпоральный синдром

8) синдром поражения позвоночного нерва

10. Жалобы больного сводятся к резким болям в течение 1 минуты в периорбитальной области, в глазном яблоке, в области корня носа, верхней и нижней челюсти. Боли иррадиируют в висок, ухо и затылок, выражена вегетативная симптоматика (гиперемия,

слезотечение, ринорея). Триггерных зон нет. При осмотре врач обнаружил, что у больного имеется гиперемия и отечность слизистой оболочки заднего отдела носовой полости. Болевой приступ прекратился после проведения аппликационной анестезии 10% раствором лидокаина заднего отдела полости носа. Какой диагноз можно установить у этого больного на основании данной клинической симптоматики?:

1) невралгия тройничного нерва

2) неврит тройничного нерва

3) ганглионит полулунного узла

4) ганглионит крылонёбного узла

5) ганглионит ресничного узла

6) ганглионит ушного узла

7) аурикуло-темпоральный синдром

8) синдром поражения позвоночного нерва

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с постгерпетической невралгией тройничного нерва.
2. Планирование лечения пациентов с невропатией тройничного нерва.
3. Планирование лечения пациентов с невралгией языкоглоточного нерва.

**Практическое занятие №67**

Тема: Поражения лицевого нерва. Невралгия нерва крыловидного канала. Невралгия барабанного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Топографическая анатомия лицевого нерва.
2. Поражения лицевого нерва. Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
3. Мононевропатия лицевого нерва (паралич Белла). Клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
4. Параличи лицевого нерва. Классификация степени поражения.
5. Хирургическое лечение параличей лицевого нерва.

**Тестовые задания:**

1. Жалобы больного сводятся к приступам острой боли в области глазного яблока. Боли появляются ночью и сопровождаются выраженной вегетативной симптоматикой. Длительность приступа около 20 минут. При пальпации врач обнаружил болезненность глазного яблока, при осмотре – герпетические высылания на коже лба со стороны болевого синдрома, а также явления конъюктивита. На основании данной клинической симптоматики установите диагноз больному:

1) невралгия I ветви тройничного нерва

2) неврит тройничного нерва

3) ганглионит полулунного узла

4) ганглионит крылонёбного узла

5) невралгия носоресничного нерва

6) ганглионит ушного узла

7) ганглионит ресничного узла

8) невралгия барабанного нерва

2. Больной жалуется на мучительные боли в области правого глазного яблока, надбровья с иррадиацией в половину носа с этой же стороны. Боли возникают ночью, выражена вегетативная симптоматика. На коже носа имеются герпетические высыпания. При пальпации определяется болезненность у внутреннего угла глазницы. После проведения аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости боли сразу же исчезли. На основании описанной симптоматики установите диагноз:

1) невралгия тройничного нерва

2) неврит тройничного нерва

3) ганглионит крылонёбного узла

4) ганглионит ресничного узла

5) невралгия носоресничного нерва

5) аурикуло-темпоральный синдром

6) синдром Эгля (удлиненного шиловидного отростка)

3. Жалобы больного сводятся к приступам жгучих болей, локализующихся кпереди от наружного слухового прохода и височной области. Приступы боли длятся несколько минут. Боли иррадиируют в нижнюю челюсть и шею. Имеется вегетативная симптоматика. При осмотре больного врач надавил на область наружного слухового прохода (между наружным слуховым проходом и головкой нижней челюсти) с этой же стороны и появился приступ болей. После проведения внутрикожной анестезии впереди козелка уха боли сразу же исчезли. Какой диагноз можно установить у этого больного?:

1) невралгия тройничного нерва

2) неврит тройничного нерва

3) ганглионит полулунного узла

4) ганглионит ресничного узла

5) ганглионит ушного узла

6) аурикуло - темпоральный синдром

7) невралгия барабанного нерва

4. Как можно прекратить боли при ганглионите крылонёбного узла?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии

2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

5. Как можно прекратить боли при периферической невралгии II ветви тройничного нерва?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии

2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха под нижним краем скуловой дуги

6. Как можно прекратить боли при аурикуло-темпоральном синдроме?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии

2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

7. Как можно прекратить боли при невралгии носоресничного нерва?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии

2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха под нижним краем скуловой дуги

8. Как можно прекратить боли при ганглионите ушного узла?:

1) при проведении инфраорбитальной анестезии

2) при проведении аппликационной анестезии переднего отдела носовой полости

3) при проведении аппликационной анестезии заднего отдела носовой полости

4) при проведении внутрикожной анестезии впереди козелка уха

5) при проведении анестезии в пространстве между головкой нижней челюсти и козелком уха, под нижним краем скуловой дуги

9. Жалобы больного сводятся к жгучим болям в околоушно-жевательной области. Во время приступа боли появляется покраснение кожи и гипергидроз в этой области. Возникает приступ боли во время приема острой пищи. Из анамнеза выявлено, что два года назад больной перенес операцию на околоушной железе по поводу удаления доброкачественной опухоли. Через год начали появляться ноющие, а затем жгучие боли во время еды, которые сопровождались потоотделением в области околоушной железы (со стороны ранее проведенной операции). Какой диагноз можно установить данному больному на основании клинической симптоматики?:

1) неврит лицевого нерва

2) невралгия тройничного нерва

3) неврит тройничного нерва

4) ганглионит ушного узла

5) синдром поражения позвоночного нерва

6) аурикуло-темпоральный синдром

7) синдром удлиненного шиловидного отростка

8) невралгия барабанного нерва

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с поражениями лицевого нерва.
  2. Планирование лечения пациентов с невралгией нерва крыловидного канала.
  3. Планирование лечения пациентов с невралгией барабанного нерва.

**Практическое занятие №68**

Тема: Невралгия коленчатого узла лицевого нерва. Невралгия нерва крыловидного канала. Невралгия барабанного нерва. Невралгия верхнего гортанного нерва.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Невралгия коленчатого узла лицевого нерва. Клиническая картина, диагностика, лечение.
2. Невралгия нерва крыловидного канала. Клиническая картина, диагностика, лечение.
3. Невралгия барабанного нерва. Клиническая картина, диагностика, лечение.
4. Невралгия верхнего гортанного нерва. Клиническая картина, диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Больной отмечает боли при глотании и движении языком с иррадиацией в ухо. Боли наблюдаются при повороте головы, имеется головная боль с тошнотой, головокружение. Возникает дисфагия и отталгия. При пальпации миндаликовой ямки у больного возникает боль, которую он постоянно испытывал. Какой диагноз можно установить данному больному на основании приведенной клинической симптоматики?:

1) невралгия тройничного нерва

2) ганглионит крылонебного узла

3) синдром Эгля

4) невралгия ушно-височного нерва

5) невралгия барабанного нерва

6) невралгия язычного нерва

7) невралгия верхнего гортанного узла

2. Жалобы больного сводятся к приступообразным режущим болям в области наружного слухового прохода с иррадиацией в лицо и область сосцевидного отростка. Боли возникают остро и медленно стихают. При пальпации наружного слухового прохода у больного возник приступ боли. На основании приведенной клинической симптоматики какой диагноз можно установить данному больному?:

1) невралгия тройничного нерва

2) ганглионит крылонебного узла

3) ганглионит ушного узла

4) невралгия ушно-височного нерва

5) синдром удлиненного шиловидного отростка

6) невралгия верхнего гортанного нерва

7) невралгия барабанного нерва

3. Боли, которые возникают в гортани носят приступообразный характер. Возникают во время еды или при глотательных движениях. Иррадиируют в ухо. Во время приступа боли появляется кашель. Учитывая данную клиническую симптоматику, какой можно установить диагноз?:

1) невралгия тройничного нерва

2) невралгия языкоглоточного нерва

3) невралгия верхнего гортанного нерва

4) ганглионит крылонебного узла

5) ганглионит ушного узла

6) ганглионит подчелюстного узла

7) невралгия язычного нерва

4. У больного возникают приступы острой боли в поднижнечелюстной области только после приема острой пищи. Боли длятся 3 минуты и иррадиируют в нижнюю губу, затылок, шею. Припухлости мягких тканей нет. На основании перечисленных симптомов какое заболевание можно заподозрить?:

1) калькулезный субмаксиллит

2) хронический интерстициальный субмаксиллит

3) невралгия III ветви тройничного нерва

4) ганглионит подчелюстного узла

5) ганглионит подъязычного узла

6) ганглионит крылонебного узла

7) синдром поражения позвоночного нерва

8) невралгия языкоглоточного нерва

5. У больного возникает приступ острой боли в поднижнечелюстной области и языке только после приема обильной пищи. Длятся боли 1-2 минуты, иррадиируют в кончик языка и подъязычную область. Припухлости мягких тканей нет. Какое заболевание можно заподозрить у данного больного?:

1) ганглионит подъязычного узла

2) ганглионит подчелюстного узла

3) ганглионит крылонёбного узла

4) невралгия языкоглоточного нерва

5) невралгия язычного нерва

6) калькулезный субмаксиллит

7) ранула

6. У больного имеются приступы жгучих пульсирующих болей, которые начинаются в области шеи и иррадиируют в лицо с этой же стороны. Приступ боли длится несколько минут, триггерных зон и вегетативных проявлений нет. Отмечается головокружение, тошнота, звон в ухе. При осмотре больного врач надавил в проекцию поперечного отростка III шейного позвонка и появился приступ боли, но менее интенсивный, чем была ранее. Из анамнеза выявлено, что боли чаще возникают при переутомлении, переохлаждении и после нервного стресса. Какой диагноз можно поставить данному больному?:

1) невралгия тройничного нерва

2) ганглионит полулунного узла

3) синдром поражения позвоночного нерва

4) ганглионит крылонёбного узла

5) ганглионит ушного узла

6) невралгия ушно-височного нерва

7) невралгия языкоглоточного нерва

7. У больного имеется невралгия III ветви тройничного нерва в результате оссификации нижнечелюстного канала. Какой метод лечения невралгии будет у этого больного наиболее эффективным?:

1) новокаиновые блокады

2) блокады маркаином

3) блокады спазмолитином

4) алкоголизация нерва

5)операция нейротомии

6) декортикация нижнечелюстного канала с резекцией нервно-сосудистого пучка

8. Схема назначения финлепсина при невралгиях:

1) по 1 таблетке 2-3 раза в сутки в течение 3-х недель

2) по 0.5 таблетки 4-6 раз в сутки в течение 3-х недель

3) в первые сутки 0,1 г 2 раза в сутки, увеличивают ежедневно дозу до 0.6-0.8 г. а затем снижают дозу до 0.1 г в сутки, курс лечения составляет 3-4 недели

4) в первые сутки 0.8 г 2 раза в сутки, увеличивают дозу до 1.5 г, а затем снимают дозу до 0.5 г в сутки; курс лечения составляет 3-4 недели

9. Схема введения никотиновой кислоты при невралгиях:

1) 1% раствор вводится, начиная с 1 мл, ежедневно увеличивая дозу на 1 мл и доводится до 10 мл, а затем снижается ежедневно на 1 мл и доводится до 1 мл

2) 2-3% раствор вводится начиная с 1 мл, ежедневно увеличивая дозу на 1 мл и доводится до 10 мл, а затем снижается ежедневно на 1 мл и доводится до 1 мл

3) по 1 мл 1 % раствора 2-3 раза в сутки в течение 20 дней

4) по 3 мл 1 % раствора 1 раз в сутки в течение 20 дней

10. В чувствительных нервах различают следующие их поражения:

1) только невриты

2) только невралгии

3) невриты и невралгии

**Проверка практических навыков:**

Планирование лечения пациентов с невралгией коленчатого узла лицевого нерва

Планирование лечения пациентов с невралгией нерва крыловидного канала.

Планирование лечения пациентов с невралгией барабанного нерва.

Планирование лечения пациентов с невралгией верхнего гортанного нерва.

**Практическое занятие №69**

Тема: Прогрессирующая атрофия лица. Аурикулотемпоральный синдром.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Прогрессирующая атрофия лица. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
2. Аурикулотемпоральный синдром. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Назовите, кто из врачей впервые описал, и в честь кого именуется заболевание, которое называется прогрессирующая гемиатрофия лица?:

1) CaUwelJ

2) Kazanjian V.

3) Converse L.

4) Parri C.H., Romberg M.H.

5) Romberg M.H.

6) Lyer V.S.

2. Гемиатрофия лица протекает:

1) только как самостоятельное заболевание

2) только как симптом основного заболевания

3) как самостоятельное забопевание и как симптом основного заболевания

3. При прогрессирующей гемиатрофии лица наблюдается атрофия:

1) кожи

2) кожи и подкожной клетчатки

3) кожи, подкожной клетчатки и мышц

4) кожи подкожной клетчатки, мышц и кости

4. Изменяются пи волосы на стороне поражения при гемиатрофии лица?:

1) нет, не изменяются

2) волосы только депигментируются. но прочно находятся в волосяных луковицах

3) волосы депигментируются и выпадают

5. Что происходит на пораженной стороне с жевательными мышцами при прогрессирующей гемиатрофии лица?:

1) ничего не происходит

2) они атрофируются

3) они гипертрофируются

4) жировое перерождение мышцы

6. Если у больного наблюдается гемиатрофия лица с одной стороны, сочетающаяся с атрофией туловища и конечностей с другой стороны, то это заболевание называется?:

1) прогрессирующая гемиатрофия лица

2) прогрессирующая атрофия лица

3) перекрестная гемиатрофия

7. У больных с прогрессирующей гемиатрофией лица имеется ли специфическое лечение?:

1) специфического лечения нет

2) проводятся блокады звездчатого ганглия

3) проводятся пластические операции

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с прогрессирующей атрофией лица.
2. Планирование лечения пациентов с аурикулотемпоральным синдромом.

**Практическое занятие №70**

Тема: Этиология, клиника, диагностика, методы лечения острых и хронических артритов ВНЧС.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Анатомия ВНЧС.
2. Классификация заболеваний ВНЧС.
3. Клинико-рентгенологическое обследование больных с заболеваниями ВНЧС.
4. Клиническая картина острого и хронического артрита (серозный, гнойный, специфический, ревматоидный).
5. Остеоартроз. Клиническая картина, диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС 2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса 4) глубокое резцовое перекрытие

5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС

2. Причиной вывихов нижней челюсти является:

1) артрит ВНЧС 2) нижняя макрогнатия

3) снижение высоты прикуса 4) глубокое резцовое перекрытие

5) снижение высоты суставного бугорка

3. Лечение при вывихе нижней челюсти заключается:

1) иммобилизации

2) резекции суставного бугорка

3) прошивании суставной капсулы

4) резекции мыщелковых отростков нижней челюсти

5) введении суставной головки в суставную впадину

4. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:

1) наркоз 2) местное 3) нейролептанальгезия

4) стволовая анестезия 5) блокада по Вишневскому

5. Большие пальцы рук врач при вправлении вывиха нижней челюсти устанавливает на:

1) углы нижней челюсти

2) фронтальную группу зубов

3) моляры справа и слева или альвеолярные отростки

4) подбородок

5) ветви нижней челюсти

6. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1) острым отитом

2) острым верхнечелюстным синуситом

3) околоушным гипергидрозом

4) переломом верхней челюсти

5) флегмоной поднижнечелюстной области

7. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:

1) острым верхнечелюстным синуситом

2) околоушным гипергидрозом

3) переломом верхней челюсти

4) флегмоной поднижнечелюстной области

5) переломом мыщелкового отростка нижней челюсти

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 34 лет, жалуется на ограниченное открывание рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружний слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

* 1. О каком заболевании идет речь?

1. План лечения.

**Задача 2.** Больной, 43 лет, в течение 3-х месяцев отмечает ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, усиливающуюся при движении нижней челюсти, появившуюся после проведенного 8 месяцев назад протезирования.

1. На что следует обратить внимание при обследовании и тактике лечения больного?

**Задача 3.** Больная, 29 лет, широко открыла рот при зевании и не смогла его закрыть. При осмотре отмечается открытый рот, из него самопроизвольно вытекает слюна. Больная растеряна и беспомощна. При рентгенологи­ческом исследовании ВНЧС определяется расположение суставных голо­вок мыщелковых отростков нижней челюсти кпереди от суставных бугор­ков височных костей.

1. Поставьте диагноз и предложите план лечения.

**Задача 4.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височ­но-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей пра­вой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х1,5 см, пальпация этой зоны болез­ненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симп­том нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 5.** Больной, 33 лет, обратился с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа, ограничение открывания рта до 1,7 см, широкое открывание рта усиливает боль в ВНЧС справа. Из анамнеза выявлено, что боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Отек мягких тканей околоушной области справа нарастал и появилось ограничение подвиж­ности нижней челюсти. Боль сконцентрировалась в области ВНЧС справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает дифтерию, гайморит. За восемь месяцев до получения травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но боли в ВНЧС, не было. Подвижности кости в месте перелома скуловой дуги не определяется, пальпируется некоторое утолщение. При рентгенологическом исследовании на протя­жении бывшего перелома определяется полная костная консолидация. В настоящее время по общему статусу больной здоров. При осмотре опре­деляется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоуш­ной области, у козелка ушной раковины имеется небольшая гематома. Пальпация этой зоны болезненна. В полости рта: прикус ортогнатический. Открывание рта осуществляется без отклонений нижней челюсти в сторо­ны. Симптом нагрузки положительный в области ВНЧС справа. Целост­ность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании ВНЧС контрастируется трещина в области суставного от­ростка справа, слепо заканчивающаяся в области полулунной вырезки нижней челюсти, слева - суставной отросток без изменений. При сомкну­тых челюстях суставная щель расширена с правой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 6.** Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа и ограничение открывания рта. Глотание безболезненное, усиление боли отмечается при попытке шире открыть рот. Из анамнеза выявлено, что острая боль связана с травмой в области ВНЧС справа. Больная сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов стал нарастать отек, а с ним и ограни­чение подвижности нижней челюсти. Из перенесенных заболеваний боль­ная отмечает дизентерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здорова. При осмотре выявляется асимметрия лица за счет отека правой околоушной области. Пальпация этой зоны болезненна. Прикус не нару­шен, нарушения целостности альвеолярных отростков не выявлено, хотя симптом нагрузки резко положителен справа в области ВНЧС. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется линия перелома справа, проходящая через шейку суставного отростка нижней челюсти без смещения фрагментов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 7.** Больной, 43 лет, обратился с жалобами на боль в околоушных облас­тях и ограничение открывания рта до 2,0 см, попытка шире открыть рот вызывает резкое усиление боли в области височно-нижнечелюстного су­става (ВНЧС) справа и незначительное понижение слуха с правой сторо­ны. Открывание рта сопровождается попеременным смещением нижней челюсти в стороны. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тош­ноты, рвоты не было. Через несколько часов после травмы возник отек и ограничение открывания рта. Из перенесенных заболеваний пациент от­мечает воспаление легких, частые ОРЗ, за семь месяцев до полученной травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но болезненности и отека мягких тканей в околоушной области слева не было. При пальпации нижняя челюсть при небольшом усилии может пе­ремещаться в любом направлении, сопровождаемая хрустом и резко уси­ливающейся болью в области ВНЧС с двух сторон. При рентгено­логическом исследовании контурируются линии перелома суставных от­ростков нижней челюсти со смещением. Лицо асимметрично из-за отека мягких тканей околоушных областей и смещения подбородка кзади. При пальпации зоны отека болезненны, подвижности суставных головок не определяется. В полости рта отмечается несмыкание зубов во фронталь­ном отделе, нарушения целостности альвеолярных отростков не обнаружено. Симптом нагрузки резко положителен с обеих сторон в области суставных отростков.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 8.** Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на внезапное появление боли в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) с двух сторон. Из анамнеза выявлено, что боль возникла после перенесенного гриппа, кото­рый больная перенесла относительно легко, после чего в области ВНЧС появилась боль и отек околоушных областей, в связи с возникшей болез­ненностью, движения нижней челюсти стали ограниченными. Открывание рта уменьшилось до 2,0 см. Из перенесенных заболеваний больная отме­чает частые ОРЗ, ангины. При осмотре определяется некоторая отечность околоушных областей. Подвижность суставных головок при пальпации определяется при трансверзальных перемещениях нижней челюсти, вызы­вая усиление боли в ВНЧС с двух сторон. В полости рта: прикус ортогнатический, слабо выраженный гингивит, 14, 13, 23, 25 имеют кариозные полости, слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины не увеличены. При рентгенологическом исследовании отмечается расшире­ние суставных щелей, а костные структуры, образующие сустав, не изме­нены.

1. Поставьте и проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.

**Проверка практических навыков:**

* 1. Планирование лечения пациентов с заболеваниями ВНЧС.

**Практическое занятие №71**

Тема: Анкилоз ВНЧС. Контрактура ВНЧС.

Форма(ы) текущего контроля успеваемости(устный опрос, тестирование, решение проблемно-ситуационных задач, проверка практических навыков).

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

**Вопросы для устного опроса:**

1. Этиология и патогенез анкилозов ВНЧС.
2. Клинические проявления анкилозов ВНЧС.
3. Консервативные и хирургические методы лечения анкилозов ВНЧС.
4. Контрактура ВНЧС.
5. Клиническая картина контрактуры ВНЧС.
6. Рубцовая контрактура ВНЧС. Клиническая картина лечение.
7. Синдром болевой дисфункции. Этиология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, лечение.

**Тестовые задания:**

1. Ведущим симптомом анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания 3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом 5) резкое ограничение подвижности нижней челюсти

2. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1) опухоль 2) мастоидит

3) околоушный гипергидроз 4) целлюлит околоушно-жевательной области

5) травма мыщелковых отростков нижней челюсти

3. Причиной развития анкилоза ВНЧС является:

1) опухоль 2) мастоидит

3) околоушный гипергидроз 4) остеомиелит нижней челюсти

5) целлюлит околоушно-жевательной области

4. Форма анкилоза ВНЧС:

1) гнойный 2) фиброзный 3) слипчивый

4) катаральный 5) атрофический

5. Форма анкилоза ВНЧС:

1) костный 2) гнойный 3) слипчивый

4) катаральный 5) атрофический

6. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания

3) множественный кариес 4) выраженный болевой симптом

5) смещение нижней челюсти в больную сторону

7. Симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания 3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом 5) гипотрофия тканей на больной стороне

8. Дополнительным симптомом клиники фиброзного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания 3) множественный кариес

4) выраженный болевой симптом 5) тугоподвижность сустава

9. Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:

1) шум в ушах 2) нарушение глотания

3) множественный кариес 4) выраженный болевой симптом

5) полное отсутствие движений нижней челюсти

10. Дополнительным методом исследования при диагностике анкилоза ВНЧС является:

1) радиоизотопная диагностика 2) аудиометрия 3) биохимия крови

4) компьютерная томография 5) электроодонтодиагностика

**Проблемно-ситуационные задачи:**

**Задача 1.** Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

**Задача 2.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение откры­вания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. При рентгенологическом исследовании ранее диагностирован фиброзный ан­килоз ВНЧС. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюс­ти, аппендэктомию в возрасте 16 лет. В настоящее время выражена де­формация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. Опишите возможные варианты лечения.

**Задача 3.** Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозмож­ность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и ниж­него свода преддверия полости рта.

1. Какие методы лечения можно применить? Какой метод наиболее показан в данном случае?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 4.** После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множествен­ные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

* 1. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.

**Задача 5.** После простудного заболевания у больной, 30 лет, развилось ограни­ченное болезненное открывание рта, боли слева, усиливающиеся при гло­тании. Лечилась полосканиями полости рта, боли не уменьшились. Врач- отоларинголог рекомендовал обратиться к стоматологу, который обнару­жил гиперемию и отек слизистой оболочки ретромолярной области спра­ва, 48 прорезался одним дистальным бугром.

* + 1. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для установления диагноза и составления плана лечения?

**Задача 6.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на боли в зубах верхней и нижней челюстей, полное сведение челюстей, невозможность открыть рот, что препятствовало лечению зубов. В раннем детстве больной пере­нес остеомиелит нижней челюсти справа, после чего постепенно разви­валось ограничение открывания рта. Лечился механотерапией, физиотерапией с гидрокортизоном и лидазой, было временное улучшение, однако после перенесённого простудного заболевания рот вновь закрылся. Питал­ся жидкой пищей через дефект в зубном ряду. При осмотре отмечается асимметрия нижнего отдела щечной области справа за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. На коже щеч­ной и поднижнечелюстных областей справа имеется ряд втянутых рубцов. Средняя линия подбородка смещена вправо. Попытка открыть рот оказалась безрезультатной. Прикус перекрестный. При обследовании движений суставных головок мыщелковых отростков нижней челюсти через наружные слуховые проходы, отмечаются слева слабые движения, а справа -движения отсутствуют.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
2. Опишите характерную рентгенологическую картину костного анкилоза BHЧС?
3. Наметьте план лечения.
4. Какая особенность послеоперационного лечения больных с анкилозом ВНЧС?

**Задача 7.** Больной, 40 лет, поступил в клинику с диагнозом костный анкилоз ВНЧС слева. Рот закрылся в раннем детстве после перенесенного острого отита слева. Выражена нижняя микрогнатия. При рентгенологическом исследовании ВНЧС справа определяется хорошо контурируемая головка ВНЧС в суженной суставной впадине, а слева - резкая деформация, укоро­чение ветви нижней челюсти, шиповидный угол челюсти, резкое сужение полулунной вырезки за счет единого костного массива, представляющего собой деформированную суставную головку мыщелкового отростка ниж­ней челюсти слева, суставную впадину и суставной бугорок височной кости слева.

* 1. Каков принцип операции по поводу костного анкилоза ВНЧС?

**Задача 8.** Больной, 37 лет, обратился в клинику с диагнозом рецидив анкилоза ВНЧС справа. Два года назад подвергся хирургическому лечению, рот открылся. Была выполнена операция: остеотомия ветви челюсти с интерпозицией фасции с жировой клетчаткой. Непосредственные результаты операции хорошие, рот открылся на 3,0 см. Однако больной в послеоперационном периоде не занимался механотерапией, рот постепенно стал за­крываться и произошло полное сведение челюстей.

* + 1. Какой метод лечения костного анкилоза ВНЧС в настоящее время является наиболее эффективным?

**Проверка практических навыков:**

1. Планирование лечения пациентов с анкилозом и контрактурой ВНЧС.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 75-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 60-74% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 59% и меньше правильных ответов. |

**Критерии оценки устного и/или письменного опроса:**

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка | Критерии |
| **Неудовлетворительно** | Выставляется без беседы по вопросу, если ординатор не решил задачу и не справился с предложенным практическим заданием.  Выставляется за бессодержательные ответы на вопрос, незнание основных понятий. |
| **Удовлетворительно** | Выставляется за частично правильные или недостаточно полные ответы на вопросы, свидетельствующие о существенных недоработках ординатора, за формальные ответы, непонимание вопроса. |
| **Хорошо** | Выставляется за хорошее усвоение материала; достаточно полные ответы на все вопросы. Однако в усвоении материала и изложении имеются недостатки, не носящие принципиального характера. |
| **Отлично** | Осознанные, глубокие, полные ответы на все вопросы (теоретического и практического характера). |

**Критерии оценки решения проблемно-ситуационных задач:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Решение проблемно-ситуационных**  **задач** | Оценка **«ОТЛИЧНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т. ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка **«ХОРОШО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т. ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т. ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т. ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |

**3.** **Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Челюстно-лицевая хирургия» в форме экзамена проводится в устной форме по экзаменационным билетам в осеннем семестре на 1 и 2 курсе.

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **устный опрос** | Оценкой **«ОТЛИЧНО»** оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой **«ХОРОШО»** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой **«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой **«НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО»** оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, принцип лечения.
2. Основные принципы организации, объем и содержание медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область в военное время. Организация медицинской помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.
3. Абсцесс и флегмона поднижнечелюстного и подбородочного треугольника. Клиника, диагностика, лечение.
4. Общая характеристика, симптоматология, клиническое течение, диагностика огнестрельных ранений и повреждений лица и челюстей.
5. Флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
6. Осложнения при челюстно-лицевых ранениях и их профилактика.
7. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области. Особенности клиники, диагностики, лечения.
8. Объем специализированной медицинской помощи в военном полевом нейрохирургическом госпитале (ВПНхГ) и военном полевом госпитале для легко раненых (ВПГЛР) при огнестрельных ранениях и комбинированных поражениях.
9. Скуло-верхнечелюстные переломы. Клиника, диагностика, лечение.
10. Оказание медицинской помощи обожженным на этапах медицинской эвакуации.
11. Классификация ожогов. Клиника ожоговых ран лица.
12. Объем квалифицированной хирургической помощи в Омедб (омедо) при огнестрельных ранениях и комбинированных поражениях.
13. Фурункул и карбункул лица. Клиника, диагностика, лечение, осложнения.
14. Огнестрельные переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика, лечение на этапах медицинской эвакуации.
15. Статистика и классификация травм челюстно-лицевой области. Методы обследования больных с травмой мягких тканей и костей лица.
16. Объем медицинской помощи в медицинском пункте полка при огнестрельных ранениях и комбинированных поражениях.
17. Слюннокаменная болезнь. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика.
18. Объем медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации батальона при огнестрельных ранениях и комбинированных поражениях.
19. Воспалительные заболевания слюнных желез. Классификация. Острые и хронические неспецифические заболевания слюнных желез. Свищи слюнных желез. Клиника, диагностика, лечение.
20. Способы остановки кровотечения на этапах медицинской эвакуации.
21. Синдром Шегрена. Клиника, диагностика, лечение.
22. Особенности клинического лечения и сроков заживления раны, загрязненной радиационными веществами.
23. Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желез. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Сиалозы. Болезнь Микулича.
24. Объем и содержание специализированной хирургической помощи челюстно-лицевым раненым в СВПХГ для раненых в голову и позвоночник.
25. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Клиника, диагностика, лечение.
26. Особенности оказания медицинской помощи пострадавшим в экстремальных ситуациях.
27. Хронические лимфадениты лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение.
28. Медикаментозные и физические методы лечения пострадавших. Лечебная физкультура. Медицинская реабилитация и освидетельствование пострадавших с повреждениями челюстно-лицевой области.
29. Особенности организации ухода и кормления раненых в челюстно-лицевую область на этапах медицинской эвакуации.
30. Острые лимфадениты лица и шеи. Клиника, диагностика, лечение.
31. Квалифицированная помощь при ранениях челюстно-лицевой области в МедСБ (Омедб) и ее объем.
32. Тромбофлебит лицевых вен. Тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки. Клиника, диагностика, лечение.
33. Комбинированные радиационные поражения челюстно-лицевой области. Клиника и лечение.
34. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Медиастинит. Клиника, диагностика, лечение.
35. Ожоги лица. Организация сортировки обожженных в зависимости от тяжести состояния пострадавшего и определения места и объема помощи.
36. Абсцессы и флегмоны подвисочной и крыловидной ямок. Клиника, диагностика, лечение.
37. Непосредственные осложнения при огнестрельных повреждениях челюстно-лицевой области. Медицинская помощь при непосредственных осложнениях на этапах медицинской эвакуации. Профилактика осложнений.
38. Флегмоны щечной и скуловой областей. Клиника, диагностика, лечение.
39. Осложнения при челюстно-лицевых ранениях и их профилактика.

**Практические задания для проверки сформированных умений и навыков**

**Задача 1.** Больной, 42 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, бо­лезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Забо­левание началось 2 дня назад, после переохлаждения: появилась незначи­тельная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной об­ласти. Симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больно­го вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела - 39,4° С. Несколько за­торможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. От­крывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, Движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая обо­лочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвео­лярного отростка. Коронки зубов 47, 46, 34, 35, 36 разрушены.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

**Ответ к задаче 1.**

1. Диагноз: флегмона дна полости рта. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).
2. Возможной причиной развития острого гнойного воспалительного процесса могло быть обострение хронического периодонтита 47, 46, 34, 35, 36 зубов, возникшее после переохлаждения.
3. Необходимо дополнительно провести рентгенологическое обследование для полного выявления всех очагов хронической одонтогенной инфекции. План лечения: учитывая развитие затруднения дыхания по стенотическому типу перед проведением оперативного вмешательства, необходимо наложение трахеостомы. Затем проводится санация полости рта – удаление очагов хронической одонтогенной инфекции и вскрытие флегмоны. При вскрытии флегмоны необходимо провести ревизию всех клетчаточных пространств как выше, так и ниже челюстно-подъязычной мышцы и в области корня языка с последующим дренированием. В данном случае целесообразно использование раневого диализа. Назначая противовоспалительное лечение необходимо провести аллергологические пробы для выяснения того, какие антибиотики можно применять данному больному.
4. Учитывая непереносимость местных анестетиков, наложение трахеостомы целесообразно проводить под внутривенным наркозом или нейролептаналгезией. В дальнейшем возможно проведение ингаляционного наркоза через трахеостомическую трубку

**Задача 2.** Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в зубе 47, усили­вающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален зуб 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела - 38,5°С. В обеих поднижнечелюстных и в подподборо­дочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими гра­ницами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой под­нижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Сли­зистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной об­ласти отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и бо­лезненна. Лунка удаленного зуба 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки зуба 47 патологических изменений, инородных тел не опреде­ляется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне зуба 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

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

**Задача 3.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на резкие постоянные боли в подподбородочной и поднижнечелюстной областях, усиливающиеся при открывании рта. Заболел три дня назад, начало ни с чем не связывает. Объективно: температура тела - 38,0°С, больной ослаблен, отмечается озноб, кожа лба покрыта холодным потом. При осмотре в подподборо­дочной и обеих поднижнечелюстных областях кожа резко гиперемирова­на, лоснится, местная температура повышена. Пальпация резко болезнен­на. Открывание рта затруднено за счет болезненности. Полость рта не санирована. При рентгенологическом исследовании выявлен хронический гранулирующий периодонтит 46, 45 зубов.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания Вы можете предположить по имеющимся данным?
3. В чем будут заключаться Ваши действия в зависимости от постановки того или иного диагноза?

**Задача 4.** Больная 38 лет, обратилась с жалобами на наличие обширной при­пухлости верхних отделов шеи, одутловатость лица, затруднение дыхания, которое постепенно нарастает. Из анамнеза: полгода назад оперирована по поводу одонтогенного гайморита слева. Три дня назад заболел зуб 35, боли носили постоянный характер, усиливались при накусывании. В день об­ращения в клинику была на приеме у стоматолога по месту работы. Врач обратил внимание на наличие воспалительного инфильтрата в левой поднижнечелюстной области, произвел удаление зуба 35 и направил больную в отделение челюстно-лицевой хирургии. К моменту обращения - 18.00 при­пухлость резко увеличилась, нарастала дыхательная недостаточность. Объективно: в момент обращения состояние больной тяжелое, положение вынужденное - находится в сидячем положении, подавшись вперед. Вы­ражена дыхательная недостаточность по стенотическому типу. Опреде­ляется обширный отек в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, распространяющийся на шею. Незначительная отечность лица. Речь невнятная. Пальпация наиболее болезненна в левой поднижнече­люстной области. Слизистая оболочка дна полости рта резко отечна и выбухает. При рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

1. Укажите, каких данных не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) Вы можете предположить на основании имеющихся данных?
3. Укажите несущественные для данных заболеваний признаки.
4. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?

**Задача 5.** Больная, 63 лет, обратилась в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в подъязычной области, резко усиливающиеся при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: в течение 15 лет страдает хроническим пародонтитом, однако у пародонтолога не наблюдается. Зубы постепенно расшатываются, больная обращается к хирургу-стоматологу для их удале­ния. Три дня назад появились ноющие боли во фронтальной группе зубов нижней челюсти и в области десны. Постепенно боли усиливались, смес­тились в подъязычную область. Объективно: в подподбородочной области пальпируется единичный, резко болезненный, увеличенный лимфатиче­ский узел. Зуб 41 - подвижность II степени, зуб 31 - подвижность III-IV степеней. Вертикальная перкуссия зубов 41, 31 - отрицательная, горизонтальная перкуссия - положительна. Слизистая оболочка десны с вестибулярной и язычной сторон в области этих зубов отечна, цианотична, слабо болезненна. Опре­деляются глубокие пародонтальные карманы в области зубов 41, 31 с гнойным отделяемым. В подъязычной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Слизистая обо­лочка над ним гиперемирована, отечна. В центре инфильтрата опреде­ляется очаг флюктуации. Слюна из правого и левого вартоновых протоков выделяется чистая в очень незначительном количестве.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите анатомические границы подъязычной области.
3. Составьте план лечения.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести данной больной для уточнения диагноза.

**Задача 6.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боли усиливаются при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза: три дня назад, после переохлаждения появилась слабо болезненная припухлость в подъязычной области. Больной само­стоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась в размерах, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь две­надцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется увеличение в размерах левой поднижнечелюстной слюнной железы по сравнению с правой. Консистенция железы мягкая, при пальпации усиливается болезненность в подъязычной области. Ко­ронка зуба 41 наполовину разрушена, при перкуссии незначительная болезнен­ность. В подъязычной области определяется резко болезненный инфиль­трат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним резко гипереми­рована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфиль­трата определяется очаг флюктуации. Устье левого вартанова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области зуба 41 у верхушки корня определяется разрежение

костной ткани с нечеткими контурами 0,3x0,3 см.

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

**Задача 7.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной при­пухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, слегка уплотненная, слабо болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области паль­пируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: зубы 48, 46, 45, 34, 35, 36, 38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъ­язычной области пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого вартонова протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

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

**Задача 8.** Больной, 65 лет, обратился с жалобами на наличие слабо болезненной припухлости под языком. Из анамнеза: припухлость впервые обнаружил около 20 дней назад, когда появилась незначительная болезненность. Принимал антибиотики, однако, положительной динамики не отмечалось. Обратился к стоматологу по месту работы. Поставлен диагноз: абсцесс подъязычной области. Произведен разрез. В течение пяти дней после это­го выраженной положительной или отрицательной динамики также не отмечалось. Однако после вскрытия абсцесса отмечает ограничение от­крывания рта, болезненность при глотании. У больного дополнительно выяснено, что перед вскрытием абсцесса стоматолог удалил корни зуба 47. Объективно: конфигурация лица не изменена. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. В подъязычной области мягкие ткани инфильтрированы больше справа. Границы инфильтрата нечеткие. Пальпация слабо болез­ненна. Слизистая оболочка над инфильтратом немного отечна, слабо гиперемирована, цианотична. В центре инфильтрата имеется разрез длиной около 1,5 см. Отделяемого нет. Слизистая оболочка в области крыловид­но-челюстной складки справа незначительно отечна. Медиальная крыло­видная мышца справа уплотнена, болезненна. Инфильтрации тканей в этой области не определяется.

1. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Какова лечебная тактика в зависимости от установленного диагноза?
4. Укажите несущественные признаки заболевания, дайте им объяснение.

**Задача 9.** Больная, 22 лет, поступила с жалобами ка резкие боли под языком, ограничение открывания рта за счет болезненности, затруднение при раз­говоре и пережевывании пищи. Перечисленные симптомы появились два дня назад, когда заболел зуб 37. Боли носили постоянный характер, усили­вались при накусывании. Симптомы нарастали. Отмечала подъем темпе­ратуры тела до субфебрильных цифр. Объективно: в левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненно. Коронковая часть зуба 37 разрушена на 2/3, перкуссия слабо болезненна. Сли­зистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычного желобка сле­ва отечна, гиперемирована. В области челюстно-язычного желобка слева пальпируется резко болезненный инфильтрат. Движения языком не огра­ничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании в области зуба 37 определяется разрежение костной ткани у верхушек корней и у бифурка­ции с нечеткими контурами, размером 0,3x0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Укажите границы пораженной анатомической области.

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

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

**Задача 11.** Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области зуба 35 со смеще­нием. Произведено удаление зуба 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назна­чена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного зуба 35, незначительные боли при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°С. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, разлитой, 10,0x7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуа­ции. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограниче­но до 0,5 см, болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного зуба 35 содержит гнойное отде­ляемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки дна полости рта слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень линии перелома, проходящая через лунку удаленного зуба 35. Положение фрагментов удо­влетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.

**Задача 12.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости в подподбородочной области, ограниченное, болезненное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела до 37,5-38,0°С. Из анамнеза выявлено, что в течение полугода боль­ной обращал внимание на наличие безболезненного опухолевидного обра­зования, размером около 1,5x1,5 см в диаметре в подподбородочной об­ласти. После перенесенного неделю назад простудного заболевания ново­образование стало увеличиваться, появилась болезненность. Постепенно сформировалась разлитая, резко болезненная припухлость. Обратился к стоматологу по месту жительства. Направлен в отделение челюстно-лицевой хирургии, где поставлен диагноз: флегмона подподбородочной области.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен такой диагноз?
2. Каких сведений не достает для постановки достоверного диагноза?
3. Что могло послужить причиной развития флегмоны?
4. Составьте план лечения в зависимости от возможного полного диагноза?

**Задача 13.** Больному, 52 лет, две недели назад в поликлинике по месту житель­ства произведено удаление зубов 41, 31 по поводу хронического пародонтита III-IV степеней. Больной также обратил внимание врача на припухлость в подподбородочной области. Поставлен диагноз: хронический лимфаденит. Лечение не проводилось. Неделю назад припухлость начала увеличивать­ся, появилась болезненность. Была назначена противовоспалительная терапия, однако улучшения не последовало. Симптомы нарастали. На­правлен на консультацию и лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии. При осмотре обнаружен резко болезненный инфильтрат в подподбо­родочной области. Лунки ранее удаленных зубов 41, 31 заполнены организую­щимися кровяными сгустками. Пальпация в этой области безболезненная. При рентгенологическом исследовании обнаружены участки резорбции костной ткани и костные карманы в области зубов 47, 46. 36. Также обнаружены ретенированные и дистопированные зубы 48, 38, располагающиеся в области ветвей нижней челюсти справа и слева. Патологических изменений в об­ласти лунок удаленных зубов 41, 31 не обнаружено.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
3. Какова тактика лечения в зависимости от возможного диагноза?
4. Какие сведения являются несущественными для данного заболевания?

**Задача 14.** Больной, 24 лет, обратился в клинику с жалобами на умеренно выраженные боли в области нижней челюсти справа в покое, которые резко усиливаются при попытке открыть рот, при глотании. Открывание рта резко ограничено. Из анамнеза выявлено, что с момента начала проре­зывания зуба 48 (около 6 лет) неоднократно развивался перикоронит. Трижды в поликлинике по месту жительства производилось рассечение нависающей слизистой оболочки над коронковой частью зуба 48. Зуб сохранялся. Четыре дня назад после переохлаждения вновь возникло воспаление в области зуба 48, однако боли усиливались, присоединилось ограничение открывания рта, боли при глотании. Объективно: температура тела - 37,8°С, в правой под­нижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, ограничено подвижный лимфатический узел. Открывание рта до 1,0 см, резко болезненное. После проведения анестезии по Егорову удалось пол­ностью открыть рот. Зуб 48 - прорезывается передним щечным бугром. Сли­зистая оболочка над ним и в ретромолярной области резко гиперемирована, отечна, резко болезненна. Из-под нее выделяется гной. Слизистая обо­лочка крыловидно-челюстной складки справа гиперемирована, отечна, выбухает к центральной линии. При пальпации в области крыловидно­-челюстного пространства пальпируется резко болезненный воспалитель­ный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти справа отмечается тень зуба 48, который ретенирован, дистопирован, со сформировавшимися корнями.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного лечения.

**Задача 15.** Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкие боли в нижней челюсти и в горле справа, невозможность открывания рта. Резко болез­ненно глотание, причем жидкую пищу проглатывать труднее, чем твер­дую. Беспокоят также незначительные боли и ощущение тяжести в облас­ти верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°С. Три дня назад простудилась, тогда же появились умеренные боли в горле, усили­вающиеся при глотании. Терапевт районной поликлиники поставил диаг­ноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боли резко усилились, появилась и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интокси­кации. Бригадой «скорой помощи» доставлена в стоматологическое отде­ление дежурной клиники. При осмотре отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфоузлы увели­чены, резко болезненны. При заведении пальцев врача позади ветви ниж­ней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по Егорову. По­лость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-челюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болез­ненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыло­видно-челюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у вер­хушек корней.

1. Поставьте диагноз, укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
2. Составьте план лечения, укажите особенности оперативного вмешательства.
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны?

**Задача 16.** Больной, 70 лет, с жалобами на наличие постоянных ноющих болей в области нижней челюсти справа, в горле слева, ограничение открывания рта, осмотрен стоматологом. При осмотре обнаружена инфильтрация тканей в области крыловидно-челюстного пространства слева, пальпация болезненна. Слизистая оболочка над инфильтратом несколько гиперемирована, синюшна, рыхлая. Открывание рта до 1,5-2,0 см с трудом. В поло­сти рта имеются множественные корни разрушенных зубов. На слизистой оболочке щек, крыловидно-челюстных складок обширные участки веррукозной лейкоплакии (эрозивно-язвенная форма). В том числе и на слизис­той оболочке крыловидно-челюстной складки слева, на медиальном ее скате - язвенная поверхность 1,0x1,5 см с рыхлыми подрытыми краями, дно которой заполнено некротическим налетом.

1. Каких сведений не достает для постановки предварительного диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить в данном случае?
3. Какова тактика Ваших действий в зависимости от возможного диагноза?

**Задача 17.** В отделение челюстно-лицевой хирургии поступила больная, 42 лет, с жало­бами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, не­домогание, озноб, повышение температуры тела до 38,5°С. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть зуба 48 разрушена на 2/3, перкуссия болезнен­на. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие безболезнен­ного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластической консистенции в толще правой щеки. Больная сообщи­ла, что два года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложенного оперативного лечения она воздерживалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: аб­сцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление зуба 48, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная, госпитализирована. Однако, после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточ­ного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмеша­тельство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало ухудшаться.

1. Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться?
2. Как могло повлиять наличие липомы щечной области на тактику оперативного и консервативного лечения?
3. Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом.

**Задача 18.** Больной, 35 лет, поступил с жалобами на резкие боли в языке, труд­ность в разговоре, невозможность глотания, пережевывания пищи. Также отмечает появление небольшой припухлости в верхних отделах шеи. Три дня назад травмировал язык в задней трети рыбной костью. Кость была удалена ЛОР-врачом, отпущен домой. После этого боли усилились, по­явилось ощущение увеличения языка в объеме. Вновь обратился к ЛОР-врачу, однако после осмотра направлен к стоматологу. Объективно: рот полуоткрыт, вытекает слюна. Определяется отечность задних отделов подподбородочной области и верхних передних отделов шеи. При глубо­кой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъ­язычной костью. Язык увеличен в объеме, отечен, обложен сероватым налетом. Движения языка кпереди резко болезненны. Резкая болезнен­ность определяется также при надавливании на язык сверху вниз, особен­но в задней трети. Слизистая оболочка челюстно-язычных желобков с обеих сторон и подъязычной области отечна, выбухает. При пальпации в области корня языка отмечается обширный, резко болезненный воспали­тельный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании патологиче­ских изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Какие вмешательства необходимо дополнительно провести во избежание развития осложнений в раннем послеоперационном периоде.

**Задача 19.** Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области корня язы­ка, усиливающиеся при глотании, разговоре, приеме пищи. Боли появи­лись 4 дня назад, их появление ни с чем не связывает, постепенно нарас­тали. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после опе­рации обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое неизменно сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность стала медленно восстанавливаться. Объектив­но: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфоузел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей языка гиперемирована. Слизистая оболочка дна полости рта отечна, обычной окраски. Вер­тикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В об­ласти корня пальпируется воспалительный инфильтрат 3,0x4,0 см. По­лость рта санирована.

1. Поставьте диагноз, укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания.
4. С чем они могут быть связаны?

**Задача 20.** Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боли в языке, усиливающиеся при приеме пищи, при разго­воре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней че­люсти на уровне зуба 41 за счет вздутия. Пальпация безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. В зубе 42 - глубокая кариозная полость, безбо­лезненная при зондировании. Перкуссия зуба 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз? С чем связано абсцедирование?
2. Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны? Какова дальнейшая тактика врача?

**Задача 21.** Больной, 47 лет, находится на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона височной области справа, подвисоч­ной и крылонебной ямок справа. Поступил в состоянии средней тяжести пять дней назад. При поступлении произведено удаление причинных зубов 48, 47. Флегмона вскрыта наружным и внутриротовым доступами, создана кон­трапертура. Назначена противовоспалительная, симптоматическая физио­терапия. За истекшие сутки состояние больного не улучшилось, в течение последних суток наметилась тенденция к ухудшению. Воспалительный инфильтрат стал менее болезненным, еще более уплотнился. Обнаружено, что наметилась тенденция к появлению инфильтрации тканей в области крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств. Явления гнойно-резорбтивной лихорадки нарастают, симптомы интоксикации нарастают. Температура тела в течение суток колеблется от 38,0°С до 39,5°С, беспо­коит общая сильная слабость, озноб. Отмечаются нарушения работы ки­шечника: диарея. СОЭ - 40 мм/ч.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения.

**Задача 22.** Больной, 52 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с жалоба­ми на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно опреде­ляется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, зани­мающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распро­страняющийся на корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены зубы 46,45, 37 по поводу хронического периодонтита. Наложе­на трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенно­го медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, также предъявляет жало­бы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°С, пульс 110 ударов в минуту, слабого на­полнения и напряжения. Симптом «поколачивания» резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см, резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротеинемия. В моче определяет­ся высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии адекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

**Задача 23.** Больной, 55 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: флегмона дна по­лости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространства слева. При поступлении флег­мона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы 35, 36. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермитирующий харак­тер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. По­степенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.

1. Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
2. Ваша дальнейшая тактика.
3. Определите основные направления лечебных мероприятий.

**Задача 24.** Больной, 38 лет, находится на лечении в отделение челюстно-лицевой хирургии в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалитель­ного процесса на передне-боковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки блед­ные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.

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

**Задача 25.** Больной, 25 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие резко болезненной припухлости под нижней челюстью, боли при глотании, раз­говоре, невозможность открывания рта, слабость, озноб, повышение тем­пературы тела до 39,0° С. После проведенного обследования поставлен диагноз: флегмона дна полости рта. Удалены причинные зубы 36, 37, флегмона вскрыта, получено большое количество гнойного отделяемого. Клетчаточные пространства дренированы. Наложена трахеостома. В течение первых суток после операции состояние больного несколько улучшилось, но затем вновь стало резко ухудшаться. Отмечено появление загрудинной боли. Положение больного вынужденное - сидит с опущенной к груди головой. Повысилась температура тела до 40,0°С, симптомы интоксика­ции нарастают. При попытке перемены положения тела боли за грудиной усиливаются. Боли за грудиной также усиливаются при поколачивании по ней и при запрокидывании головы. Кожа в области яремной вырезки отечна, пальпация болезненна, определяется крепитация. При вдохе на­блюдается втягивание в области яремной впадины. Через некоторое время у больного отмечалось постоянное покашливание, нарастала одышка. Рентгенологическое исследование позволило выявить изменение контуров верхнего средостения и наличие выпуклых теней округлой формы в об­ласти верхнего средостения.

1. Чем можно объяснить ухудшение состояния больного?
2. Поставьте диагноз.
3. Укажите точную локализацию вторичного воспалительного процесса.
4. План Ваших действий.

**Задача 26.** Больному, 38 лет, два дня назад произведено вскрытие флегмоны правой подвисочной и крылонебной ямок. Несмотря на проведенное вме­шательство, дренирование и медикаментозную терапию состояние боль­ного не улучшалось, усилились боли в горле, особенно при глотании. Около суток назад после осмотра обнаружен резко болезненный воспали­тельный инфильтрат в области правой боковой и задней стенки глотки. Инфильтрат вскрыт наружным доступом, однако состояние больного про­должало ухудшаться, температура тела повысилась до 40,0°С, пульс 130- 150 ударов в минуту, аритмичен, слабого наполнения и напряжения. Арте­риальное давление в пределах нормальных цифр. Больной угнетен, апати­чен, жалуется дополнительно на пульсирующую боль в груди, которая иррадиирует в межлопаточную область и усиливается при надавливании на отростки грудных позвонков. Боль также усиливается при попытке проглотить пищу. Обнаружена ригидность длинных мышц спины, пастозность кожи в области грудных позвонков. При рентгенологическом обсле­довании определяется жидкий выпот в область плевральной полости.

1. Поставьте диагноз, укажите локализацию патологического процесса.
2. Укажите путь распространения воспалительного процесса.
3. Ваши тактические действия.

**Задача 27.** Больная, 45 лет, поступила с жалобами на резкие боли в горле, уси­ливающиеся при глотании, резкое ограничение и болезненность при от­крывании рта, появившуюся незначительную, но резко болезненную при­пухлость в области угла нижней челюсти справа. Перечисленные симпто­мы появились после того, как два дня назад в поликлинике по месту жи­тельства была произведена операция удаления ретенированного, дистопированного зуба 48. В течение 10 лет больная наблюдается у хирурга- стоматолога по поводу капиллярной формы лимфангиомы щечной облас­ти и нижней губы слева. Роста новообразования не отмечалось, поэтому от оперативного лечения больная отказывалась. Через сутки после удале­ния зуба 48 ткани в области лимфангиомы стали более плотными, болезненны­ми, опухоль увеличилась в объеме, кожа над ней стала незначительно гиперемированной. В челюстно-лицевом отделении, куда больная была направлена, поставлен диагноз: флегмона крыловидно­-челюстного и окологлоточного пространства. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено большое количество гнойного отде­ляемого, назначена медикаментозная терапия. Однако в течение после­дующих суток состояние больной продолжало ухудшаться, повысилась температура тела, появились и стали усиливаться боли за грудиной. Обна­ружен отек и пастозность кожи в области яремной вырезки, распростра­няющийся на надключичные пространства. Перкуссия грудины болезнен­на. Боль усиливалась при запрокидывании головы и при вдохе. Больная не могла лежать, сидела в постели с опущенной к груди головой.

1. Поставьте диагноз, укажите основные признаки, характерные для данного диагноза.
2. Опишите Вашу лечебную тактику.
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и укажите, с чем они связаны?

**Задача 28.** У больного, 48 лет, находящегося на лечении по поводу флегмоны верхне-боковой области шеи, развившейся в результате нагноения боко­вой кисты шеи справа, после проведенной операции вскрытия флегмоны, состояние продолжало ухудшаться, симптомы интоксикации нарастали. Через несколько часов после операции появился сухой кашель, боли в области грудной клетки, нарастала одышка. Боли становились менее ин­тенсивными при положении головы в опущенном к груди состоянии.

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

**Задача 29.** Больной, 28 лет, поступил в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом: слепое осколочное ранение позадичелюстной области и верхне-боковой области шеи слева. В результате ранения больной перенес массивную кровопотерю. Диагности­рован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удале­но инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали быстро нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю передне-боковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боли в области раны усиливались, затем присоединились боли в области груд­ной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боли в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. Каких данных не достает для уточнения диагноза?

**Задача 30.** Больной, 43 лет, 2 недели назад обратился в медсанчасть по месту работы по поводу фурункула верхней губы. Врачом была назначена по­вязка с ихтиоловой мазью на область фурункула. В течение последующих трех дней больной к врачу не обращался, самостоятельно пытался удалить некротический стержень, после чего его состояние стало резко ухудшаться. Появились головные боли, слабость, озноб, температура повышалась до 38,5°С. Нарастал отек правой половины лица. Бригадой скорой помощи больной доставлен в челюстно-лицевое отделение. При поступлении состояние средней тяжести, отмечается выражен­ная интоксикация, озноб, температура тела 39,5°С. Выраженный отек средней зоны лица справа. В области верхней губы абсцедирующий фу­рункул со сформировавшимся стержнем, выделяется гной. По ходу угловой вены справа пальпируется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожа над ним гиперемирована напряжена, имеет синюшный оттенок. Коньюктива век отечна гиперемированна. Движение глазных яблок свободное, безболезненное. Больному произведено вскрытие гнойно-некротического очага в области фурункула и по ходу угловой вены. Несмотря на проведенное местное общее противовоспалительное лечение состояние больного про­должало ухудшатся. Присоединились признаки выпадения функций черепно-мозговых нервов: глазодвигательного, блокового и отводящего, что сопровождалось септикопиемическим состоянием. Развился отек век и экзофтальм с двух сторон, нарушение зрения.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите основные признаки, характеризующий данный вид осложнения.
3. Консультация каких специалистов необходима при лечении данного больного.

**Задача 31.** Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания - второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти кли­нически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтра­та, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1х0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфати­ческие узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

**Задача 32.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38°С. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфиль­трат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре - гнойная пробка 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном на стороне поражения.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, установите стадию заболевания.
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
4. Определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 33.** Больная, 31 года, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы по­явились три дня назад после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолече­нием - компрессы. По общему статусу считает себя здоровой. Температу­ра тела 37,9°С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2x0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внут­реннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Составьте план лечения и место его проведения.

**Задача 34.** Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на припухлость в лобной области справа, головную боль, общую слабость. Давность заболевания - пять дней. К врачу не обращалась, лечилась дома компрессами. В анамне­зе хронический холецистит. Температура тела 38,1°С. Полость рта не санирована. В лобной области справа определяется плотный конусовид­ный инфильтрат 1,5x2,0 см болезненный, кожа гиперемирована, в центре неглубокий свищевой ход 0,2x0,2 см, с неровными краями и гнойным отделяемым. Отек окружающих тканей и верхнего века правого глаза, глазная щель сужена.

1. Поставьте диагноз и определите стадию заболевания.
2. Составьте план лечения.

**Задача 35.** Больной, 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2°С. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего век спра­ва, подглазничной и щечных областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата вид­ны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

**Задача 36.** Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на припухлость и боль в области левого крыла носа. Давность заболевания три дня. Температура тела субфебрильная. По общему статусу без особенностей. Левое крыло носа деформировано, инфильтрировано с уплотнением 1,0x1,0 см, в сере­дине которого определяется гнойная пробка, размером 0,2x0,2 см Перифокальный отек верхней губы и подглазничной области соответствующей стороны. На коже левой височной области определяется пигментный во­лосистый невус, размером 1,0x1,5 см. Регионарные лимфатические узлы слева увеличены, подвижны, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Отметьте признаки, не характерные для данного заболевания.

**Задача 37.** Больной, 28 лет, обратился по поводу болезненного увеличения в области нижней губы справа. Болен третий день. В анамнезе: частые ОРЗ. По общему статусу здоров, температура тела 37,8°С. В области нижней губы справа определяется уплотнение, размером 1,0x1,5 см, кожа над ним гиперемирована, пальпация болезненна. Отечность тканей вокруг инфиль­трата распространяется на нижний свод преддверия полости рта справа.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Каких клинических данных не достает для постановки диагноза?
3. Какой метод дополнительного обследования необходим для диагностики заболевания и составления плана лечения?

**Задача 38.** Больной, 21 года, жалуется на жгучую боль и припухлость в лобной области слева, общую слабость, головную боль, потерю трудоспособности. Давность заболевания три дня. Два месяца назад больной перенес перелом в области угла нижней челюсти справа. Патологических измене­ний со стороны внутренних органов не выявлено. Температура тела 37,9°С. В лобной области слева пальпируется плотный болезненный инфильтрат конусовидной формы, размером 1,2x1,2 см, кожа гиперемирована. Окружающие ткани отечны в радиусе 1,0 см. В области угла нижней че­люсти справа на месте бывшего перелома пальпаторно определена кост­ная мозоль.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные клинические сведения необходимы для окончательного диагноза?
3. Назовите признаки, не характерные для данного заболевания.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 39.** Больной, 49 лет, жалуется на покраснение лобной области слева, лихорадку, недомогание, общую слабость. Давность заболевания - третий день. Общий статус - без особенностей. Температура тела 38,0°С. В лоб­ной области слева определяется выраженная гиперемия кожи, размером 2,0x3,0 см с неровными, но резко очерченными границами. Гиперемированный участок, как бы приподнят над окружающей кожей, пальпация слегка болезненная. Инфильтрация подлежащих тканей отсутствует. Ре­гионарные лимфоузлы увеличены, болезненны.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. В каком лечебном учреждении необходимо проводить лечение больного?

**Задача 40.** Больная, 38 лет, обратилась по поводу красного пятна в области носа, которое появилось три дня назад, и стало распространяться на щечную область справа. Одновременно пациентка отмечает общую слабость, на­сморк, озноб, потерю трудоспособности. Температура тела 38,3°С. По общему статусу патологии не выявлено. На границе хрящевого и костного отделов носа его боковых поверхностях и крыле справа, а также щечной области справа кожа резко гиперемирована, отечна, лоснится, напряжена, утолщена и приподнята над окружающими участками здоровой кожи. Края гиперемированного участка кожи имеют фестончатые очертания. Пальпация очага слегка болезненна. Полость рта не санирована. В подбо­родочной области слева выявлена фиброма 0,8x0,8 см.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
5. В каком лечебном учреждении необходимо лечить больную?

**Задача 41.** Больная, 18 лет, поступила с жалобами на боли и припухлость в об­ласти околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющего харак­тера резко усиливаются при приеме пищи. Беспокоит также сухость в полости рта, общая слабость, недомогание, озноб, повышение температу­ры тела до 38.0-38.5°С. Перечисленные жалобы появились два дня назад, симптомы нарастали. До этого момента ничем не болела, не переохлажда­лась. Из анамнеза выявлено, что около месяца назад младшая сестра боль­ной перенесла эпидемический паротит, лечилась под наблюдением врачей в домашних условиях. Открывание рта ограничено до 2,5-3,0 см, обе око­лоушные слюнные железы увеличены в размерах, слегка уплотнены, бо­лезненны при пальпации. Кожа над ними в цвете не изменена, собирается в складку. Правая железа увеличена в большей степени. Слизистая обо­лочка в области обоих стеноновых протоков гиперемирована, отечна. Устья протоков гиперемированы, зияют. При массаже слюнных желез отмечается резкая болезненность, слюна не выделяется.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте свое решение.
2. Назначьте лечение.
3. Развития каких осложнений стоит опасаться?

**Задача 42.** Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в области правой околоушной слюнной железы, носящие колюще-режущий характер во время приема пищи, припухлость в правой околоушно­-жевательной области, умеренно болезненную при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по пово­ду язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная слюнная железа уве­личена в размерах, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умерено выраженный коллатеральный отек, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой нормальной окраски, однако ограничено собирается в складку. Открыва­ние рта в полном объеме, болезненное. Слизистая оболочка щечной об­ласти соответственно правому стенонову протоку отечна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый стенонов проток несколько утолщен. Язык обложен серым налетом. На слизистой оболочке щечных областей с обоих сторон по линии смыкании зубов определяются участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечеткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.

1. Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
2. Составьте план местного и общего лечения.
3. Укажите признаки (симптомы), не существенные для данного заболевания.

**Задача 43.** Больной, 48 лет, находился на лечении у ЛОР-врача с диагнозом: лакунарная ангина. Болен в течение двух недель. Первую неделю нахо­дился на стационарном лечении в ЛОР-отделении, в настоящее время наблюдается и лечится амбулаторно. Около четырех дней назад появилась припухлость в околоушно-жевательной области, затем присоединились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при приеме пищи. Около суток назад отметил ограничение открывания рта. Направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре определяются несколько увеличенные, болез­ненные, подвижные лимфатические узлы в правой поднижнечелюстной области. В правой околоушно-жевательной области определяется отек, распространяющийся на позадичелюстную, щечную, поднижнечелюстную области справа. В нижних отделах околоушной слюнной железы справа определяется резко болезненный плотный инфильтрат, размером 2,0x3,0 см. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. Температура тела - 38,5°С. После проведённого общего анализа крови выявлен умеренный лейкоци­тоз, увеличение СОЭ, увеличение количества эозинофилов, лейкопения.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений недостаёт для постановки точного диагноза?
3. Ваша лечебная тактика по отношению имеющегося инфильтрата.

**Задача 44.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на припухлость в области обеих околоушных слюнных желез, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38,0°С. Болен в течение 9 лет, когда впервые обратил внимание на незначительное увеличение желёз, которое самопроизвольно исчезло в течение короткого периода времени. Через несколько лет после простудного заболевания отметил распирающие неприятные ощущения в области околоушных слюнных желёз, не доставляющие больших страданий и исчезнувшие через несколько дней без лечения. После этого неоднократно, примерно, один раз в полгода возника­ли обострения. Больной лечился самостоятельно прикладывая coгревающие компрессы, однако каждый раз обострения протекали более выражено. При осмотре отмечается увеличение в размерах обеих околоуш­ных слюнных желез, больше справа. Железы подвижны, консистенция их упруго-эластичная, пальпация вызывает неприятные ощущения, слабую боль. Кожа в околоушно-жевательной области в цвете не изменена соби­рается в складку. Устья обоих стеноновых протоков не изменены, слюна выделяется в малом количестве, мутная. При сиалографическом исследо­вании отмечается сужение протоков 2-3 порядка, определяемых в виде слабо заметных, прерывистых тонких теней. Более мелкие протоки не контрастируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 45.** Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на сильную боль и припух­лость в области левой околоушной слюнной железы, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5°С, плохой сон, затрудненное, болезненное открывание рта, щелчки и хруст в области височно-нижнечелюстного сустава больше слева. Больна в течение 6 лет, с того момента, когда перенесла эпидемический паротит. После перенесенного заболевания в течение двух лет ничего не беспокоило. Затем обратила внимание на припухлость в левой околоушно-жевательной области, кото­рое прошло в течение 3 дней после применения согревающих компрессов. В дальнейшем обострения заболевания наблюдались до 4-5 раз в год и были связаны с переохлаждением, и простудными заболеваниями. Каждое обострение протекало более выражено, присоединились боли. Больная продолжала применять согревающие компрессы, но они ей не приносили выраженного облегчения. Самостоятельно принимала антибиотики, после чего воспаление купировалось. Во время последнего обострения впервые обратилась к врачу. Левая околоушная слюнная железа увеличена в раз­мерах, плотной консистенции, поверхность её мелко-бугристая, пальпация болезненна, смещаемость ограничена. Мягкие ткани над железой отечны, кожа в цвете не изменена, однако ограниченно собирается в складку. Открывание рта до 3,0 см, болезненное. При движении нижней челюсти определяется хруст в височно-нижнечелюстном суставе с двух сторон, но больше слева. Движения нижней челюсти ступенчатые. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, болезненный, подвиж­ный лимфатический узел. Устье левого стенонова протока расширено, зияет, слизистая оболочка вокруг него гиперемированна, отечна. При мас­сировании железы из протока выделяется большое количество гнойного отделяемого с хлопьевидными включениями.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте своё решение.
2. Какие местные лечебные мероприятия необходимо применять в данном случае?
3. Какие признаки несущественны для данного заболевания и с чем они могут быть связаны?

**Задача 46.** Больной 38 лет, обратился с жалобами на увеличение и болезненность правой околоушной слюнной железы, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Во время приёма пищи боли резко усиливаются, принимают распирающий, колющий характер. Железа при этом ещё больше увеличивается в размерах. Приблизительно в течение часа после приёма пищи боли и припухлость уменьшаются. Болен около пяти лет, однако вышеперечисленные симптомы были гораздо менее интенсивными и не беспокоили больного, а временами вообще исчезали, поэтому к врачу не обращался. Правая околоушная слюнная железа увеличена в размерах, упруго-эластичной консистенции, подвижна, болезненна. В области правого стенонова протока пальпируется плотный болезненный тяж, в диаметре 0,5 см. При массировании правой околоушной железы из устья протока выделяется скудное количество мутной слюны с хлопьевидными гнойными включениями. Слизистая оболочка над прото­ком слабо гиперемированна, отёчна.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
3. Составьте план обследования я лечения.

**Задача 47.** Больной, 29 лет, обратился с жалобами на появление припухлости в правой поднижнечелюстной области и резкие боли по типу «колик», воз­никающие при приеме пищи. После приема пищи боли постепенно пре­кращаются и припухлость уменьшается в размере в течение 20-30 минут. Выше перечисленные жалобы возникли около года назад, постепенно нарастали, но наиболее сильно стали беспокоить в течение последнего месяца. При пальпации правой поднижнечелюстной области обнаружено незначительное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, однако она нормальной консистенции, безболезненная. Устье правого вартонова протока расширено, нормальной окраски. При массировании железы слю­на не выделяется, а слева - выделение слюны нормальное. При пальпации по ходу протока в средней его трети пальпируется плотный конкремент, в диаметре 0,5 см.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Опишите методы лечебных мероприятий.

**Задача 48.** Больной, 48 лет, обратился с жалобами на резкие боли под языком, затруднение при приеме пищи и разговоре за счет болезненности при движении языка, наличие припухлости в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза выявлено, что в течение последних нескольких меся­цев у больного при приеме пищи появлялась небольшая припухлость и распирающие боли в левой поднижнечелюстной области, которые затем в течение 30-40 минут самостоятельно ликвидировались. Однако три дня назад боли резко усилились и не исчезали, появились затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи за счет болезненности при движении языка. Симптомы постепенно нарастают. В левой поднижнече­люстной области определяется отек, при пальпации отмечается увеличен­ный и болезненный лимфатический узел. Левая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размере, уплотнена, болезненна. Открывание рта не ограничено. В левой подъязычной области определяется резко бо­лезненный воспалительный инфильтрат, распространяющийся на левый челюстно-язычный желобок. Слизистая оболочка над ним резко гиперемирована. Выражен коллатеральный отек. Определяется флюктуация в центре инфильтрата. При рентгенологическом исследовании дна полости рта определяется интенсивная, плотная, округлая тень, схожая с тенью конкремента, размером 0,7x0,7 см, располагающаяся ближе к дистальному отделу поднижнечелюстной слюнной железы слева.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какие наиболее опасные осложнения возможны при проведении оперативного лечения в данном случае, и что нужно учитывать, чтобы их избежать?

**Задача 49.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на периодически возни­кающие распирающие боли и появляющуюся припухлость в левой поднижнечелюстной области. Как правило, перечисленные симптомы возникают во время приема пищи и самостоятельно проходят в течение получа­са. Больного это не сильно беспокоит, поэтому в течение нескольких ме­сяцев, после появления этих симптомов он к врачу не обращался. Однако, 10 дней назад заболел зуб 37. При осмотре стоматолога был поставлен диагноз: зуб 37 - обострение хронического гранулирующего периодонтита. Зуб удален. После удаления боли уменьшились, но не исчезли, приобрели постоянный ноющий характер, появился неприятный запах изо рта и ощущение выделения гнойного отделяемого. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, болезненный лимфати­ческий узел. При пальпации в области левого вартоного протока определяется плотный конкремент, овальной формы, в диаметре 0,5 см. Слюна из протока не выделяется. В области лунки удаленного зуба 37 слизистая обо­лочка незначительно гиперемирована, слабо болезненна. Лунка заполнена гнойным отделяемым, костная ткань межкорневой перегородки при зон­дировании безболезненна.

1. Составьте план дополнительного обследования.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 50.** Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой под­нижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распи­рающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратится к врачу. Правая поднижнече­люстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болез­ненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижне­челюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массировании железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями.

1. Какие заболевания можно предположить?
2. Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза.
3. В чем может заключаться лечение?

**Задача 51.** У больного, 47 лет, поступившего с жалобами на боли в правой под­нижнечелюстной области, чувство онемения кожи в области правого угла рта и нижней губы справа. При осмотре выявлено уплотнение правой поднижнечелюстной слюнной железы, в нижних отделах - каменистой плотности. Слюна из правого вартоного протока практически не выде­ляется.

1. Какие заболевания можно предположить по имеющимся данным?
2. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
3. Какие данные являются в данном случае несущественными и с чем они могут быть связаны?

**Задача 52.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на ноющую усиливающуюся при накусывании па верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний укалывает на простудные болезни. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Зубы 11, 12 подвижные в вестибулооральном направлении, вне прикуса. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области зубов 11, 12. Рот открывается на 1.5-2,0 см. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании целостность зубов 11, 12 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Данных за перелом челюстных костей нет. Электровозбудимость пульпы зубов l1, 12 снижена.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 53.** Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на резкую боль в области верхней челюсти. Повреждение возникло в результате ударов в область лица около 24 часов назад. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Обратился в травматологический пункт но месту жительства и был направлен в специализированную клинику. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. В настоящий момент по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется отек верхней губы, имеется нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе, затруднение при жевании, нарушение речи. Выраженная подвижность зубов 11, 21, зуб 22 - слабо подвижен; 11, 21 зубы - вне прикуса. Слизистая оболочка десневого края в области зубов 11, 21, 22 гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывается свободно. Остальные зубы не повреждены, находятся в прикусе. В области зубов 41, 32 на месте бывшего перелома патологической подвижности нет, имеется утолщение кортикальной пластинки. При рентгенологическом исследовании определяются линии перелома корня зуба 1l на уровне 1/3 длины и у зуба 21 - на уровне 2/3 длины кормя.

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

**Задача 54.** Больная, 27 лет, обратилась в клинику с жалобами на боль, усили­вающуюся при накусывании и подвижность 11 зуба. Из анамнеза выяснено, что около 3 дней назад дома, споткнувшись, ударилась верхними зубами о твердый предмет. В связи с появившейся подвижностью зуба 11 делала теплые содовые ванночки. Из перенесенных заболеваний указывает на болезнь Боткина, оперирована по поводу радикулярной кисты верхней челюсти слева в области зубов 13, 12 около восьми месяцев назад. Местно определяется незначительная отечность верхней губы слева; зуб 11 - подвижность I-II сте­пени; зуб в цвете не изменен, перкуссия безболезненна, слизистая оболоч­ка десневого края слегка гиперемирована, отечна, синюшна в области зубов 11, 22. Слизистая оболочка в области зубов 13, 12, 11 рубцово изменена, бледно-розового цвета, безболезненна при пальпации; зубы 13, 12 - неподвижны, в цвете изменены. При рентгенологическом исследовании данных за перелом зубов 11, 22 нет, пе­риодонтальная щель в области зуба 11 расширена, а в области верхушек корней зубов 13, 12 наблюдается процесс регенерации костной ткани.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующая операция по поводу радикулярной кисты верхней челюсти в области 13, 12 зубов.

**Задача 55.** Больной, 28 лет, обратился в дежурную клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти, из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Созна­ния не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не об­ращался. Нарастающий отек в области подбородка и имеющаяся болез­ненность в области передних нижних зубов заставили больного обратить­ся за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские ин­фекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до по­следней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре опреде­ляется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется наруше­ние прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фрон­тальном отделе между зубами 11, 21. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезнен­ностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости.

**Задача 56.** В клинику обратился больной, 34 лет, с жалобами на боль во фрон­тальном отделе нижней челюсти и неполное смыкание зубов, обусловли­вающие затруднение при приеме пищи. Из анамнеза: был избит неиз­вестными двое суток назад, находился в состоянии алкогольного опьяне­ния. Указать точно, терял ли сознание не может, тошноты, рвоты в даль­нейшем не было. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Ботки­на, которую перенес 10 лет назад, периодически болеет простудными заболеваниями. В настоящее время по общему статусу считает себя здоро­вым. Повреждений со стороны мягких тканей челюстно-лицевой области нет. Открывание рта до 2,0 см. Имеется значительное нарушение прикуса вследствие смещения фрагментов нижней челюсти во фронтальном отделе не только в вертикальной, но и в горизонтальной плоскостях. Произошло так называемое «наползание» фрагментов друг на друга. Линия перелома располагается между центральным и боковым резцом справа, Средняя линия смещена в сторону перелома. При рентгенологическом исследова­нии нижней челюсти определяется нарушение целостности костной ткани - линия перелома располагается косо в направлении от наружной ком­пактной пластинки к язычной, при чем на внутренней поверхности отсто­ит дальше от средней линии, чем на наружной поверхности. Переломов со стороны других отделов нижней челюсти не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза и объясните механизм смещения фрагментов.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 57.** В клинику обратилась больная, 42 лет, с жалобами на боль в области нижней челюсти слева в месте приложения удара. Из анамнеза выяснено, что была избита ночыо. Сознания не теряла, тошноты, рвоты не было. При местном осмотре: имеется небольшая отечность мягких тканей соответ­ственно телу нижней челюсти слева. Открывание рта ограничено до 1,8 см. Линия перелома располагается между зубами 35, 37. Большой фрагмент в переднем отделе смещен книзу и в сторону перелома. Малый фрагмент смещен вверх, кпереди и в язычную сторону. Средняя линия (между цент­ральными резцами) смешена в сторону перелома, фрагменты зашли друг на друга, имеется сужение зубной дуги, нарушение прикуса почти на всем протяжении.

1. Поставьте предварительный диагноз, объясните механизм смещения фрагментов.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

**Задача 58.** Больная, 24 лет, обратилась в челюстно-лицевую клинику на третьи сутки после травмы. Травму получила, ударившись правой половиной лица поскользнувшись на льду. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из анамнеза выяснено, что 9 месяцев назад был перелом нижней челюсти слева. При осмотре определяется отечность мягких тканей в око­лоушно-жевательной области справа, рот открывается на 1,5 см. Отмеча­ется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен внутрь, вверх и кпереди. Имеется разобщение прикуса в области жевательных зубов, расположенных на большом фраг­менте нижней челюсти справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 59.** Пострадавший во время автоаварии, после удара лицом о лобовое стекло, был доставлен в больницу, где было проведена первичная хирур­гическая обработка (ПХО) мелких ран и ссадин лица, введена противостолбнячная сыворотка. Спустя четверо суток в связи с неудобствами во время приема пищи и разговора пациент обратился к стоматологу в районную поликлинику. Оттуда был направлен в специализированное челюстно-лицевое отделение. Из перенесенных заболеваний указывает на частые травмы конечностей во время активного занятия спортом. В на­стоящее время по общему статусу считает себя практически здоровым. При осмотре определяются многочисленные ссадины в области правого надбровья, крыла носа и щеки слева в стадии эпителизации. У больного косой открытый прикус. Имеется патологическая подвижность фрагмен­тов нижней челюсти слева ближе к углу. Смещение фрагментов верти­кальное. Малый фрагмент смещен в сторону перелома, подбородочный и боковой участок тела челюсти на данной стороне смещен книзу. Зуб 38 распо­ложен на большом фрагменте, неподвижен. На рентгенограмме нижней челюсти определяется вертикальнокосое расположение тени линии пере­лома, несколько кнутри и кзади, причем на наружной и внутренней ком­пактных пластинках не на одном уровне.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 60.** Больной, 30 лет, обратился в клинику с жалобами на отечность мягких тканей и боль в области подбородка. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад был избит неизвестными. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операцию по поводу гайморита слева около четырех лет назад. При осмотре отмечается гематома в области подбородка слева, прикус не нарушен, ограничение открывания рта и смещение средней линии влево при опускании нижней челюсти. При пальпации определяется болезненность в области заднего края ветви, при нагрузке на подбородок выявляется усиление локальной болезненности в области ветви нижней челюсти слева. Симптом «ступеньки» не выявляется.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Составьте план лечения.

**Задача 61.** В клинику обратилась больная, 20 лет, с жалобами на ограничение открывания рта. В анамнезе удар подбородком о твердый предмет. Травма произошла при сжатых челюстях. Внешний осмотр без особенностей; открывание рта ограничено до 1,5 см, прикус не нарушен, но при опус­кании нижней челюсти он смешается в левую сторону. При пальпации в области переднего края ветви нижней челюсти слева определяется резкая болезненность в области основания венечного отростка.

1. Какое заболевание или патологическое состояние можно предположить?
2. Каких данных недостает для постановки окончательного диагноза и решения вопроса о лечении?
3. Какую рентгенограмму необходимо сделать для уточнения диагноза?

**Задача 62.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на выраженную припухлость в области левой половины лица и отсутствие чувствительности в подглаз­ничной области слева. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. При осмотре определяется значительный отек мягких тканей в подглазничной области слева, имеется кровоизлияние в нижнее веко слева, парестезия кожи под­глазничной области слева, ограничение открывания рта до 2,0 см, пальпаторно определяется симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю слева. Со стороны полости рта патологии не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какое дополнительное исследование необходимо провести?
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечения.

**Задача 63.** Больная, 22 лет, поступила в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на ссадины и боли в области левой полови­ны лица, затрудненное открывание рта. Два дня назад была избита неиз­вестными лицами. Сознание не теряла, тошноты, рвоты не было. Из пере­несенных заболеваний указывает на детские и частые простудные болезни, а также на перелом нижней челюсти слева около 8 месяцев назад. В на­стоящее время по общему статусу считает себя здоровой. При осмотре определяется отечность мягких тканей подглазничной области слева, при пальпации определяется уступ в области нижнеглазничного края, рот открывается на 2,0 см. В полости рта: прикус не нарушен, определяется симптом «ступеньки» в области скуло-альвеолярного гребня слева, подвижности фрагментов нижней челюсти слева в области места бывшего перелома нет, зуб 37 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюст­ному краю слева в проекции зубов 36, 37.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 64.** Больной, 40 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость и незначительную болезненность в области правой половины лица. Из анамнеза выяснено, что двое суток назад был избит неизвестными. Созна­ние не терял, тошноты, рвоты не было. При осмотре определяется значи­тельная отечность мягких тканей подглазничной области и боковой поверхности носа справа. Больной отмечает снижение чувствительности кожи в подглазничной области чувство онемения в области фронтальных зубов и премоляров справа. Пальпация костных образований данной об­ласти затруднена из-за выраженного отека мягких тканей лица справа.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 65.** Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боль и отек в области левой половины лица. Из анамнеза выяснено, что травму получил сутки назад в драке. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний: простудные болезни: два года назад получил перелом правого предплечья и правой голени в результате автоаварии. Год назад был перелом нижней челюсти слева в области подбородка. В настоящее время по общему статусу счита­ет себя здоровым. При местном осмотре определяется отек мягких тканей скуловой области слева с тенденцией к распространению на левую щеч­ную область, пальпаторно определяется некоторое западение мягких тка­ней и нарушение кривизны в области скуловой дуги слева. Рот открывает­ся на 2,0 см. В полости рта зуб 24 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе. Подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю слева в проекции зубов 33, 34, 35.

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

**Задача 66.** Больной. 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на дет­ские инфекции и простудные заболевания, а также на проведенную 1,5 года назад аппендэктомию. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагмен­тов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом «ступеньки». При пальпации со стороны поло­сти рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа;

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

**Задача 67.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил травму челюстно-лицевой области во время драки. Сознание не терял. Из перенесенных заболеваний указывает на частые простудные заболевания, операция на желудке 2 года назад, также отмечает, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области зуба 37. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре обращает на себя внимание значительная отечность среднего отдела лица. В полости рта отмечается нарушение смыкания зубов. Пальпация средней зоны лица подвижности фрагментов не выявляет, но сопровождается рез­кой болезненностью. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти в нижних ее отделах. Из наружных носо­вых ходов отделяемого нет. При бимануальной пальпации нижней челюс­ти, подвижности в области бывшего перелома нет, но имеется заметное утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в проекции 36, 37 зубов.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для постановки диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 68.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозмож­ность приема пищи из-за болезненного смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено что около 20 часов назад получил травму челюстно-лицевой области. Сознание не терял. Обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в дежурную челюстно-лицевую клини­ку. Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина (около 2-х лет назад), простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отеч­ность среднего отдела лица, пальпация данной области болезненна. При­кус нарушен за счет несмыкания зубов в переднем отделе. Имеется под­кожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи слева.

1. Какое заболевание или патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Задача 69.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пиши. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени, право­го предплечья во время активного занятия спортом. В настоящее время по общему статусу считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и коньюктивы, выделение кровянистого отделяемого из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и анестезию подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

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

**Задача 70.**  Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские и простудные болезни, хронический бронхит, воспаление легких в 20-летнем возрасте, около года назад был nepелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяются ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выражен­ный отек средней зоны лица с кровоизлиянием в области век и коньюктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парастезия мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом «ступеньки» в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации отмечается подвиж­ность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвиж­ности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется зна­чительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева.

1. Проведите обоснование диагноза, каких данных недостает для подтверждения диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Задача 71.** Больная, 20 лет, доставлена в клинику челюстно-лицевой хирургии после автоаварии с жалобами на сильную головную боль, припухлость и ссадины на лице. Во время получения травмы сознание не теряла. Из пе­ренесенных заболеваний указывает на частые простудные болезни. При осмотре определяется отек мягких тканей в области носа и подглазничных областей: при пальпации в данных областях имеется болезненность, больше в проекции подглазничного отверстия слева. Прикус нарушен, по типу открытого.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. Какие обследования необходимо провести для этой цели?

**Задача 72.** У пациента, 36 лет, пулевое ранение в области нижней челюсти. Кли­нически определяется двухсторонний ангулярный перелом нижней челюс­ти с выраженным смещением ветвей нижней челюсти кнутри. Централь­ный фрагмент смещен кзади. Кровотечение из раневого канала незначи­тельно. Больной в сознании, отмечает затруднение дыхания, определяется бледность кожных покровов. Нарастает дыхательная недостаточность.

1. Чем вызвано появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?

**Задача 73.** В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недо­статочность.

1. Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим?
2. Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя?
3. Составьте план оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя.
4. Составьте план оказания медицинской помощи в санитарном батальоне.
5. Составьте план лечения в специализированном челюстно-лицевом госпитале.

**Задача 74.** В клинику доставлен пациент, 43 лет, с осколочным ранением поло­сти рта, разрывом тканей неба и глотки. Свисающий лоскут из раны во время дыхания частично, а иногда и полностью закрывает вход в гортань нарастает дыхательная недостаточность.

1. Какой вид асфиксии можно предположить в данном случае?
2. Какова радикальная помощь больным с таким ранением?

**Задача 75.** В приемное отделение доставлен больной, 25 лет, с ранением сред­ней зоны лица и верхней челюсти и результате взрыва гранаты. Раневая поверхность обильно загрязнена землей, а также рвотными массами и сгустками крови, дыхание затруднено, нарастает дыхательная недостаточность.

1. О каком виде асфиксии идет речь?
2. Какова первая и радикальная помощь такому раненому?

**Задача 76.** В приемное отделение доставлен пострадавший, 20 лет, с ранением верхнебоковых отделов шеи слева твердым тупым предметом (прикладом автомата). Имеется ушибленная рана с нарастанием отека и гематомы всей поверхности шеи. Отмечается выраженное затрудненное дыхание.

1. О каком виде асфиксии здесь можно говорить?
2. Объясните механизм развития асфиксии?
3. Какие меры воздействия показаны при этой патологии?

**Задача 77.** В клинику доставлен больной, 30 лет, со сквозным пулевым ранени­ем челюстно-лицевой области. Имеется отрыв мягких тканей щечной об­ласти слева. АД 90/60 мм рт. ст., сознание спутанное, из раны отмечается незначительное кровотечение.

Оцените состояние больного и определите объем медицинской по­мощи в условиях:

1. Санитарного инструктора роты;
2. Санитарного батальона;
3. Специализированного челюстно-лицевого госпиталя.

**Задача 78.** В госпитальное челюстно-лицевое отделение поступил раненый, 22 лет, с огнестрельным поражением левой половины лица. Пострадавший в сознании, адекватен. Имеется рана левой околоушно-жевательной области с переходом на щечную и височную области, размером 10,0x15,0 см, края не ровные, местами определяются нежизнеспособные участки кожи, за­грязненные грунтом. Обнажены левая околоушная слюнная железа и ми­мические мышцы лица слева.

1. Укажите вид повреждения челюстно-лицевой области.
2. Особенность первичной хирургической обработки (ПХО) данной раны.

**Задача 79.** При осмотре раненого, 42 лет, на месте происшествия, определяется огнестрельный перелом нижней челюсти в области угла справа. Ранение слепое. Пострадавший в сознании. Отмечается незначительное кровотече­ние из раны.

1. Составьте план мероприятий первой неотложной помощи?
2. Определите этапы эвакуации?

**Задача 80.** В госпитальное челюстно-лицевое отделение доставлен пострадав­ший, 37 лет, в бессознательном состоянии с психомоторным возбуждени­ем. В полости рта фиксирован воздуховод. При осмотре определяется огнестрельное ранение с входным отверстием в области клыковой ямки справа, размером 0,5 см и выходным отверстием в заушной области слева. Из ран обильно выделяется кровь с пузырями воздуха. Верхняя челюсть и нижняя челюсть слева подвижны. Из нижних носовых ходов выделяется кровь. Определяются признаки пареза лицевого нерва слева.

1. Вид ранения.
2. Какие повреждены анатомические образования?
3. С чем дифференцируется данное состояние?

**Задача 81.** Больной, 55 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообраз­ные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к ле­вой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться 3-4 секунды. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отечности левой половины. Пальпация точек выхода II-ой (инфраорбитальное отверстие) и III-ей (ментальное отверстие) ветвей тройничного нерва налицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выяв­лено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 82.** Больная, 43 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсив­ные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у невропатолога по месту жительства по пово­ду невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области зубов 24, 25 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 83.** Больной, 61 года, обратился в клинику с жалобами на приступооб­разные жгучие боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в правое ухо и висок, длительностью до минуты. Возникают самопроиз­вольно. Из анамнеза выяснено, что болен в течение 10 лет, лечился у нев­ропатолога по поводу невралгии тройничного нерва, в последние годы без эффекта, год назад направлен к стоматологу. Проводилась алкоголизация III ветви тройничного нерва справа, после чего в течение года приступов боли не было. В настоящее время отмечает рецидив болей. Из перенесен­ных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую бо­лезнь и язвенную болезнь двенадцатиперстной кишки. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет пастозности мягких тканей в нижних отделах щечной области справа. Пальпация в области ментального отверстия незначительно болезненна. В полости рта полная вторичная адентия, у больного съемные протезы, слизистая обо­лочка без патологических изменений.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 84.** Больная, 35 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, при­ступообразные, самопроизвольные боли в области зуба 14,иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года боль­ной удалили зубы 17, 15, 13, 12 по поводу периодонтита, возникающего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то вдругом зубе и в настоящий момент она связывает их с зубом 14.Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, сердечно­сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигура­ция лица не изменена, пальпация вобласти инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 14интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологи­ческом обследованиипериапекальных тканей зуба 14патологии не обнаруже­но.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 85.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на припухлость околоушно-жевательной области, опущение нижнего века, невозможность сомкнуть веки слева, слезотечение, повышение чувствительности кожи лица слева. Из анамнеза выяснено, что неделю назад после сильного пере­охлаждения заболел ОРЗ, через три дня появилась припухлость в околочелюстной области, обратился к участковому терапевту, направлен к стома­тологу. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей околоушно-жевательной области слева, кожа гиперемирована, при пальпации несколько болезненна в верхней части левой щечной области. Нижнее веко слева несколько опущено, больной не может сомкнуть веки из-за отсутствия движений в нижнем веке, отмечает­ся слезотечение, явления коньюктивита.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.

**Задача 86.** Больная, 45 лет, обратилась к стоматологу с жалобами на отсутствие движений и гиперестезию в области правой половины лица, невозмож­ность сомкнуть веки, слезотечение, слюнотечение в области угла рта справа. Из анамнеза выяснено, что данные жалобы возникли после сильного переохлаждения, пробовала лечиться домашними средствами, без эффекта, обратилась к стоматологу. Из перенесенных заболеваний отме­чает детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается отек мягких тканей лица справа. Кожа гиперемирована, гиперестезия, мягкие ткани правой по­ловины лица опущены, без движений. Отмечается слезо- и слюнотечение. Пальпация правой половины лица слабо болезненна, особенно в околоушно-жевательной области справа. Больная не может сомкнуть веки, при попытке оскалить зубы, угол рта слева не поднимается, не может со­мкнуть губы «трубочкой».

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 87.** Больной, 38 лет, обратился в клинику с жалобами на отсутствие дви­жений в области левой половины лица, слезо- и слюнотечение слева, за­трудняющие прием пищи. Из анамнеза выяснено, что год назад после автокатастрофы, больной получил травму лица слева, рана была в околоушно-жевательной области. Движений в левой половине лица не отмеча­лось, началось слезо- и слюнотечение. Проводили курсы иглорефлексотерапии, ГБО-терапии. назначались инъекции прозерина, витаминов В6 и В2. Лечение без эффекта. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, остеохондроз позвоночника в поясничном отделе. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица изменена за счет опу­щения мягких тканей левой половины лица, кожа этой области в цвете не изменена, пальпация безболезненна. Нижнее веко опущено, определяется слезотечение, щека «парусит» при разговоре, угол рта опущен, слюнотече­ние.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 88.** Больная, 56 лет, поступила в клинику с жалобами на отсутствие дви­жений в нижней трети лица слева, опущение угла рта слева. Из анамнеза выяснено, что три месяца назад она была оперирована по поводу поли­морфной аденомы околоушной слюнной железы слева. В послеоперационном периоде отмечалось опущение угла рта. Из перенесенных заболе­ваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, гипертоническую болезнь. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица несколько изменена за счет асимметрии, вызванной опущенным углом рта слева. Отмечается невозможность оскалить зубы или сомкнуть губы трубочкой.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 89.** Больной, 37 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения зуба 46 по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологи­ческом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгенокон­трастная тень, размером 0,2x0,1 см, в нижнечелюстном канале ниже ди­стального корня зуба 46.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 90.** Больной, 46 лет, обратился в клинику с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Два месяца назад больной получил травму в область нижней челюсти, лечился в стационаре по пово­ду перелома тела нижней челюсти слева, боли в области травмы не прекращались. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области ментального отверстия усиливает боль. Чувствительность слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти слева и зубов 31, 32, 33, 34, 35 снижена. При рентгенологическом исследовании определяется тень линии перелома тела нижней челюсти слева в стадии консоли­дации, без смещения, которая проходит через ментальное отверстие ниж­ней челюсти слева.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечения.

**Задача 91.** Больной, 34 лет, жалуется на ограничение открывания рта, отечность и боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, которые возникли 3 дня назад после перенесенного гриппа. При осмотре отмечается отечность мягких тканей в области ВНЧС слева, пальпируются увеличенные и болезненные предушные лимфатические узлы. Открывание рта болезненное на 1,2 см. Пальпация ВНЧС слева через наружний слуховой ход также болезненная. При рентгенологическом исследовании ВНЧС определяется расширение левой суставной щели.

1. О каком заболевании идет речь?
2. План обследования и лечения.

**Задача 92.** Больной, 43 лет, в течение 3-х месяцев отмечает ноющую боль в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, усиливающуюся при движении нижней челюсти, появившуюся после проведенного 8 месяцев назад протезирования.

1. На что следует обратить внимание при обследовании и тактике лечения больного?

**Задача 93.** Больная, 29 лет, широко открыла рот при зевании и не смогла его закрыть. При осмотре отмечается открытый рот, из него самопроизвольно вытекает слюна. Больная растеряна и беспомощна. При рентгенологи­ческом исследовании ВНЧС определяется расположение суставных голо­вок мыщелковых отростков нижней челюсти кпереди от суставных бугор­ков височных костей.

1. Поставьте диагноз и предложите план лечения.

**Задача 94.** Больной, 25 лет, обратился с жалобами на боль в области височ­но-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа, ограничение открывания рта до 1,5 см, попытка более широко открыть рот вызывает резкое усиление боли. Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа, больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. В течение нескольких часов постепенно начал нарастать отек мягких тканей околоушной области справа и ограничение подвижности нижней челюсти, боль сконцентрировалась в височно-нижнечелюстном суставе справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает коклюш, дифтерию, ОРЗ. В настоящее время по общему статусу здоров. При осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей пра­вой околоушной области, ближе к козелку уха имеется небольшая ссадина и подкожная гематома, размером 2,0х1,5 см, пальпация этой зоны болез­ненная. В полости рта: ортогнатический прикус. Возможное открывание рта осуществляется без перемещений нижней челюсти в стороны. Симп­том нагрузки положительный. Целостность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение суставной щели справа при сомкнутых челюстях. Костные структуры, образующие сустав, в норме.

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

**Задача 95.** Больной, 33 лет, обратился с жалобами на боль в области височно-нижнечелюстного сустава справа, ограничение открывания рта до 1,7 см, широкое открывание рта усиливает боль в ВНЧС справа. Из анамнеза выявлено, что боль возникла при нанесении удара в область ВНЧС справа. Больной сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Отек мягких тканей околоушной области справа нарастал и появилось ограничение подвиж­ности нижней челюсти. Боль сконцентрировалась в области ВНЧС справа. Из перенесенных заболеваний пациент отмечает дифтерию, гайморит. За восемь месяцев до получения травмы был перелом скуловой дуги слева, затрудняющий открывание рта, но боли в ВНЧС, не было. Подвижности кости в месте перелома скуловой дуги не определяется, пальпируется некоторое утолщение. При рентгенологическом исследовании на протя­жении бывшего перелома определяется полная костная консолидация. В настоящее время по общему статусу больной здоров. При осмотре опре­деляется асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой околоуш­ной области, у козелка ушной раковины имеется небольшая гематома. Пальпация этой зоны болезненна. В полости рта: прикус ортогнатический. Открывание рта осуществляется без отклонений нижней челюсти в сторо­ны. Симптом нагрузки положительный в области ВНЧС справа. Целост­ность альвеолярных отростков не нарушена. При рентгенологическом исследовании ВНЧС контрастируется трещина в области суставного от­ростка справа, слепо заканчивающаяся в области полулунной вырезки нижней челюсти, слева - суставной отросток без изменений. При сомкну­тых челюстях суставная щель расширена с правой стороны.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

**Задача 96.** Больной, 20 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

1. О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?
3. Опишите клинико-рентгенологическую картину.

**Задача 97.** Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение откры­вания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. При рентгенологическом исследовании ранее диагностирован фиброзный ан­килоз ВНЧС. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюс­ти, аппендэктомию в возрасте 16 лет. В настоящее время выражена де­формация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. Опишите возможные варианты лечения.

**Задача 98.** Больная, 20 лет, перенесла ному в пятилетнем возрасте. В результате образовался сквозной дефект щечной области и угла рта слева, невозмож­ность открывания рта вследствие рубцовой деформации верхнего и ниж­него свода преддверия полости рта.

1. Какие методы лечения можно применить? Какой метод наиболее показан в данном случае?
2. Проведите дифференциальную диагностику.

**Задача 99.** После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множествен­ные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

1. Наметьте план хирургического лечения и послеоперационного ведения.

**Задача 100.** После простудного заболевания у больной, 30 лет, развилось ограни­ченное болезненное открывание рта, боли слева, усиливающиеся при гло­тании. Лечилась полосканиями полости рта, боли не уменьшились. Врач- отоларинголог рекомендовал обратиться к стоматологу, который обнару­жил гиперемию и отек слизистой оболочки ретромолярной области спра­ва, 48 прорезался одним дистальным бугром.

1. Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить для установления диагноза и составления плана лечения?

**Образец экзаменационного билета 1 курс**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре  Специальность: 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»  Дисциплина «Челюстно-лицевая хирургия»  Курс обучения: Первый  **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**  **I.** **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**  **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**   1. Фурункул и карбункул лица. Клиника, диагностика, лечение, осложнения. 2. Флегмоны щечной и скуловой областей. Клиника, диагностика, лечение.   **III. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на подвижность зубов 21, 23, 24, нали­чие свищевых ходов с гнойным отделяемым, субфебрильную температу­ру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появи­лись сильные боли в области верхней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратились в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке верхней челюсти слева и удален разрушенный зуб 22, назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращалась, свищевые ходы в области зубов 21, 22, 23, 24 появились две недели назад. Состояние удовлетворитель­ное. Температура тела 37,1°С. При пальпации левые подчелюстные лим­фоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта: зубы 21, 23, 24 – II-III степень подвижности. Слизистая оболочка этой области слегка гиперемирована, рыхлая, по переходной складке соответственно зубы 21, 22, 23, 24 определяются два свищевых хода с гнойным отделяемым.   1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза? Какое дополнительное обследование необходимо провести? | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  профессор  Декан факультета подготовки  кадров высшей квалификации  к.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  И.В. Ткаченко |

**Образец экзаменационного билета 2 курс**

|  |  |
| --- | --- |
| ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  «ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии  Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре  Специальность: 31.08.69 «Челюстно-лицевая хирургия»  Дисциплина «Челюстно-лицевая хирургия»  Курс обучения: Второй  **ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**  **I.** **ВАРИАНТ НАБОРА ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ В ИС УНИВЕРСИТЕТА**  **II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ**  1. Неогнестрельные переломы верхней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, принцип лечения.  2. Основные принципы организации, объем и содержание медицинской помощи раненым в челюстно-лицевую область в военное время. Организация медицинской помощи челюстно-лицевым раненым на этапах медицинской эвакуации.  **III. ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАДАНИЕ**  Клиническая задача. Больной Д., 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,8°С. При по­ступлении: температура тела 39,5°С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллате­ральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева. Слизистая этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. 34, 35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части 34, 35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.  1. Обоснуйте и поставьте диагноз.  2. Наметьте план обследования, обезболивания и лечения.  3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания. | |
| Зав. кафедрой стоматологии и  челюстно-лицевой хирургии  профессор  Декан факультета подготовки  кадров высшей квалификации  к.м.н., доцент  «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ | А.А. Матчин  И.В. Ткаченко |

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Индикатор | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ОПК-4 Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов | Инд.ОПК4.1. Проводит клиническую диагностику и обследование пациентов с заболеваниями и (или) состояниями | Знать: международную статистическую классификацию болезней (МКБ) | Вопросы 1-39 |
| Уметь: анализировать результаты основных (клинических) и дополнительных (лабораторных, инструментальных) методов обследования; проводить дифференциальную диагностику заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Владеть: интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Инд. ОПК4.2. Определяет показания для проведения лабораторного и инструментального обследования пациентов в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, на основе клинических рекомендаций, с учетом стандартов медицинской помощи, и интерпретирует полученные данные | Знать: методы клинических, лабораторных и инструментальных исследований, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов | Вопросы 1-39 |
| Уметь: интерпретировать результаты обследования для постановки предварительного диагноза, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза | Задачи 1-100 |
| Владеть: методами общего клинического обследования; алгоритмом постановки клинического диагноза, назначение обследования и лечения | Задачи 1-100 |
| 2 | ОПК-5 Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области, контролировать его эффективность и безопасность | Инд.ОПК5.1. Определяет план лечения и назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях на основе клинических рекомендаций с учетом стандартов медицинской помощи | Знать: клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи | Вопросы 1-39 |
| Уметь: разрабатывать план лечения пациентов заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области с учетом диагноза, возраста и клинической картины. | Задачи 1-100 |
| Владеть: алгоритмом оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области с учетом стандартов медицинской помощи. | Задачи 1-100 |
| Инд.ОПК5.2. Оценивает эффективность и безопасность лечебных мероприятий | Знать: алгоритм лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области. | Вопросы 1-39 |
| Уметь: оценивать эффективность назначенного лечения пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области. | Задачи 1-100 |
| Владеть: протоколами лечения заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области. | Задачи 1-100 |
| 3 | ОПК-7 Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу | Инд.ОПК7.1 Проводит медицинскую экспертизу | Знать: порядок проведения медицинской экспертизы в отношении пациентов для решения профессиональных задач | Вопросы 1-39 |
| Уметь: проводить экспертизу временной нетрудоспособности пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Владеть: проведением экспертизы временной нетрудоспособности и подготовки необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы | Задачи 1-100 |
| Инд.ОПК7.2. Направляет пациентов на медико-социальную экспертизу | Знать: показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу | Вопросы 1-39 |
| Уметь: определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области для прохождения медико-социальной экспертизы | Задачи 1-100 |
| Владеть: навыками определения медицинских показаний для направления на медико-социальную экспертизу пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| 4 | ОПК-9 Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | Инд. ОПК9.1. Анализирует динамику заболеваемости, смертности и инвалидности населения | Знать: показатели заболеваемости пациентов с патологией челюстно-лицевой области. | Вопросы 1-39 |
| Уметь: использовать медицинские информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет" | Задачи 1-100 |
| Владеть: анализом медико-статистических показателей заболеваемости с патологией челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Инд. ОПК 9.2. Ведет медицинскую документацию | Знать: правила оформления медицинской документации | Вопросы 1-39 |
| Уметь: заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа | Задачи 1-100 |
| Владеть: правилами оформления медицинской документации, в том числе в форме электронного документа | Задачи 1-100 |
| Инд.ОПК9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала | Знать: обязанности среднего и младшего медицинского персонала | Вопросы 1-39 |
| Уметь: осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении средним и младшим медицинским персоналом | Задачи 1-100 |
| Владеть: организацией должностных обязанностей среднего и младшего медицинского персонала | Задачи 1-100 |
| 5 | ПК-1 Оказание первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи по профилю «челюстно-лицевая хирургия» | Инд.ПК1.1. Способность использовать стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области | Знать: стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи при заболеваниях челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39 |
| Уметь: оказывать первичной специализированной медико-санитарной помощи при заболеваниях челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Владеть: навыками оказания первичной специализированной медико-санитарной помощи при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Инд.ПК1.2. Способность оказывать медицинскую помощь, в том числе неотложную помощь, пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи | Знать: клинические рекомендации (протоколы лечения) по оказания медицинской помощи, в том числе неотложной помощи, пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39 |
| Уметь: оказывать медицинскую помощь, в том числе неотложную помощь, пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи | Задачи 1-100 |
| Владеть: алгоритмом оказания медицинской помощи, в том числе неотложной помощи, пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи | Задачи 1-100 |
| Инд.ПК1.3. Способность проводить мониторинг клинической картины заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области, корригировать план лечения в зависимости от особенностей течения заболевания | Знать: клиническую картину, этиологию и патогенез заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39 |
| Уметь: проводить мониторинг клинической картины заболеваний и повреждений челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Владеть: правилами корректирования плана лечения для достижения наилучшего эффекта | Задачи 1-100 |
| 6 | ПК-2 Оказание высокотехнологичной медицинской помощи в стационарных условиях по профилю «челюстно-лицевая хирургия» | Инд.ПК2.1. Способность использовать стандарты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи при заболеваниях и повреждениях челюстно-лицевой области | Знать: стандарты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи для оказания помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Вопросы 1-39 |
| Уметь: использовать стандарты специализированной высокотехнологичной медицинской помощи для лечения пациентов с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Владеть: алгоритм оказания специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области | Задачи 1-100 |
| Инд.ПК2.2. Способность предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии, хирургических вмешательств | Знать: клиническую картину, этиологию и патогенез возникших осложнений в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозной терапии, хирургических вмешательств | Вопросы 1-39 |
| Уметь: предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции | Задачи 1-100 |
| Владеть: алгоритмом оказания специализированной помощи по предотвращению или устранению осложнений, побочных действий, нежелательных реакций | Задачи 1-100 |
| Инд. ПК2.3. Способность назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями челюстно-лицевой области после оказания высокотехнологичной медицинской помощи | Знать: правила назначения лечебного питания, в том числе специализированных продуктов лечебного питания | Вопросы 1-39 |
| Уметь: назначать лечебное питание пациентам с заболеваниями и повреждениями челюстно-лицевой области, в том числе специализированных продуктов лечебного питания | Задачи 1-100 |
| Владеть: алгоритмом оказания помощи после проведения высокотехнологичных оперативных вмешательств | Задачи 1-100 |