

Электронная цифровая подпись



Утверждено 30 мая 2019 г.
протокол № 5

председатель Ученого Совета Лысов Н.А.

ученый секретарь Ученого Совета Бунькова Е.Б.

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ
ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВЫ И ШЕИ»
Специальность 31.05.03 Стоматология
(уровень специалитета)
Направленность Стоматология
Форма обучения: очная
Квалификация (степень) выпускника: Врач-стоматолог
Срок обучения: 5 лет**

1.Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Контролируемые разделы (темы) дисциплины (этапы формирования компетенций)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка – по желанию	Наименование оценочного средства	Шкала оценивания
7 семестр			
1.Остеомиелиты челюстей	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
2.Абсцессы и флегмона лица и шеи	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
3.Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, подбородочной, поднижнечелюстной области	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
4.Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, крыловидно-челюстного, окологлоточного пространства	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического	Пятибалльная шкала оценивания

		больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	
5. Абсцесс и флегмона клетчаточных пространств, дна полости рта, корня языка, челюстно-язычного желобка	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
8 семестр			
6. Абсцесс и флегмона височной области, небный абсцесс	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
7. Абсцесс и флегмона подвисочной и крылонебной ямок	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
8. Абсцесс и флегмона подглазничной, щечной областей. Флегмона глазницы	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

		задач.	
9.Анаэробная инфекция. Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
10.Неодонтогенные воспалительные процессы челюстно-лицевой области	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
11.Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
12.Одонтогенные гаймориты	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
13.Осложнения воспалительных процессов челюстно-лицевой области: сепсис	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического	Пятибалльная шкала оценивания

		больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	
14 .Осложнения воспалительных процессов челюстно-лицевой области: тромбоз лицевых вен и пещеристого синуса	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
9 семестр			
15.Воспалительные заболевания слюнных желез	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
16.Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Слюнокаменная болезнь. Травмы слюнных желез	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
17.Воспалительные заболевания височного нижнечелюстного сустава	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
18.Реактивно-дистрофические заболевания височного	ОПК-1 ПК-5	Устный ответ, стандартизированный	Пятибалльная шкала оценивания

нижнечелюстного сустава (сиалозы)	ПК-8 ПК-9	тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	
19. Поражения тройничного нерва	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания
20. Поражения лицевого нерва. Синдром жжения полости рта	ОПК-1 ПК-5 ПК-8 ПК-9	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни. решение ситуационных задач.	Пятибалльная шкала оценивания

2. Текущий контроль успеваемости на занятиях семинарского типа (семинары, практические занятия, клинические практические занятия, практикумы, лабораторные работы), включая задания самостоятельной работы обучающихся, проводится в формах:

- устный ответ (в соответствии с темой занятия в рабочей программе дисциплины и перечнем вопросов для самоконтроля при изучении разделов дисциплины – п.п. 4.2, 5.2 рабочей программы дисциплины);
- стандартизированный тестовый контроль по темам изучаемой дисциплины;
- курация больного/разбор тематического больного,
- подготовка доклада/устных реферативных сообщений/презентаций,
- решение ситуационных задач;
- разбор истории болезни

Выбор формы текущего контроля на каждом занятии осуществляет преподаватель. Формы текущего контроля на одном занятии у разных обучающихся могут быть различными. Конкретную форму текущего контроля у каждого обучающегося определяет преподаватель. Количество форм текущего контроля на каждом занятии может быть различным и определяется преподавателем в зависимости от целей и задач занятия.

2.1 Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

2.1.1. Стандартизированный тестовый контроль (по темам или разделам)

7 семестр

Тема 1

1. Причиной острого остеомиелита нижней челюсти может быть:

1. однократная механическая травма зуба
2. осложнение периодонтита
3. кариес
4. гиперчувствительность зубной эмали

2. Хронический остеомиелит нижней челюсти характеризуется:

- 1) выраженным коллатеральным отёком тканей
- 2) общей температурной реакцией в пределах 39-40 градусов
- 3) изменение окраски твёрдых тканей коронки зуба
- 4) наличием секвестров

3. Симптомами хронического остеомиелита являются:

- 1) наличие секвестров
- 2) отек мягких тканей
- 3) подвижность зубов
- 4) наличие свищевого хода с гнойным отделяемым

4. Причиной обострения хронического остеомиелита может быть:

- 1) однократная механическая травма зуба
- 2) остеофлегмона
- 3) неадекватное лечение острого процесса
- 4) перелом челюсти

5. Для обострения хронического одонтогенного остеомиелита характерно:

- 1) острая боль в «причинном» зубе, усиливающаяся при накусывании
- 2) подвижность причинного зуба и несколько рядом стоящих зубов
- 3) наличие свища с гнойным отделяемым
- 4) температурная реакция в пределах 38-39 градусов
- 5) инфильтрат в подчелюстной области

6. Клиническими признаками острого воспаления является:

- 1) гиперемия
- 2) гипергликемия
- 3) кашель
- 4) затруднённое дыхание
- 5) нарушение функции

7. Причиной развития хронического одонтогенного остеомиелита челюстей является:

- 1) перелом челюсти
- 2) острый лимфаденит
- 3) снижение реактивности организма
- 4) наличие хронических очагов воспаления в челюсти
- 5) снижение реактивности организма, наличие хронических очагов воспаления в челюсти

8. Воспалительный инфильтрат характеризуется:

- 1) мягкой консистенцией
- 2) плотностью
- 3) бледностью покровных тканей
- 4) болезненной пальпацией
- 5) невозможностью собрать ткани в складку

9. Наибольшей тяжестью течения характеризуется одонтогенная инфекция распространяющаяся:

- 1) лимфогенным путём
- 2) гематогенным путём
- 3) трансмиссивным путём
- 4) алиментарным путём

10. Главная задача, стоящая перед врачом, оказывающим помощь больному с острым одонтогенным воспалительным процессом:

- 1) обеспечить адекватный отток экссудата из очага воспаления
- 2) санировать полость рта
- 3) назначить физиопроцедуры
- 4) обеспечить наблюдение

Ответы

1-2	2-2	3-1	4-2	5-3	6-1	7-4	8-5	9-3	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 2

1. Клиническая картина при флегмонах лица характеризуется

- 1) Инфильтратом
- 2) Флютуацией в центре инфильтрата
- 3) Наличием нескольких пустул в центре инфильтрата
- 4) Разлитым отёком

2. В послеоперационном периоде больным с флегмонами лица и шеи назначают:

- 1) антибиотики
- 2) гормональные препараты
- 3) слюногонную диету

3. В послеоперационном периоде больным с флегмонами лица и шеи назначают:

- 1) УВЧ-терапию
- 2) токи Дарсонваль
- 3) ГБО-терапию
- 4) мазовые повязки на рану

4. Для одонтогенных флегмон лица характерны:

- 1) воспалительная контрактура жевательных мышц
- 2) температура 38-39 С
- 3) свободное открывание рта
- 4) диплопия
- 5) гнойные выделения из носа

5. Типичными симптомами одонтогенной флегмоны лица и шеи является

- 1) птоз
- 2) кашель
- 3) боли при глотании
- 4) плотный, болезненный инфильтрат
- 5) плотный болезненный инфильтрат в подъязычной области
- 6) быстро нарастающая контрактура жевательных мышц

6. Опасность абсцессов и флегмон лица связана с:

- 1) нарастающей контрактурой жевательных мышц
- 2) затруднённым приёмом пищи
- 3) распространением воспаления на вещество и оболочки головного мозга
- 4) интоксикацией организма
- 5) распространением воспаления на вещество и оболочки головного мозга
- 6) нарушением речи

7. Варианты разрезов при вскрытии флегмон височной области являются:

- 1) разрез по верхнему своду преддверия полости рта
- 2) разрез в проекции скуловой дуги
- 3) разрез по линии прикрепления височной мышцы к одноимённой кости
- 4) радиальные разрезы по ходу волокон височной мышцы
- 5) разрез впереди козелка уха

8. При вскрытии флегмоны височной области контрапертура накладывается:

- 1) по переходной складке преддверия полости рта в проекции моляров
- 2) в проекции нижнего края орбиты
- 3) по носогубной складке
- 4) параллельно скуловой дуге
- 5) параллельно нижнему краю нижней челюсти

9. Оптимальным оперативным доступом при флегмоне подглазничной области

является:

- 1) разрез по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта
- 2) разрез по носогубной складке
- 3) разрез в проекции нижнего края орбиты
- 4) разрез в щёчной области

10. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую кость
- 3) лицевую артерию
- 4) щитовидную железу
- 5) околоушную слюнную железу

Ответы

1-1	2-1	3-4	4-3	5-4	6-3	7-4	8-4	9-1	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 3

1. Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта, можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую кость
- 3) лицевую артерию
- 4) щитовидную железу
- 5) околоушную слюнную железу

2. 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

3. При неблагоприятном течении абсцесса окологлоточного пространства инфекция распространяется в:

- 1) щечную область
- 2) крылонебную ямку
- 3) заднее средостение
- 4) подвисочную ямку
- 5) околоушную слюнную железу

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

- 1) ткани дна полости рта
- 2) субдуральное пространство
- 3) околоушную слюнную железу
- 4) крылонебное венозное сплетение
- 5) венозные синусы головного мозга

5. При вскрытии флегмон поднижнечелюстной области разрез выполняют на 1,5-2,0 см ниже края тела нижней челюсти, чтобы не повредить:

- 1) лицевую артерию и вену;
- 2) краевую ветвь лицевого нерва;
- 3) нижний альвеолярный нерв;
- 4) подбородочный нерв;
- 5) капсулу поднижнечелюстной слюнной железы.

6. Длина разреза при вскрытии одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области должна равняться:

- 1) 3-4 см;
- 2) 5-6 см;
- 3) 8-10 см;
- 4) длине воспалительного инфильтрата.

7. Воспалительный инфильтрат характеризуется:

- 1) мягкой консистенцией
- 2) плотностью

- 3) бледностью покровных тканей
- 4) болезненной пальпацией
- 5) невозможностью собрать ткани в складку

8. Наибольшей тяжестью течения характеризуется одонтогенная инфекция распространяющаяся:

- 1) лимфогенным путём
- 2) гематогенным путём
- 3) трансмиссивным путём
- 4) алиментарным путём

9. Выполняя разрез при лечении флегмоны подчелюстной области, можно повредить:

- 1) язык
- 2) скуловую кость
- 3) лицевую артерию
- 4) щитовидную железу
- 5) околоушную слюнную железу

10.. Длина разреза при вскрытии одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области должна равняться:

- 1) 3-4 см;
- 2) 5-6 см;
- 3) 8-10 см;
- 4) длине воспалительного инфильтрата.

Ответы

1-3	2-5	3-3	4-1	5-2	6-4	7-5	8-3	9-3	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 4

1. Входными воротами при одонтогенных флегмонах поднижнечелюстной области обычно являются:

- а) резцы и клыки
- б) пермоляры нижней челюсти
- в) моляры нижней челюсти
- г) стенонов проток
- д) рана кожи поднижнечелюстной области

2. Для одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области характерны:

- а) воспалительная контрактура жевательных мышц
- б) температура 38-39 С
- в) свободное открывание рта
- г) асимметрия лица за счёт отёка и инфильтрации тканей поднижнечелюстной области
- д) диплопия
- е) гнойные выделения из носа

3. При вскрытии флегмон поднижнечелюстной области разрез выполняют на 1,5-2,0 см ниже края тела нижней челюсти, чтобы не повредить:

- а) лицевую артерию и вену
- б) краевую ветвь лицевого нерва
- в) нижний альвеолярный нерв
- г) подбородочный нерв
- д) капсулу поднижнечелюстной слюнной железы

4. Входными воротами при одонтогенных флегмонах подбородочной области являются:

- а) раны кожи подбородочной области
- б) верхние фронтальные зубы
- в) нижние резцы и клыки
- г) нижние зубы «мудрости»
- д) нижние премоляры

5. Для вскрытия флегмон подбородочной области применяют:

- а) внутриротовой разрез вдоль уздечки языка
- б) внутриротовой разрез вдоль фронтального участка альвеолярного отростка

- в) наружный доступ вдоль нижнего края подбородочного отдела нижней челюсти
 г) наружный доступ по средней линии шеи
- 6. Абсцессы и флегмоны крыловидно-челюстного пространства могут возникнуть как осложнение таких анестезий , как**
- а) торусальная
 б) туберальная
 в) инфильтрационная
 г) мандибулярная
 д) инфраорбитальная
- 7. Типичными симптомами одонтогенной флегмоны крыловидно-челюстного пространства являются:**
- а) птоз
 б) кашель
 в) боли при глотании
 г) плотный, болезненный инфильтрат по ходу крылочелюстной складки и углом нижней челюсти
 д) плотный болезненный инфильтрат в подъязычной области
 е) быстро нарастающая контрактура жевательных мышц
- 8. При одонтогенных флегмонах дна полости рта в первую очередь в воспалительный процесс вовлекается клетчатка:**
- а) позадичелюстной области
 б) жирового комка Биша
 в) верхнего этажа полости рта
 г) нижнего этажа полости рта
- 9. Входными воротами при одонтогенных флегмонах дна полости рта являются:**
- а) нижние зубы «мудрости»
 б) нижние моляры
 в) нижние премоляры
 г) нижние резцы и клыки
 д) любые зубы нижней челюсти
- 10. Вскрытие флегмоны дна полости рта осуществляется**
- а) внутриротовым разрезом вдоль альвеолярного отростка нижней челюсти
 б) разрезом, окаймляющий угол нижней челюсти
 в) «воротникообразный» разрез
 г) срединный разрез в подподбородочной области
 д) разрезом вдоль нижнего края тела нижней челюсти

Ответы

1-в	2-г	3-б	4-в	5-в	6-б	7-г	8-г	9-а	10-в
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 5

1. У больных с флегмонами дна полости рта для дезинтоксикационной терапии используют:

- а) витамины группы В
 б) гемодез
 в) антибиотики согласно чувствительности микрофлоры
 г) сульфаниламиды
 д) магнитотерапию

2.Быстро нарастающая воспалительная контрактур жевательных мышц характерна для:

- а) одонтогенных флегмон подглазничной области
 б) абсцессов подвисочной ямки
 в) абсцессов крылонёбной ямки
 г) периоститов верхней челюсти
 д) нёбных абсцессов

3. Границами челюстно-подъязычного желобка обычно являются:

- а) слизистая оболочка дна полости рта
 б) переднее брюшко двубрюшной мышцы

- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти на уровне моляров
- г) внутренняя крыловидная мышца
- д) боковая поверхность корня языка
- е) околоушно-жевательная фасция

4. Челюстно-подъязычная мышца является границей между верхним и нижним этажами клетчаточного пространства:

- а) височной области
- б) поднижнечелюстной области
- в) челюстно-язычного желобка
- г) дна полости рта
- д) подподбородочной области

5. Вскрытие флегмон поднижнечелюстной области осуществляют разрезом:

- а) внутриротовым вдоль альвеолярного отростка нижней челюсти
- б) наружным в проекции переднего брюшка двубрюшной мышцы
- в) наружным в проекции заднего брюшка двубрюшной мышцы
- г) наружным вдоль тела нижней челюсти

6. В образовании границ подподбородочной области принимают участие:

- а) шиловидный отросток
- б) Риоланов пучок
- в) передние брюшки двубрюшной мышцы
- г) подъязычная кость
- д) челюстно-подъязычная мышца
- е) челюстно-язычная мышца
- ж) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти

7. «Причинными» зубами при одонтогенных абсцессах и флегмонах крыловидно-челюстного пространства обычно являются:

- а) нижние моляры
- б) нижние зубы «мудрости»
- в) верхние зубы «мудрости»
- г) премоляры
- д) нижние резцы и клыки

8. В образовании границ крыловидно-челюстного пространства участвуют:

- а) наружная поверхность угла и ветви нижней челюсти
- б) поднижнечелюстная слюнная железа
- в) наружная крыловидная мышца
- г) внутренняя поверхность угла и ветви нижней челюсти

9. Оперативным доступом при вскрытии абсцессов и флегмон крыловидно-челюстного пространства являются:

- а) внутриротовой вдоль крылочелюстной складки
- б) внутриротовой по переходной складке нижнего свода преддверия полости рта
- в) наружный в поднижнечелюстной области
- г) наружный, окаймляющий угол нижней челюсти

10. Одонтогенные флегмоны клетчаточных пространств, локализующихся около нижней челюсти, могут осложниться:

- а) сиагоденитом поднижнечелюстной слюнной железы
- б) болезнью Шегрена
- в) глубокой флегмоной шеи
- г) тромбозом кавернозного синуса
- д) передним медиастенитом

Ответы

1-б	2-в	3-б	4-г	5-г	6-в	7-а	8-в	9-г	10-д
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

8 семестр

Тема 6

1. Особенностью вскрытия небного абсцесса является:

- а) прокол абсцесса
- б) линейный разрез до кости

- в) линейный разрез до надкостницы
- г) иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы двумя полуовальными разрезами
- д) крестообразный разрез

2. Иссечение фрагмента слизистой оболочки и надкостницы при вскрытии нёбного абсцесса создаёт условия для:

- а) зияния раны
- б) адекватного оттока воспалительного экссудата
- в) профилактики распространения воспалительного процесса на нёбную пластинку и гайморову пазуху
- г) свободного носового дыхания

3. Основными симптомами абсцессов и флегмон парафарингиального пространства являются:

- а) контрактура жевательных мышц
- б) диплопия
- в) ксеростомия
- г) болезненное глотание
- д) отёк век

4. Варианты разрезов при вскрытии флегмон височной области являются:

- а) разрез по верхнему своду преддверия полости рта
- б) разрез в проекции скуловой дуги
- в) разрез по линии прикрепления височной мышцы к одноимённой кости
- г) радиальные разрезы по ходу волокон височной мышцы
- д) разрез впереди козелка уха

5. При вскрытии флегмоны височной области контрапертура накладывается:

- а) по переходной складке преддверия полости рта в проекции моляров
- б) в проекции нижнего края орбиты
- в) по носогубной складке
- г) параллельно скуловой дуге
- д) параллельно нижнему краю нижней челюсти

6. Оптимальным оперативным доступом при флегмоне подглазничной области является:

- а) разрез по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта
- б) разрез по носогубной складке
- в) разрез в проекции нижнего края орбиты
- г) разрез в щёчной области

7. Больные с острыми одонтогенными воспалительными процессами нуждаются:

- а) в динамическом наблюдении
- б) срочной хирургической помощи
- в) плановом хирургическом лечении
- г) экстренном хирургическом вмешательстве

8. Входными воротами инфекции при нёбном абсцессе чаще всего бывают зубы:

- а) 11, 21
- б) 12, 22
- в) 13, 23
- г) 14, 24
- д) 15, 25
- е) 16, 26
- ж) 17, 27
- з) 18, 28

9. Особенность вскрытия нёбного абсцесса связана с:

- а) близостью верхнечелюстного синуса
- б) значительной толщиной слизистой оболочки твёрдого нёба
- в) близостью носовой полости
- г) отсутствием подслизистого слоя
- д) близостью сосудисто-нервного пучка

10. Для определения индивидуальной чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам необходимо:

- а) взять мазок из раневого экссудата при вскрытии флегмоны
- б) взять кровь из вены
- в) исследовать слюну

Ответы

1-г	2-б	3-г	4-г	5-б	6-в	7-б	8-а	9-б	10-а
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 7

1. Причиной абсцессов подвисочной и крылонёбной ямок может быть:

- а) глубокий кариес 18,28 зубов
- б) нарушение правил асептики и антисептики при выполнении торусальной анестезии
- в) нагноение гематомы после туберальной анестезии

2. Оперативный доступ при абсцессах подвисочной и крылонёбной ямок

осуществляется:

- а) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции моляров
- б) в подскуловой области параллельно краю скуловой дуги
- в) в проекции нижнего края орбиты
- г) по крылочелюстной складке
- д) по линии смыкания зубов
- е) разрезом, окаймляющим угол нижней челюсти

3. Контрапертура – это:

- а) основной разрез при вскрытии гнойного очага
- б) разрез по ходу крупных сосудов
- в) разрез по ходу ветвей лицевого нерва
- г) внутриротовой разрез
- д) дополнительный разрез напротив основного, для адекватного дренирования

4. Абсцессы собачей ямки вскрывают разрезом:

- а) в проекции нижнего края орбиты
- б) по носогубной борозде
- в) по линии смыкания зубов
- г) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции моляров
- д) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции клыка и премоляров

5. Недостаточный отток экссудата при флегмонах клетчаточных пространств около верхней челюсти может привести к осложнениям:

- а) периостит верхней челюсти
- б) конъюнктивит
- в) флегмона орбиты
- г) флегмона височной области
- д) обострение хронического периодонтита
- е) гнойный менингит
- ж) абсцесс головного мозга
- з) остеомиелит височной кости

6. Характерными симптомами острого одонтогенного периостита челюсти являются:

- 1) симптом «выросшего» зуба;
- 2) воспалительная контрактура жевательных мышц III-й степени;
- 3) гиперемия и отек слизистой оболочки, а также плотный болезненный инфильтрат по переходной складке в пределах нескольких зубов.

7. Для острого одонтогенного периостита на верхней челюсти характерно:

- 1) острая боль в «причинном» зуба, усиливающаяся при накусывании;
- 2) подвижность «причинного» и нескольких рядом стоящих зубов;
- 3) наличия свища с гнойным отделяемым;
- 4) температурная реакция в пределах 38-39°C

- 5) все перечисленное верно.
 б) все перечисленное неверно
- 8. При остром одонтогенном периостите верхней челюсти в воспалительный процесс вовлекаются:**
- 1) пульпа «причинного» зуба;
 - 2) клетчаточные пространства около нижней челюсти;
 - 3) надкостница челюсти;
 - 4) подъязычная слюнная железа.
- 9. Абсцессы подглазничной области вскрывают разрезом:**
- 1) в проекции нижнего края орбиты;
 - 2) по носогубной складке;
 - 3) по линии смыкания зубов;
 - 4) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции моляров;
 - 5) по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта в проекции клыка и премоляров.
- 10. Оптимальным оперативным доступом при флегмоне подглазничной области является:**
- 1) разрез по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта;
 - 2) разрез по носогубной складке;
 - 3) разрез в проекции нижнего края орбиты;
 - 4) разрез в щечной области.

Ответы

1-в	2-а	3-д	4-г	5-в	6-3	7-6	8-2	9-4	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 8

- 1. Входными воротами при одонтогенных флегмонах подглазничной области обычно являются:**
- а) резцы и клыки
 - б) пермоляры нижней челюсти
 - в) моляры нижней челюсти
 - г) стенонов проток
 - д) рана кожи поднижнечелюстной области
- 2. Для одонтогенной флегмоны подглазничной области характерны:**
- а) воспалительная контрактура жевательных мышц
 - б) температура 38-39 С
 - в) свободное открывание рта
 - г) асимметрия лица за счёт отёка и инфильтрации тканей поднижнечелюстной области
 - д) диплопия
 - е) гнойные выделения из носа
- 3. Входными воротами при одонтогенных флегмонах подглазничной области являются:**
- а) раны кожи подбородочной области
 - б) верхние фронтальные зубы
 - в) нижние резцы и клыки
 - г) нижние зубы «мудрости»
 - д) нижние премоляры
- 4. Абсцессы и флегмоны подвисочного пространства могут возникнуть как осложнение таких анестезий , как**
- а) торусальная
 - б) туберальная
 - в) инфильтрационная
 - г) мандибулярная
 - д) инфраорбитальная
- 5. Типичными симптомами одонтогенной флегмоны парафарингеального пространства являются:**
- а) птоз
 - б) кашель

- в) боли при глотании
- г) плотный, болезненный инфильтрат по ходу крылочелюстной складки и углом нижней челюсти
- д) плотный болезненный инфильтрат в подъязычной области
- е) быстро нарастающая контрактура жевательных мышц

6. Основными симптомами абсцессов и флегмон парафарингиального пространства являются:

- а) контрактура жевательных мышц
- б) диплопия
- в) ксеростомия
- г) болезненное глотание
- д) отёк век

7. У больных с флегмонами орбиты для дезинтоксикационной терапии используют:

- а) витамины группы В
- б) гемодез
- в) антибиотики согласно чувствительности микрофлоры
- г) сульфаниламиды
- д) магнитотерапию

8. Опасность абсцессов подвисочной и крылонёбной ямок связана с:

- а) нарастающей контрактурой жевательных мышц
- б) затруднённым приёмом пищи
- в) распространением воспаления на вещество и оболочки головного мозга
- г) интоксикацией организма
- д) нарушением речи

9. Варианты разрезов при вскрытии флегмон височной области являются:

- а) разрез по верхнему своду преддверия полости рта
- б) разрез в проекции скуловой дуги
- в) разрез по линии прикрепления височной мышцы к одноимённой кости
- г) радиальные разрезы по ходу волокон височной мышцы
- д) разрез впереди козелка уха

10. При вскрытии флегмоны височной области контрапертура накладывается:

- а) по переходной складке преддверия полости рта в проекции моляров
- б) в проекции нижнего края орбиты
- в) по носогубной складке
- г) параллельно скуловой дуге
- д) параллельно нижнему краю нижней челюсти

Ответы:

1-а	2-г	3-б	4-б	5-в	6-г	7-б	8-в	9-в	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 9

1. Входными воротами при гнилостно-некротической флегмоне дна полости рта обычно являются:

- а) резцы и клыки
- б) пермоляры нижней челюсти
- в) моляры нижней челюсти
- г) стенонов проток
- д) рана кожи поднижнечелюстной области

2. Для гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта характерны:

- а) воспалительная контрактура жевательных мышц
- б) температура 39-40 С,
- в) свободное открывание рта
- г) асимметрия лица за счёт отёка и инфильтрации тканей поднижнечелюстной области
- д) диплопия
- е) гнойные выделения из носа

3. При одонтогенных флегмонах дна полости рта в первую очередь в

воспалительный процесс вовлекается клетчатка:

- а) позадичелюстной области
- б) жирового комка Биша
- в) верхнего этажа полости рта
- г) нижнего этажа полости рта

4. Ангина Людвига – это:

- а) абсцесс корня языка
- б) абсцесс крыловидно-челюстного пространства
- в) гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта
- г) абсцесс челюстно-язычного желобка
- д) глубокая флегмона шеи

5. Входными воротами при одонтогенных флегмонах дна полости рта являются:

- а) нижние зубы «мудрости»
- б) нижние моляры
- в) нижние премоляры
- г) нижние резцы и клыки
- д) любые зубы нижней челюсти

6. Вскрытие флегмоны дна полости рта осуществляется

- а) внутриротовым разрезом вдоль альвеолярного отростка нижней челюсти
- б) разрезом, окаймляющий угол нижней челюсти
- в) «воротничкообразный» разрез
- г) срединный разрез в подбородочной области
- д) разрезом вдоль нижнего края тела нижней челюсти

7. При вскрытии гнилостно-некротических флегмон челюстно-лицевой области необходимо:

- а) делать широкие разрезы, дающие доступ кислорода к тканям
- б) соблюдать косметические требования
- в) предпочитать внутриротовые доступы
- г) выполнять пунктирные разрезы
- д) сразу после вскрытия рану ушить

8. У больных с флегмонами дна полости рта для дезинтоксикационной терапии используют:

- а) витамины группы В
- б) гемодез
- в) антибиотики согласно чувствительности микрофлоры
- г) сульфаниламиды
- д) магнитотерапию

9. Быстро нарастающая воспалительная контрактура жевательных мышц характерна для:

- а) одонтогенных флегмон нижней челюсти
- б) абсцессов подвисочной ямки
- в) абсцессов крылонёбной ямки
- г) периоститов верхней челюсти
- д) нёбных абсцессов

10. Оптимальным оперативным доступом при флегмоне дна полости рта является:

- а) разрез по переходной складке верхнего свода преддверия полости рта
- б) разрез по носогубной складке
- в) разрез в проекции нижнего края орбиты
- г) воротниковый разрез

Ответы

1-б	2-б	3-г	4-в	5-а	6-в	7-а	8-б	9-а	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 10

1. Возникновению фурункула может предшествовать

- А) Загрязнение кожи лица
- Б) Повреждение кожи лица
- В) Выдавливание угрей

- Г) Заболевание кожи (экзема, сикоз)
 Д) Осложнение флегмоны околочелюстных тканей
- 2. При фурункуле первично фокус воспаления возникает**
 А) В волосяном фолликуле
 Б) В подкожной клетчатке
 В) В сальной железе
 Г) В лимфатических узлах
- 3. Общие методы лечения карбункула лица:**
 А) Антибиотикотерапия
 Б) Сульфаниламидные препараты
 В) Десенсибилизирующая терапия
 Г) Дезинтоксикационная терапия
 Д) Противоганг्रेгозная сыворотка
 Е) Все верно
- 4. Лечение фурункула и карбункула следует проводить в условиях**
 А) Поликлиники
 Б) Стационара
- 5. Рожистое воспаление – это инфекционное заболевание, характеризующееся острым серозным или серозно-гемморрагическим воспалением**
 А) Кожы
 Б) Подкожной клетчатки
 В) Слизистой оболочки
 Г) Подслизистого слоя
- 6. Воспаление при роже первично развивается в**
 А) Эпидермисе
 Б) Подкожной клетчатке
 В) Сосочковом слое дермы
 Г) Сетчатом слое дермы
- 7. При рожистом воспалении температура тела**
 А) Субфебрильная
 Б) Нормальная
 В) Высокая
- 8. Рожистое воспаление лица чаще всего поражает кожу**
 А) Верхней и нижней губ
 Б) Носа
 В) Щёк
 Г) Подбородка
- 9. Лечение рожистого воспаления лица проводят в**
 А) Стоматологическом стационаре
 Б) Инфекционном стационаре
 В) Поликлинике
- 10. При лечении рожистого воспаления следует назначить**
 А) Антибактериальную терапию
 Б) Противовоспалительную терапию
 В) Десенсибилизирующую терапию
 Г) Повязки с гипертоническим раствором
 Д) Новокаиновые блокады по Вишневскому

Ответы

1-в	2-а	3-е	4-б	5-а	6-а	7-а	8-а	9-б	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 11

- 1. Актиномицты, проникая в ткани, формируют воспалительный очаг**
 а) в хорошо васкуляризированных тканях
 б) в тканях с плохой васкуляризацией
- 2. Актиномикоз наиболее часто протекает как**
 а) хронический прогрессирующий воспалительный процесс с гиперергической реакцией

б) острый прогрессирующий и хронический гиперпластический процесс с гипергической реакцией

3. Для подтверждения диагноза актиномикоза следует провести

- а) цитологическое исследование нативного препарата гноя и окрашенного мазка на наличие друз актиномицета
- б) выделение патогенной культуры путём посева
- в) кожно-аллергическую реакцию с актинолизатом
- г) общий клинический анализ крови

4. Туберкулёз челюстных костей дифференцируют

- а) актиномикозом
- б) злокачественным новообразованием
- в) одонтогенной подкожной гранулёмой
- г) вторичным сифилисом
- д) хроническим гиперпластическим лимфаденитом

5. Местное лечение туберкулёза возможно начинать

- а) непосредственно после установления диагноза
- б) на фоне эффективной общей терапии
- в) после окончания общего курса лечения

6. Какие серологические реакции являются типоспецифическими для диагностики сифилиса?

- а) РИФ, РИБТ
- б) Вассермана
- в) Пирке

7. Как клинически проявляется в тканях полости рта третичный сифилис?

- а) твёрдый шанкр
- б) розеола, пустула
- в) гумма
- г) папула

8. Третичный сифилис дифференцируют

- а) актиномикоз
- б) амелобластома
- в) туберкулёз
- г) злокачественная опухоль

9. Актиномикоз следует дифференцировать:

- а) абсцессом, флегмоной, периоститом, лимфаденитом
- б) остеомиелитом
- в) саркомой
- г) туберкулёзом, сифилисом
- д) рожистым воспалением

10. Для специфической иммунотерапии актиномикоза проводятся курсы медикаментозной терапии

- а) антибиотиками
- б) сульфаниламидными препаратами
- в) антибиотиками и сульфаниламидами комбинированно
- г) все ответы неверны
- д) все ответы верны

Ответы

1-а	2-б	3-б	4-в	5-б	6-б	7-в	8-в	9-г	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 12

1. Наличие «причинного» зуба и одностороннее снижение пневматизации на рентгенограмме ВЧС свидетельствуют:

- А) об одностороннем гайморите
- Б) травматическом гайморите
- В) аллергическом гайморите
- Г) инфекционном гайморите

2. Одной из причин перехода острого одонтогенного гайморита в хронический является:

- А) неоправданное сохранение «причинного» зуба
- Б) длительное применение сосудосуживающих носовых капель
- В) пункция ВЧС

3. Тактика врача по отношению к «причинному» зубу при одонтогенном гайморите сводится:

- А) к консервативному лечению
- Б) к удалению
- В) к наблюдению
- Г) к назначению физиопроцедур

4. Показанием для пункций ВЧС является

- А) одонтогенный гнойный гайморит
- Б) одонтогенный серозный гайморит
- В) аллергический гайморит
- Г) хронический гиперпластический гайморит

5. Полипы ВЧС на слизистой оболочке нижней стенки характерны для:

- А) острого гнойного одонтогенного гайморита
- Б) хронического гнойного одонтогенного гайморита
- В) хронического риногенного гайморита
- Г) хронического одонтогенного полипозного гайморита

6. Осложнением острого гнойного одонтогенного гайморита является:

- А) флегмона орбиты
- Б) абсцесс поджевательного пространства
- В) глубокая флегмона шеи
- Г) острый лимфаденит подподбородочной области

7. Хронический одонтогенный гайморит следует дифференцировать с

- А) острым одонтогенным периоститом верхней челюсти
- Б) злокачественными новообразованиями верхней челюсти
- В) перикоронитом
- Г) дистопией верхнего третьего моляра

8. Показанием к радикальной гайморотомии по Колдуэля-Люку является:

- А) хронический полипозный одонтогенный гайморит
- Б) пансинусит
- В) альвеолит после удаления 16.26 зубов
- Г) невралгия 2-й ветви тройничного нерва

9. Показанием к радикальной гайморотомии с пластикой стомы является:

- А) хронический гнойный одонтогенный гайморит в стадии обострения
- Б) свищ гайморовой пазухи
- В) острый серозный одонтогенный гайморит

10. Для устранения стомы при острой перфорации дна ВЧС используется:

- А) тугая тампонада лунки удалённого зуба йодоформной турундой
- Б) ушивание лунки зуба по принципу «на себя»
- В) пластика методом перемещения встречных треугольников по Лимбергу
- Г) пластика трапециевидным слизисто-надкостничным лоскутом

Ответы

1-а	2-а	3-б	4-а	5-г	6-а	7-б	8-а	9-б	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 13

1. Ведущий элемент в лечении сепсиса:

- а) строгий постельный режим;
- б) тщательный сбор анамнеза;
- в) лечение сопутствующего заболевания;
- г) ликвидация первичного очага;
- д) выявление наследственного фактора.

2. Наиболее рациональный путь введения антибиотиков при сепсисе:

- а) пероральный;
- б) внутримышечный;
- в) внутривенный;

г) внутрикостный;

д) эндолимфатический.

3. антибактериальный препарат, показанный При стафилококковом сепсисе:

а) «природные» пенициллины;

б) цефалоспорины и полусинтетические пенициллины;

в) нитрофураны и макролиды;

г) полусинтетические пенициллины;

д) макролиды.

4. Одним из важнейших компонентов лечения при сепсисе является:

массаж

антибиотикотерапия

лечебная физкультура

физиотерапевтические процедуры

витаминотерапия

5. наиболее частый возбудитель сепсиса:

а) фузобактерии;

б) стафилококк;

в) пневмококк;

г) гонококк;

д) протей.

6. возбудитель сепсиса, чаще других дающий метастазы:

а) стрептококк;

б) стафилококк;

в) пневмококк;

г) гонококк;

д) протей.

7. Критерии септикопиемии

а) бактериемия;

б) гнойно-резорбтивная лихорадка;

в) токсемия;

г) наличие метастатических гнойников.

8. Признак, на основании которого выставляется диагноз: «криптогенный сепсис»:

а) особо тяжелое течение сепсиса;

б) наличие септического шока;

в) толерантность к антибиотикам;

г) входные ворота инфекционного агента не установлены;

д) наличие менингеального синдрома на фоне сепсиса.

9. Постоянный симптом сепсиса

а) наличие гнойных метастазов;

б) высокая температура с ознобом;

в) бактериемия;

г) желтушность кожи и склер;

д) олигурия.

10. Среда, бактериологическое исследование которой определяет рациональную антибактериальную терапию при сепсисе:

а) содержимое первичного очага;

б) кровь;

в) моча;

г) гной из метастатических гнойников;

д) мокрота.

Ответы

1-г	2-в	3-б	4-2	5-б	6-б	7-г	8-г	9-б	10-б
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 14

1. В патогенезе тромбоза лицевого синуса имеет значение:

а) снижение реактивности организма после простудных и вирусных заболеваний

б) длительный прием антибактериальных препаратов

в) длительный прием гормональных препаратов

2. В патогенезе тромбоза лицевого синуса имеет значение:

а) механическое повреждение гнойничков кожи

б) механическое повреждение лицевой вены

в) механическое повреждение угловой вены

3. В анастомозах вен лица с пазухами твердой мозговой оболочки клапаны:

а) отсутствуют

б) почти отсутствуют

в) количество их как в большинстве анастомозов

4. В обычных условиях часть крови отводится из вен глазницы по угловой вене в:

а) лицевую вену

б) щечную вену

в) зачелюстную вену

5. Тромбоз лицевого синуса характеризуется:

а) появлением по ходу угловой или лицевой вены болезненных «тяжей» инфильтрированной ткани, гиперемией кожи с синюшным оттенком, распространением отека далеко за пределы инфильтрата

б) гиперемией кожи с синюшным оттенком

в) распространением отека далеко за пределы инфильтрата

6. При тромбозе лицевого синуса время свертывания крови:

а) увеличивается

б) укорачивается

в) не меняется

7. При тромбозе лицевого синуса фибриноген в крови:

а) определяется

б) не определяется

8. При тромбозе лицевого синуса для предупреждения тромбоза пещеристого синуса некоторые авторы предлагают:

а) пересечь угловую или лицевую вены

б) перевязывать угловую или лицевую вены

в) перевязывать угловую и пересечь лицевую вены

9. К местным проявлениям тромбоза пещеристого синуса относятся все кроме:

а) отек и гиперемия кожи век и лба

б) инфильтрация мягких тканей орбиты, экзофтальм, хемоз конъюнктивы

в) офтальмоплегия, расширение зрачка, гиперемия глазного дна

г) изменение цвета радужки глаза

10. Тромбоз пещеристого синуса у детей следует дифференцировать:

а) с реактивными отеками глазницы

б) с периоститами глазницы

в) с субпериостальным абсцессом

г) верно все выше перечисленное

Ответы

1-а	2-а	3-б	4-а	5-а	6-б	7-а	8-б	9-г	10-г
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

9 семестр

Тема 15

1. Возбудителем эпидемического паротита является:

1) диплококк;

2) стрептококк;

3) стафилококк;

4) фузобактерия;

5) фильтрующий вирус.

2. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют:

1) дети;

2) взрослые;

3) подростки;

4) пожилые люди.

3. При эпидемическом паротите поражается:

- 1) строма;
- 2) паренхима;
- 3) вартонов проток;
- 4) стенонов проток;
- 5) протоки II и III порядков.

4. Форма течения эпидемического паротита, сопровождающаяся повышением температуры до 37,5 °С:

- 1) легкая;
- 2) тяжелая;
- 3) средней тяжести.

5. Лечение эпидемического паротита заключается в:

- 1) лучевой терапии;
- 2) симптоматической терапии;
- 3) бужировании протоков;
- 4) контрастной сиалографии.

6. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется:

- 1) синдромом Олбрайта;
- 2) незначительным уплотнением железы;
- 3) болью, увеличением железы, гипосаливацией;
- 4) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией.

7. Стимулирует слюноотделение:

- 1) атропин ;
- 2) пилокарпин;
- 3) хлоргексидин;
- 4) хлористый калий;
- 5) хлористый кальций.

8. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани:

- 1) атропин;
- 2) пилокарпин;
- 3) хлоргексидин;
- 4) йодистый калий;
- 5) хлорид калия.

9. Местными осложнениями эпидемического паротита являются:

- 1) проктит;
- 2) менингит;
- 3) невралгия;
- 4) образование конкрементов;
- 5) гнойное расплавление железы.

10. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется:

- 1) расплавлением стромы;
- 2) тотальным отёком паренхимы;
- 3) образованием мелких кистозных полостей;
- 4) разрастанием межуточной соединительной ткани.

Ответы

1-5	2-1	3-1	4-3	5-2	6-3	7-2	8-4	9-5	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 16

1. При сиалодохитах поражается:

- 1) строма железы;
- 2) паренхима железы;
- 3) система выводных протоков;
- 4) внутрижелезистые лимфоузлы.

2. Основным клиническим признаком калькулёзного сиалоаденита является:

- 1) боль в железе;
- 2) гипосаливация;
- 3) гиперсаливация;

- 4) воспаление устья протока;
5) увеличение железы во время приёма пищи.
- 3. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется:**
- 1) расширением главного протока;
 - 2) сужением протоков всех порядков;
 - 3) множественными полостями в железе;
 - 4) ампульным расширением протоков II-IV порядков.
- 4. Оперативное вмешательство при хронических сиалоаденитах проводится:**
- 1) при сильных болях;
 - 2) при абсцедировании;
 - 3) при множественных полостях в железе;
 - 4) при наличии гнойного отделения из протоков.
- 5. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желёз относится:**
- 1) болезнь Шегрена;
 - 2) болезнь Микулича;
 - 3) эпидемический паротит
 - 4) интерстициальный сиалоаденит.
- 6. Наиболее часто встречается сиалометриаз:**
- 1) околоушной;
 - 2) подъязычной;
 - 3) малых слюнных желёз;
 - 4) поднижнечелюстной слюнной железы.
- 7. Для диагностики конкремента в вартоновом протоке выполняют Рё-графию:**
- 1) ортопантограмму;
 - 2) тела нижней челюсти;
 - 3) внутриротовую дна полости рта;
 - 4) поднижнечелюстной слюнной железы.
- 8. Основным методом лечения слюнно-каменной болезни является:**
- 1) физиотерапия;
 - 2) химиотерапия;
 - 3) гормонотерапия;
 - 4) аутогемотерапия;
 - 5) хирургическое вмешательство.
- 9. Основным методом хирургического лечения слюнно-каменной болезни околоушной слюнной железы является:**
- 1) экстирпация железы;
 - 2) удаления конкремента;
 - 3) пластика выводного протока;
 - 4) рассечение вартонова протока.
- 10. Для профилактики проталкивания конкремента во внутрижелезистые протоки при удалении его из вартонова протока необходимо выполнить:**
- 1) бужирование вартонова протока;
 - 2) заполнение контрастным веществом;
 - 3) прошивание протока дистальнее камня;
 - 4) прошивание протока медиальнее камня.

Ответы

1-3	2-5	3-2	4-2	5-4	6-4	7-3	8-5	9-2	10-3
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 17

1.Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

- 1) артрит ВНЧС;
- 2) нижняя макрогнатия;
- 3) нижняя микрогнатия;
- 4) глубокое резцовое покрытие;
- 5) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС.

2. Ведущий симптом при вывихе нижней челюсти:

- 1) слезотечение;

- 2) снижение высоты прикуса;
 - 3) невозможность смыкания зубов;
 - 4) затруднение дыхания.
- 3. Обезболивание при вправлении вывиха нижней челюсти:**
- 1) наркоз;
 - 2) местное;
 - 3) нейролептаналгезия;
 - 4) стволовая анестезия.
- 4. При вправлении вывиха н/ч давление на подбородок осуществляется в направлении:**
- 1) вбок;
 - 2) вверх;
 - 3) вниз;
 - 4) снизу вверх и кзади.
- 5. Причиной остро́го неспецифического артрита ВНЧС является:**
- 1) актиномикоз;
 - 2) острая травма;
 - 3) околоушный гипергидроз;
 - 4) хроническая травма ВНЧС при нарушении окклюзии.
- 6. Причиной остро́го неспецифического артрита ВНЧС является:**
- 1) актиномикоз;
 - 2) ревматическая атака;
 - 3) околоушный гипергидроз;
 - 4) привычный вывих ВНЧС.
- 7. Причиной специфического артрита ВНЧС является:**
- 1) актиномикоз;
 - 2) ревматическая атака;
 - 3) перелом шейки мышечкового отростка;
 - 4) эпидемический паротит.
- 8. Причиной специфического артрита ВНЧС является:**
- 1) сифилис;
 - 2) ревматическая атака;
 - 3) околоушный гипергидроз;
 - 4) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии.
- 9. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:**
- 1) острым отитом;
 - 2) острым гайморитом;
 - 3) околоушным гипергидрозом;
 - 4) переломом в/ч;
 - 5) флегмоной подглазничной области.
- 10. Острый артрит ВНЧС необходимо дифференцировать с:**
- 1) острым верхнечелюстным синуситом;
 - 2) переломом в/ч;
 - 3) небным абсцессом;
 - 4) флегмоной поднижнечелюстной области;
 - 5) флегмоной околоушно-жевательной области.

Ответы

1-5	2-3	3-2	4-4	5-2	6-2	7-1	8-1	9-1	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 18

- 1. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:**
- 1) артрит ВНЧС;
 - 2) опухоль;
 - 3) мастоидит;
 - 4) периостит в/ч.
- 2. Ведущими симптомами анкилоза ВНЧС являются:**
- 1) шум в ушах;
 - 2) нарушение глотания;

- 3) множественный кариес;
4) резкое ограничение подвижности н/ч.
- 3. Основной причиной развития анкилоза ВНЧС является:**
- 1) нарушение окклюзии;
 - 2) мастоидит;
 - 3) невралгия III ветви тройничного нерва;
 - 4) глоссалгия;
 - 5) перелом мышечкового отростка н/ч в детском возрасте.
- 4. Форма анкилоза ВНЧС:**
- 1) гнойный;
 - 2) фиброзный;
 - 3) гипертрофический;
 - 4) катаральный;
 - 5) атрофический.
- 5. Ведущим симптомом клиники двустороннего костного анкилоза ВНЧС является:**
- 1) шум в ушах;
 - 2) нарушение глотания;
 - 3) множественный кариес;
 - 4) болевой синдром;
 - 5) полное отсутствие движений в ВНЧС.
- 6. Внешний вид больного с двусторонним костным анкилозом ВНЧС характеризуется:**
- 1) нижней макрогнатией;
 - 2) верхней микрогнатией;
 - 3) верхней ретрогнатией;
 - 4) профилем «птичьего» лица;
 - 5) сужением лица.
- 7. Рентгенологическая картина костного анкилоза ВНЧС характеризуется:**
- 1) прерывистой суставной щелью;
 - 2) сплошным костным конгломератом;
 - 3) четко контурирующимися элементами суставных структур;
 - 4) равномерным расширением суставной щели.
- 8. Лечение фиброзного анкилоза ВНЧС заключается в:**
- 1) редрессации;
 - 2) физиотерапии;
 - 3) артропластике;
 - 4) создание ложного сустава;
 - 5) остеотомии в/ч
- 9. Лечение костного анкилоза ВНЧС заключается:**
- 1) редрессации;
 - 2) физиотерапии;
 - 3) артропластике;
 - 4) антибиотикотерапии;
 - 5) механотерапии.
- 10. Основным хирургическим методом лечения контрактур н/ч является:**
- 1) иссечение рубцов;
 - 2) рассечение рубцов;
 - 3) остеотомия ветви н/ч;
 - 4) рассечение и иссечение рубцов с последующей пластикой операционных дефектов.

Ответы

1-1	2-4	3-5	4-2	5-5	6-4	7-2	8-1	9-3	10-4
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

Тема 19

1. Симптомом неврита тройничного нерва является:

- 1) диплопия;
- 2) пароксизмальные кратковременные боли;

- 3) постоянные ноющие боли, периодически усиливающиеся;
4) ксеростомия.
- 2. Боли при невралгии I ветви тройничного нерва распространяются:**
- 1) на нижнюю 1/3 лица;
 - 2) на среднюю 1/3 лица;
 - 3) по всему лицу;
 - 4) в верхней 1/3 лица;
 - 5) в затылочной области.
- 3. Боли при невралгии III ветви тройничного нерва распространяются:**
- 1) в нижней 1/3 лица;
 - 2) в средней 1/3 лица;
 - 3) по всему лицу;
 - 4) в затылочной области;
 - 5) в верхней 1/3 лица.
- 4. Основным методом лечения неврита является:**
- 1) физиотерапия;
 - 2) химиотерапия;
 - 3) хирургический;
 - 4) алкоголизация;
 - 5) лучевая терапия.
- 5. Клиническая картина неврита характеризуется:**
- 1) приступообразными иррадирующими болями, преимущественно ночью;
 - 2) постоянной, варьирующей по интенсивности, ноющей болью;
 - 3) продолжительными, иррадирующими в ухо, болями и хрустом в области ВНЧС;
 - 4) тупыми длительными болями, сопровождающимися выделениями из носа;
- 6. Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают с:**
- 1) невротомии;
 - 2) трактомии;
 - 3) введения спирта;
 - 4) блокад анестетиком.
- 7. Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять:**
- 1) с целью дифференциальной диагностики;
 - 2) до лечения противосудорожными препаратами;
 - 3) после безуспешной консервативной терапии;
 - 4) наряду с блокадами анестетиками.
- 8. I-я ветвь тройничного нерва выходит из полости черепа через отверстие:**
- 1) остистого;
 - 2) овального;
 - 3) затылочного;
 - 4) подбородочного;
 - 5) верхней глазничной щели.
- 9. III-я ветвь тройничного нерва выходит из полости черепа через отверстие:**
- 1) нижнечелюстное;
 - 2) овальное;
 - 3) круглое;
 - 4) подбородочное.
- 10. Место выхода на коже чувствительных волокон II-й ветви тройничного нерва определяется в области:**
- 1) резцового канала;
 - 2) большого небного отверстия;
 - 3) надглазничной вырезки;
 - 4) подбородочного отверстия;
 - 5) подглазничного отверстия.

Ответы

1-3	2-4	3-1	4-1	5-2	6-4	7-3	8-5	9-2	10-5
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

1. Характерный симптом при невралгии тройничного нерва:

- 1) тахикардия;
- 2) хруст в области ВНЧС;
- 3) ограниченное открывание рта;
- 4) болезненная пальпация в точках Валле.

2. Оперативный метод лечения невралгии тройничного нерва:

- 1) остеотомия;
- 2) невротомия;
- 3) экзартикуляция;
- 4) гайморотомия.

3. Парез краевой ветви лицевого нерва возникает:

- 1) атипичном удалении нижних зубов «мудрости»;
- 2) вскрытии поднадкостничного абсцесса;
- 3) вскрытии флегмоны поднижнечелюстной области разрезом в проекции нижнего края н/ч;
- 4) удалении слюнного камня из вартонова протока.

4. Парез лицевого нерва может быть:

- 1) при гайморите;
- 2) при остеомиелите верхней челюсти;
- 3) центрального происхождения;
- 4) при обострении хронического периодонтита нижних моляров.

5. Парез лицевого нерва может быть осложнением:

- 1) перелома альвеолярного отростка в/ч;
- 2) гнойного мастоидита;
- 3) вколоченного вывиха зуба;
- 4) сотрясения головного мозга.

6. Для профилактики послеоперационного пареза лицевого нерва необходимо учитывать:

- 1) топографию ветвей лицевого нерва;
- 2) топографию ветвей тройничного нерва;
- 3) степень открывания рта;
- 4) наличие сопутствующего хронического гайморита.

7. Хирургическим методом лечения паралича лицевого нерва является:

- 1) невротомия;
- 2) неврэкзез;
- 3) гидротермическая деструкция Гассерова узла;
- 4) динамическое подвешивание.

8. Парез лицевого нерва является одним из ведущих симптомов:

- 1) злокачественной опухоли околоушной слюнной железы;
- 2) ранулы;
- 3) эпулиса;
- 4) хронического паренхиматозного сиалоаденита поднижнечелюстной области;
- 5) болевой дисфункции ВНЧС.

9. Парез лицевого нерва может быть осложнением:

- 1) хронического фарингита;
- 2) хронического остеомиелита челюсти;
- 3) гриппа;
- 4) врожденной боковой кисты шеи.

10. Парез краевой ветви лицевого нерва характеризуется:

- 1) опущением угла рта;
- 2) несмыканием век на стороне поражения;
- 3) иррадиирущими приступообразными болями;
- 4) сглаженностью носогубной складки;
- 5) болезненностью переходной складки.

Ответы

1-4	2-2	3-3	4-3	5-2	6-2	7-4	8-1	9-3	10-1
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

2.2. Перечень тематик докладов/ устных реферативных сообщений для текущего контроля успеваемости (по выбору преподавателя и/или обучающегося)

1. Острый одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Современная антибактериальная терапия.
2. Хронический одонтогенный остеомиелит. Этиология. Патогенез. Клинико-рентгенологические формы. Особенности лечения. Профилактика. Реабилитация.
3. Вторичный деформирующий остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Причины. Клиника. Методы обследования.
4. Планирование комплексного лечения и реабилитации детей с вторичным деформирующим артрозом
5. Юношеская дисфункция височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6. Теории развития остеомиелита, роль микрофлоры, иммунологического статуса и анатомических особенностей челюстей. Современные представления о патогенезе остеомиелита челюстей.
7. Роль и изменение иммунологической реактивности организма при гнойно-воспалительных процессах челюстно-лицевой области.
8. Роль антибиотикотерапии, дезинтоксикации, использования медикаментозных средств, иммунотерапии, физических методов лечения как способов решения задачи патогенетической терапии больных с одонтогенным абсцессом, флегмоной.
9. Обезболивание при оперативных вмешательствах по поводу абсцессов и флегмон челюстно-лицевой локализации.
10. Этиотропное и патогенетическое лечение гнилостно-некротических процессов (дезинтоксикационная терапия, применение антикоагулянтов, оксигенация).
11. Рациональная антибактериальная терапия при гнилостно-некротических процессах.

Темы докладов/устных реферативных сообщений могут быть предложены преподавателем из вышеперечисленного списка, а также обучающимся в порядке личной инициативы по согласованию с преподавателем

2.3. Перечень ситуационных задач для текущего контроля успеваемости

Тема 1

Ситуационная задача 1

Пациентка К., 27 лет, жалобы: на сильную пульсирующую боль в зубах верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита.

Анамнез: две недели назад появилась боль в 13 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,4°C.

При осмотре: выраженный отек тканей подглазничной, щечной областей, верхней губы и нижнего века справа. Носогубная складка сглажена. В переднем отделе поднижнечелюстного треугольника справа пальпируется увеличенный и болезненный лимфатический узел. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта и твердого неба справа в переднем и среднем отделах отечна, гиперемирована. При пальпации в этой области, а также по передней поверхности верхней челюсти определяется плотный и болезненный инфильтрат. 1.3 зуб запломбирован, 1.1, 1.2, 1.4 и 1.5 зубы интактные, имеют подвижность I и II ст., перкуссия их болезненна. У 1.3 зуба подвижность II ст., перкуссия болезненна.

На рентгенограмме определяется деструкция кости с нечеткими контурами у верхушки корня 13 зуба. Изменений в костной ткани соответственно 1.1, 1.2, 1.4, 1.5 зубам нет.

Вопросы

1. Поставьте диагноз заболевания.
2. За счет чего возникли воспалительные изменения в мягких тканях с двух сторон челюсти?
3. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику.

4. Составьте план лечения.

Ответы

1. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа. Обострение хронического гранулирующего периодонтита 13 зуба.

2. При гнойно- некротическом процессе в кости происходит гнойная инфильтрация надкостницы с двух сторон.

3. Острый или обострившийся хронический периодонтит 13 зуба, острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 13. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

4. сделать периостотомию соответственно инфильтрату альвеолярному отростку верхней челюсти с двух сторон, дренировать раны. Удалить 13 зуб

Ситуационная задача 2

Ребенок Ц. 3,5 года. Жалобы на боли в области верхней челюсти справа, наличие припухлости щечной и подглазничной областей, которые появились утром предыдущего до обращения в клинику дня. К вечеру са

мочувствие ребенка ухудшилось, девочка жаловалась на головную боль, озноб. Температура тела повысилась до 38,5 градусов, припухлость щечной и подглазничной областей увеличилась в размере.

При осмотре определяется припухлость щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью напряжена, несколько гиперемирована, в складку не собирается.

В полости рта - коронка зуба 5.4 разрушена, зуб ранее лечен, подвижен. Перкуссия зуба болезненна. Соседние зубы 5.3 и зуб 5.5 интактны, однако подвижны.

С вестибулярной стороны соответственно зубу 5.4 и зубу 5.5 слизистая оболочка отечна, гиперемирована, отек и гиперемия слизистой оболочки определяются также с небной стороны соответственно зубам 5.4 и 5.5.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения, диспансеризации и реабилитации ребенка.
5. Укажите место лечения. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.
6. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ.

1. К10.2 Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа.

2. В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать лейкоцитоз, появление молодых форм нейтрофильных лейкоцитов (палочкоядерные, юные, миелоциты), эозино- и лимфопению. СОЭ повышена. В моче могут появиться следы белка, цилиндры, эритроциты. В сыворотке крови появляется в значительном количестве С-реактивный белок, соотношение альбуминов и глобулинов изменяется в сторону преобладания глобулинов.

3. Дифференциальную диагностику надо провести с острым гнойным периоститом.

4. План лечения:

- хирургическое лечение в полном объеме (вскрытие гнойно-воспалительных очагов, удаление причинного зуба);
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- дезинтоксикационная терапия;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющая терапия;
- физиотерапия.

5. Лечение проводится только в стационаре. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается

медицинским работником одному из членов семьи (родителю, опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход ребенком в возрасте до 7 лет: за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.

6. Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

Тема2

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент 3. 37 лет.

1.2. Жалобы на

- наличие умеренно болезненной припухлости в щёчной области слева;
- общую слабость;
- повышение температуры тела до 37.5°C.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента, заболевание началось около полутора месяцев назад, когда появилась ограниченная округлая припухлость в щёчной области слева. Активно не беспокоит.
- Периодически отмечает рост припухлости и появление болезненности и гиперемии данной области, повышение температуры тела до субфебрильных значений.

1.4. Анамнез жизни

- Частые простудные заболевания, хронический бронхит.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Конфигурация лица изменена за счёт ограниченного инфильтрата щёчной области слева, округлой формы, размером 2×2 см, спаянного с подлежащими тканями.

Кожный покров над ним синюшного цвета, отёчный, умеренно болезненный при пальпации.

Регионарные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации.

Открытие рта в полном объёме, безболезненное, глотание не затруднено.

Со стороны полости рта: гигиена неудовлетворительная.

Слизистая оболочка рта бледно-розового цвета с участками гиперемии, умеренно увлажнена прозрачной слюной.

Частичная вторичная адентия, 3.6 зуб разрушен. Пальпаторно в проекции 3.6 зуба со стороны преддверия полости рта определяется тяж, идущий к инфильтрату щеки.

Зубная формула:

0	0	C	R			C	C	C	C		C	R	0		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
R	0	R									C		R	0	0

Вопрос №1 Основным методом обследования для постановки диагноза является:

- 1: микробиологическое исследование
- 2: электромиографическое исследование
- 3: электрокардиография
- 4: гнатодинамометрия

3. Результаты метода обследования

3.1. Микробиологическое исследование

Выявлено наличие друз и элементов лучистого гриба.

3.2. Электромиографическое исследование

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Гнатодинамометрия

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является:

- 1: шейно-лицевой актиномикоз
- 2: флегмона и абсцесс области рта
- 3: воспалительные заболевания челюстей
- 4: доброкачественное новообразование жировой ткани кожи и подкожной клетчатки головы, лица и шеи

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с:

- 1: флегмоной
- 2: лейкоплакией
- 3: хейлитом
- 4: гингивитом

Вопрос №4 Инфекция в данном клиническом случае распространяется путём:

- 1: контактным
- 2: ксеногенным
- 3: гематогенным
- 4: аутоиммунным

Вопрос №5 К характерному признаку актиномикоза относят:

- 1: вялое длительное течение
- 2: ограниченное воспаление
- 3: острое начало заболевания
- 4: локализацию процесса

Вопрос №6 Развитию актиномикоза областей лица и шеи способствует:

- 1: смешанная микрофлора
- 2: обильное кровоснабжение
- 3: структура кости
- 4: окружающая среда

Вопрос №7 Пальпация слизистой рта при актиномикозе позволяет определить:

- 1: причинный зуб
- 2: размер очага деструкции костной ткани
- 3: выводной проток околоушной слюнной железы
- 4: фуркационный дефект

Вопрос №8 Наиболее подвержены развитию актиномикоза люди с:

- 1: иммунодефицитом
- 2: кариесом и его осложнениями
- 3: заболеваниями пародонта
- 4: приобретёнными деформациями лица

Вопрос №9 Наиболее грозным осложнением актиномикоза области лица и шеи является:

- 1: метастазирование
- 2: лимфаденит
- 3: нагноение гранулёматозного очага
- 4: малигнизация

Вопрос №10 Иммуномодулирующим препаратом, обладающим специфическими свойствами в отношении возбудителя актиномикоза, является:

- 1: актинолизат
- 2: милайф
- 3: тималин
- 4: интерферон

Вопрос №11 Прогноз при актиномикозе области лица и шеи:

- 1: благоприятный
- 2: неблагоприятный
- 3: относительно благоприятный
- 4: зависит от характера повреждения

Вопрос №12 Актиномикоз является:

- 1: специфическим воспалительным заболеванием

- 2: пороком развития
 3: опухолеподобным процессом
 4: неспецифическим воспалительным заболеванием

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

Больной предъявляет на боли и припухлость в подглазничной области слева, которые появились два дня назад, повышение температуры тела до 37,8 градусов.

Из анамнеза выяснено, что неделю назад ребенка укусило насекомое. При осмотре - в подглазничной области слева имеется ограниченная припухлость размером 1,2 x 0,8 см, кожа над припухлостью гиперемирована, при пальпации припухлость резко болезненная, плотная, с очагом размягчения в центре. В центре припухлости определяется след от укуса насекомого.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения, диспансеризации и реабилитации ребенка.
5. Укажите место лечения. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.
6. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответ.

1. K12.2 Абсцесс подглазничной области слева.
2. В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышенное СОЭ.
3. Дифференциальную диагностику надо провести с флегмоной подглазничной области слева.

При флегмоне подглазничной области общее состояние ребенка тяжелое, температура тела повышается до более высоких цифр, местно определяется плотный болезненный инфильтрат без четких границ.

4. Лечение:
 - хирургическая помощь (вскрытие абсцесса);
 - антибактериальная терапия;
 - противовоспалительная терапия;
 - общеукрепляющее лечение;
 - физиотерапия.
5. Лечение проводится только в стационаре. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (родителю, опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход ребенком в возрасте до 7 лет: за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях или совместного пребывания с ребенком в медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в стационарных условиях.
6. Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

Ситуационная задача 3

В хирургический стационар обратились родители ребенка 8 лет, по направлению из стоматологической поликлиники. Из анамнеза: неделю назад заболел 63 зуб, ранее леченный по осложненному кариесу. В поликлинику не обращались, лечились самостоятельно: анальгин, сухое тепло на место болей. Через 2 дня появился отек слизистой оболочки в области причинного зуба. Боли усилились, несколько дней назад отек увеличился и распространился на мягкие ткани щеки. Температура тела поднялась до 38,0С.

Объективно: отек подглазничной и медиального отдела левой щечной области, верхней губы, переходящий на нижнее веко. Носогубная складка сглажена, крыло носа приподнято. Кожа обычного цвета, пальпация участка, особенно бимануальная, вызывает боль. Открывание рта свободное, переходная складка верхнего преддверия сглажена, слизистая оболочка щеки и переходной складки гиперемирована и отечна, 63 зуб запломбирован, перкуссия его болезненная.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Проведите дифференциальную диагностику патологии.
4. Назначьте лечение. Составьте план диспансеризации и реабилитации ребенка.
5. Перечислите возможные осложнения

Ответ.

1. К12.2 Абсцесс левой клыковой ямки.
2. Развернутый анализ крови – будем наблюдать увеличенное СОЭ, увеличение числа лейкоцитов, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. При пункции получим гной.
3. Диагностировать необходимо с острым гнойным периоститом левой верхней челюсти от 63, одонтогенным остеомиелитом левой верхней челюсти от 63, флегмоной подглазничной области.
4. Хирургическое лечение абсцесса клыковой ямки состоит в разрезе тканей, проведенному выше переходной складки верхнего преддверия и параллельно ей. Далее, придерживаясь кости, проникают в клыковую ямку, где локализуется очаг воспаления, и дренируют его резиновым выпускником. Режим больничный, стол 15, анальгин, димедрол, гентамицин, дезинтоксикационная терапия, физиолечение, ежедневные перевязки.
5. Распространение гнойного инфильтрата в подглазничное, щечное пространства; сепсис; бактериоимия; ДВС синдром; септический шок; повреждение сосудов и нервов при оперативном вмешательстве – кровотечение, невриты, невралгии, парестезии; келоидные рубцы; рецидив

Тема 3

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент Ю. 28 лет.

1.2. Жалобы на

- наличие резко болезненной припухлости в области подбородка;
- общую слабость.

1.3. Анамнез заболевания

- Считает себя больным в течение последних 2 дней, когда при бритье травмировал гнойник на коже.
- Самостоятельно не лечился.
- Обратился в поликлинику по месту жительства, был направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.4. Анамнез жизни

Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Больной малоактивен, температура тела 37,7°C.

В подбородочной области определяется резко гиперемированный и болезненный инфильтрат размером 1,0×1,5 см. В центре инфильтрата – гнойная пустула размером 0,1×0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отёчны.

Регионарные лимфатические узлы болезненны, увеличены, подвижны.

Зубная формула:

0		П,С	С										П,С		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0		Pt									П				0

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

- 1: ортопантомограмма
- 2: реография
- 3: электрокардиография
- 4: биопсия

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомограмма

Фронтальная группа зубов нижней челюсти интактна.

3.2. Реография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Биопсия

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является _____ подбородочной области:

- 1: абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица
- 2: воспалительные заболевания челюстей
- 3: флегмона и абсцесс области рта
- 4: острый лимфаденит лица, головы и шеи

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с:

- 1: сибирской язвой
- 2: липомой
- 3: атеромой
- 4: псориазом

Вопрос №4 Обязательным исследованием при фурункуле является:

- 1: бактериологическое исследование
- 2: расширенная биопсия
- 3: цитологическое исследование
- 4: рентгенография грудной клетки

Вопрос №5 Входными воротами инфекции являются:

- 1: протоки слюнных желёз
- 2: зубы нижней челюсти
- 3: протоки больших слюнных желёз
- 4: протоки малых слюнных желёз

Вопрос №6 Причиной развития данного заболевания является:

- 1: инфекционный процесс
- 2: аллергический процесс
- 3: аутоиммунный процесс
- 4: отягощённая наследственность

Вопрос №7 Осложнением фурункула челюстно-лицевой области является:

- 1: тромбофлебит
- 2: деформация
- 3: периостит
- 4: сиалоаденит

Вопрос №8 В центральной части воспалительного очага формируется участок:

- 1: некроза
- 2: роста
- 3: аллергической реакции
- 4: заместительной ткани

Вопрос №9 Пациенту необходимо провести лечение в:

- 1: стационаре
- 2: поликлинике

3: санатории

4: домашних условиях

Вопрос №10 Разрез при вскрытии фурункула данной локализации проводят:

1: через всю толщу поражённых тканей

2: по верхнему краю инфильтрата

3: по нижнему краю инфильтрата

4: вдоль нижней челюсти, отступив от края 2 см

Вопрос №11 Местное лечение фурункула заключается в наложении повязок с раствором:

1: гипертоническим

2: гипотоническим

3: перекиси водорода

4: фурацилина

Вопрос №12 Наиболее часто в качестве возбудителя карбункулов и фурункулов челюстно-лицевой области является:

1: *Staphylococcus aureus*

2: *Helicobacter pylori*

3: *Treponema pallidum*

4: *Candida albicans*

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 4

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В стоматологический кабинет многопрофильной поликлиники обратился пациент С. 24 лет.

1.2. Жалобы

на

- резкие боли при глотании справа, вследствие которых почти невозможен приём пищи;
- болезненное и резко ограниченное открывание рта;
- боли в области последнего зуба справа, усиливающиеся при дотрагивании языком;
- повышение температуры до 38,3°C.

1.3. Анамнез заболевания

- Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли позади 4.7 зуба, усиливающиеся при жевании.
- Пациент полоскал рот раствором соды, однако воспалительные явления нарастали – появилось прогрессирующее затруднение открывания рта, боли при глотании.
- Вчера обратился к врачу-терапевту участковому, который назначил полоскания горла раствором гексорала, эргоферон и амоксилав в таблетках внутрь.
- Ночью самочувствие резко ухудшилось: повысилась температура, боли при глотании достигли такой интенсивности, что стало трудно даже глотать слюну.
- Повторно обратился к терапевту, который направил больного на консультацию к врачу-оториноларингологу, с предположительным диагнозом «ангина».
- Врач-оториноларинголог не нашёл клинических данных на ангину, направил на консультацию к врачу-челюстно-лицевому хирургу.

1.4. Анамнез жизни

- Развитие без особенностей.
- Эпидемиологический анамнез не отягощён.
- Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Температура тела 38,1°C, частота сердечных сокращений – 92/мин., артериальное давление – 130/80 мм рт.ст., частота дыхательных движений – 18/мин. Конфигурация лица изменена за счёт умеренно выраженного отёка позадичелюстной области справа.

Пальпация болезненна. Кожа в складку собирается. Гиперемии, флюктуации нет.

Пальпируются увеличенные, болезненные, подвижные лимфатические узлы поднижнечелюстной области справа. Поверхность их гладкая. Остальные группы лимфатических узлов не увеличены. Инфильтративных изменений при внешнем обследовании лица не выявлено.

Открытие рта ограничено до 0,5 см, резко болезненно. Позади 4.7 зуба слизистая оболочка гиперемирована, пальпация болезненна.

Из-под слизистой при надавливании выделяется капля гноя. Переходные складки свободные, без инфильтративных изменений.

На жевательной поверхности 4.7 зуба имеется пломба. Перкуссия зуба безболезненна. Палец с трудом проходит между зубными рядами, для его введения в собственно полость рта требуется насильственное разведение челюстей, что сопровождается сильной болезненностью.

Подъязычная область без инфильтративных изменений. Крыловидно-нижнечелюстная складка и нёбно-язычная дужка отёчны, пальпация болезненна. По крыловидно-нижнечелюстной складке определяется инфильтрат.

Движения языка свободные, в полном объёме.

Зубная формула:

						П			П						0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	П														0

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является:

1. ортопантограмма
2. рентгенография 4.7 зуба
3. электроодонтодиагностика 4.7 зуба
4. цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантограмма



Ретенция, дистопия 4.8 зуба. Отсутствие деструктивных изменений костной ткани челюстей.

3.2. Рентгенография 4.7 зуба

Выявлено отсутствие деструкции костной ткани. Обследование не имеет диагностического значения.

3.3. Электроодонтодиагностика 4.7 зуба

Показатель ЭОД – 3 мкА. Обследование не имеет диагностического значения.

3.4. Цитологическое исследование пунктата лимфатических узлов

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является «К12.2 Флегмона и абсцесс области рта» с _____ справа :

1. флегмоной крыловидно-нижнечелюстного пространства
2. абсцессом челюстно-язычной области
3. абсцессом субмассетериального пространства
4. аденофлегмоной поднижнечелюстной области

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Причиной развития гнойно-воспалительного процесса в данной клинической ситуации является :

1. затруднённое прорезывание 4.8 зуба
2. обострение хронического периодонтита 4.7 зуба
3. острый тонзиллит правой небной миндалины
4. острая респираторная вирусная инфекция

Вопрос №4 Наружной границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является внутренняя поверхность:

1. ветви нижней челюсти
2. тела нижней челюсти
3. жевательной мышцы
4. грудино-ключично-сосцевидной мышцы

Вопрос №5 Внутренней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

1. медиальная крыловидная мышца
2. боковая стенка глотки
3. латеральная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости
4. медиальная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

Вопрос №6 Верхней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

1. латеральная крыловидная мышца
2. большое крыло клиновидной кости
3. медиальная крыловидная мышца
4. челюстно-подъязычная мышца

Вопрос №7 Через межкрыловидную щель гнойный процесс может распространиться в:

1. подвисочную ямку
2. полость черепа
3. переднее средостение
4. клыковую ямку

Вопрос №8 В стационаре челюстно-лицевой хирургии в комплексе лечебных мероприятий в данном клиническом случае должно быть выполнено :

1. рассечение «капюшона» в области 4.8 зуба
2. удаление 4.7 зуба
3. эндодонтическое лечение 4.7 зуба
4. промывание пространства под «капюшоном» антисептиками

Вопрос №9 При вскрытии флегмоны наружным доступом в данной клинической ситуации разрез проводят:

1. окаймляя угол нижней челюсти
2. вдоль переднего края жевательной мышцы
3. по верхней шейной складке
4. по нижнему краю скуловой дуги

Вопрос №10 При нарушении техники вскрытия гнойного очага данной локализации наружным доступом можно повредить:

1. краевую ветвь лицевого нерва
2. нижнечелюстной нерв
3. лицевую артерию
4. общую лицевую вену

Вопрос №11 На этом этапе ревизии крыловидно-нижнечелюстного пространства можно повредить:

1. крыловидное венозное сплетение
2. поперечную артерию лица
3. внутреннюю яремную вену
4. наружную яремную вену

Вопрос №12 Чувствительную иннервацию языка обеспечивает нерв:

1. язычный
2. подъязычный
3. языко-глочный
4. челюстно-подъязычный

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
--------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент У. 22 лет.

1.2. Жалобы

на

- умеренно выраженные боли в области нижней челюсти справа в покое, усиливающиеся при попытке открыть рот и при глотании.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента, с момента начала прорезывания 4.8 зуба (около 6 лет) неоднократно развивался перикоронит.
- Трижды в поликлинике по месту жительства производилось рассечение нависающей слизистой оболочки над коронковой частью 4.8 зуба. Зуб сохранялся.
- Четыре дня назад после переохлаждения вновь возникло воспаление в области 4.8 зуба, которое нарастало, присоединилось ограничение открывания рта, боли при глотании.

1.4. Анамнез жизни

- Мочекаменная болезнь.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Температура тела – 37,8°C.

В правой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, резко болезненный, ограничено подвижный лимфатический узел.

Открывание рта ограничено до 1,0 см, резко болезненное.

После проведения анестезии по Егорову удалось полностью открыть рот.

4.8 зуб – прорезывается передним щёчным бугром. Слизистая оболочка над ним и в ретромолярной области резко гиперемирована, отёчна. Из-под неё выделяется гной.

Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки справа гиперемирована, отёчна, выбухает.

При пальпации крыловидно-нижнечелюстного пространства определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат.

Зубная формула:

0													П		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	П												П		0

Вопрос №1 К инструментальным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят:

1. ортопантомографию
2. цитологию
3. рентген черепа в полуаксиальной проекции
4. миографию

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомография

Дистоция, полуретенция 4.8 зуба, корни сформированы.

3.2. Цитология

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Рентген черепа в полуаксиальной проекции

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Миография

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Данному пациенту можно поставить диагноз «K12.2 Флегмона и абсцесс области рта» с _____ справа:

1. абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства
2. абсцессом субмассетериального пространства
3. флегмоной височной области
4. флегмоной дна полости рта

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с :

1. хроническим перикоронитом
2. абсцессом подбородочной области
3. воспалением среднего уха
4. флегмоной околоушно-жевательной области

Вопрос №4 Развитие заболевания в данной клинической ситуации связано с :

1. затруднённым прорезыванием 4.8 зуба
2. развитием вирусной инфекции
3. обострением хронического периодонтита 4.8 зуба
4. обострением хронического тонзиллита

Вопрос №5 Внутренней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

1. медиальная крыловидная мышца
2. латеральная крыловидная мышца
3. внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
4. глоточный отросток околоушной слюнной железы

Вопрос №6 Развитие и течение острых гнойных воспалительных заболеваний области головы и шеи зависят от:

1. сенсбилизации организма
2. локальной температуры вокруг инфильтрата
3. высокой вероятности развития кровотечения
4. строения кожного покрова

Вопрос №7 Пальпация в области крыло-челюстной складки в данном клиническом случае позволяет оценить:

1. выраженность болевого синдрома
2. размер 4.8 зуба
3. локализацию нижнечелюстной артерии
4. положение третьей ветви тройничного нерва

Вопрос №8 Важнейшим принципом лечения абсцессов области лица и шеи является:

1. вскрытие гнойного очага на всю длину инфильтрата
2. консервативное лечение
3. эндодонтическое лечение причинного зуба
4. выполнение разреза длиной не менее 5 см

Вопрос №9 Наиболее эффективным методом введения антибиотиков, обеспечивающим наибольшую концентрацию препарата в очаге воспаления, является:

1. внутривенный
2. внутримышечный
3. аппликационный
4. ирригационный

Вопрос №10 Гнойный процесс крыловидно-нижнечелюстного пространства может осложняться распространением в:

1. подвисочную ямку
2. подглазничную область
3. средостение
4. верхнюю шейную складку

Вопрос №11 Хирургическое лечение абсцесса данной области проводят:

1. вертикальным разрезом параллельно крыловидно-нижнечелюстной складке
2. разрезом параллельно краю нижней челюсти, отступив на 1,5-2,0 см
3. разрезом по переходной складке на всю величину инфильтрата

- удалением причинного зуба без проведения разреза

Вопрос №12 Тактика в отношении причинного 4.8 зуба при абсцессе данной области заключается в/во:

- его удалении в плановом порядке после купирования острых воспалительных явлений
- вскрытии абсцесса и одномоментном удалении зуба
- его эндодонтическом лечении после купирования острых воспалительных явлений
- его удалении с последующей имплантацией

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 5

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент С. 42 лет.

1.2. Жалобы

на

- наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях;
- затруднённое, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком;
- затруднённое дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб.

1.3. Анамнез заболевания

Заболевание началось два дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастали.

1.4. Анамнез жизни

Аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков.

1.5. Объективный статус

Положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперёд и немного опустив голову, рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4°C. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без чётких 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 внутриворотном осмотре язык приподнят, отёчен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налёта. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отёчна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 3.4, 4.5, 3.6, 4.6, 4.7 зубов разрушены.

Зубная формула:

R	П	R	0			П	П	П	П				П.С		R
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	R	R	R								R	C	R		0

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

- ортопантомография
- реография
- электрокардиография
- биопсия

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомография

Выявлены периапикальные изменения в проекции корней 3.4, 4.5, 3.6, 4.6, 4.7 зубов.

3.2. Реография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Биопсия

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом данного пациента является «К12.2 Флегмона и абсцесс области рта», вид:

1. флегмона дна полости рта
2. флегмона окологлоточного пространства
3. абсцесс субмассетериального пространства
4. абсцесс челюстно-язычного желобка

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с :

1. аденофлегмоной
2. боковой кистой шеи
3. фиброматозом
4. эутиреоидным зубом

Вопрос №4 Причина распространения инфекции в данной клинической ситуации имеет _____ природу:

1. одонтогенную
2. травматическую
3. гематогенную
4. лимфогенную

Вопрос №5 К характерному признаку одонтогенной флегмоны относят:

1. разлитое воспаление подкожножировой клетчатки
2. ограниченное воспаление подкожножировой клетчатки
3. отсутствие причинного зуба
4. понижение локальной температуры инфильтрата

Вопрос №6 Развитие и течение острых гнойных воспалительных заболеваний области головы и шеи зависят от:

1. анатомо-топографических особенностей тканей
2. строения кожи
3. вирусных инфекций
4. особенностей окружающей среды

Вопрос №7 Пальпация подчелюстных и подподбородочной областей в данном клиническом случае позволяет оценить:

1. размер и границы инфильтрата
2. размер очага деструкции костной ткани
3. положение краевой ветви лицевого нерва
4. положение третьей ветви тройничного нерва

Вопрос №8 Верхней границей дна полости рта является:

1. слизистая оболочка полости рта
2. кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников
3. корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку
4. внутренняя поверхность основания нижней челюсти

Вопрос №9 Дно полости рта делится на два этажа _____ мышцей:

1. челюстно-подъязычной
2. жевательной
3. подъязычно-язычной
4. двубрюшной

Вопрос №10 Осложнением флегмоны дна полости рта является:

1. медиастинит

2. пневмония
3. туберкулёз
4. гнилостно-некротическая флегмона

Вопрос №11 Разрез при вскрытии флегмоны данной локализации проводят:

1. параллельно краю нижней челюсти, отступив на 2 см
2. по краю нижней челюсти на всю величину инфильтрата
3. три раза перпендикулярно краю нижней челюсти
4. по переходной складке в полости рта

Вопрос №12 В данной клинической ситуации для обезболивания необходимо применить анестезию:

1. общую (наркоз)
2. туберальную
3. двустороннюю торусальную
4. инфильтрационную

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент В. 34 лет.

1.2. Жалобы

на

- наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях;
- общую слабость, недомогание;
- повышение температуры тела;
- затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании.

Открытие рта ограничено, резко болезненно.

1.3. Анамнез заболевания

- Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 4.7 зубе, усиливающиеся при накусывании.
- Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области.
- Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 4.7 зуб по поводу обострения хронического периодонтита.
- Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функций нарастали.
- После повторного обращения к врачу-стоматологу направлен в стоматологический стационар.

1.4. Анамнез жизни

- Хронический гастрит.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Больной бледен, пульс учащён, температура тела 38,5°C.

В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечёткими 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.

Открытие рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу, болезненно.

Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отёчна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна.

Лунка удаленного 4.7 зуба заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налётом.

В области тела нижней челюсти, ближе к её краю на уровне 4.3 зуба определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с чёткими контурами правильной овальной формы.

Зубная формула:

Pt		С	П			С	С	С	П		Pt				0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	0	П	П									П			0

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

1. ортопантограмма
2. реография
3. электрокардиограмма
4. биопсия

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантограмма

Выявлено отсутствие изменений в области лунки удалённого 4.7 зуба.

3.2. Реография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиограмма

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Биопсия

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом данного пациента является К12.2 Флегмона и абсцесс области рта, вид:

1. флегмона дна полости рта
2. абсцесс крылонёбной ямки
3. абсцесс поднижнечелюстного пространства
4. флегмона окологлоточного пространства

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с :

1. острым сиалоаденитом
2. срединной кистой шеи
3. отёком Квинке
4. эутиреодным зобом

Вопрос №4 Путём распространения инфекции в данной клинической ситуации является :

1. одонтогенный
2. ксеногенный
3. гематогенный
4. ятрогенный

Вопрос №5 К характерному признаку флегмоны дна полости рта относят:

1. разлитое воспаление подкожножировой клетчатки
2. ограниченное воспаление подкожножировой клетчатки
3. наличие нескольких причинных зубов
4. возможность собрать кожу над инфильтратом в складку

Вопрос №6 Развитие и течение острых гнойных воспалительных заболеваний областей головы и шеи зависят от:

1. микрофлоры
2. строения кожи
3. степени риска кровотечений
4. окружающей среды

Вопрос №7 Пальпация подчелюстных и подподбородочной областей в данном клиническом случае позволяет оценить:

1. размер и границы инфильтрата
2. размер очага деструкции костной ткани
3. положение краевой ветви лицевого нерва
4. положение третьей ветви тройничного нерва

Вопрос №8 Верхней границей дна полости рта является:

1. слизистая оболочка полости рта
2. кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочного треугольников
3. внутренняя поверхность ветвей нижней челюсти
4. корень языка и мышцы, прикрепляющиеся к шиловидному отростку

Вопрос №9 Дно полости рта делится на два этажа _____ мышцей:

1. челюстно-подъязычной
2. жевательной
3. подъязычно-язычной
4. двубрюшной

Вопрос №10 Разрез при вскрытии флегмоны данных клетчаточных пространств проводят:

1. параллельно краю нижней челюсти, отступив на 2 см
2. по краю нижней челюсти на всю величину инфильтрата
3. три раза перпендикулярно краю нижней челюсти
4. по переходной складке в полости рта

Вопрос №11 Осложнением флегмоны дна полости рта является:

1. медиастинит
2. пневмония
3. туберкулёз
4. ангина Людвига

Вопрос №12 Наиболее часто в качестве возбудителя абсцессов и флегмон областей лица и шеи выделяют:

1. Staphylococcus aureus
2. Helicobacter pylori
3. Treponema pallidum
4. Candida albicans

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент М. 26 лет.

1.2. Жалобы

на

- резкие боли в языке;
- трудность при разговоре;
- невозможность пережёвывания и глотания пищи;
- болезненное открывание рта;
- появление небольшой припухлости в подподбородочной области;
- повышение температуры тела до 37,4°C.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента, 4 дня назад на рыбалке травмировал язык в задней трети рыбной костью.
- Кость была удалена врачом-оториноларингологом, пациент отпущен домой.
- После этого боли усилились, появилось ощущение увеличения языка в объёме.
- Вновь обратился к врачу, после осмотра направлен к врачу-стоматологу.

1.4. Анамнез жизни

- Хронический тонзиллит.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Определяется отёчность мягких тканей подподбородочной области. При глубокой пальпации определяется резко болезненный инфильтрат над подъязычной костью.

Язык увеличен в объёме, отёчен, обложен сероватым налётом.

Движения языка вперёд 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 отёчна, выбухает.

При пальпации в области корня языка отмечается обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат.

Коронковая часть 2.6 зуба разрушена более ½, перкуссия отрицательная.

Зубная формула:

0		П,С											Pt		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
0	П														0

Вопрос №1 К методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относят :

1. рентгенологическое обследование
2. оценку чувствительности к химическим раздражителям
3. дыхательную пробу
4. температурную пробу

3. Результаты метода обследования

3.1. Рентгенологическое обследование

Отсутствие изменений в зубах нижней челюсти.

3.2. Оценка чувствительности к химическим раздражителям

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Дыхательная проба

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Температурная проба

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом является К12.2 «Флегмона и абсцесс области рта», вид:

1. абсцесс корня языка
2. аденофлегмона подподбородочной области
3. флегмона подподбородочного клетчаточного пространства
4. абсцесс челюстно-язычного желобка справа и слева

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с абсцессом :

1. тела языка
2. подвисочной ямки
3. подглазничной области
4. щёчной области

Вопрос №4 Развитие заболевания в данном случае связано с:

1. травмированием языка костью
2. переохлаждением
3. обострением хронического периодонтита 2.6 зуба
4. обострением хронического тонзиллита

Вопрос №5 К характерным признакам абсцесса относят:

1. чёткие границы инфильтрата
2. разлитое воспаление подкожножировой клетчатки
3. нечёткие границы инфильтрата
4. цианотичность кожи над инфильтратом

Вопрос №6 Развитие и течение острых гнойных воспалительных заболеваний области головы и шеи зависят от:

1. общего состояния организма
2. строения кожного покрова
3. минерального состава слюны
4. толщины слоя подкожно-жировой клетчатки

Вопрос №7 Пальпация в области корня языка в данном клиническом случае позволяет оценить:

1. размер инфильтрата
2. размер очага деструкции костной ткани
3. локализацию язычной артерии
4. положение третьей ветви тройничного нерва

Вопрос №8 Нижняя граница клетчаточного пространства корня языка представлена _____ мышцей:

1. подбородочно-язычной
2. жевательной
3. медиальной крыловидной
4. подъязычно-язычной

Вопрос №9 Основным принципом лечения абсцессов челюстно-лицевой области является:

1. вскрытие гнойного очага на всю длину инфильтрата
2. наложение трахеостомы
3. эндодонтическое лечение причинного зуба
4. выполнение разреза длиной 5 см

Вопрос №10 Наиболее эффективным методом введения антибиотиков, обеспечивающим наибольшую концентрацию препарата в очаге воспаления, является:

1. внутривенный
2. внутримышечный
3. подкожный
4. аппликационный

Вопрос №11 При вскрытии абсцесса данной области разрез проводят:

1. в подподбородочной области по средней линии
2. отступив от края нижней челюсти на 1,5-2,0 см
3. перпендикулярно нижней челюсти с язычной стороны
4. по переходной складке в полости рта

Вопрос №12 Наиболее часто в качестве возбудителя абсцессов и флегмон области лица и шеи выделяют:

1. Staphylococcus aureus
2. Helicobacter pylori
3. Treponema pallidum
4. Candida albicans

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 6

Ситуационная задача 1

Больного, 43 года. Обнаружен резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. Открывание рта ограничено и резко болезненно.

Вопросы:

1. Оставьте диагноз на основании имеющихся данных
2. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения

Ответ

1. Флегмона височной области слева
2. Необходимо учитывать наличие и характер причин развития воспаления

Ситуационная задача 2

Больной, 28 лет, поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в правой височной области, припухлость в подвисочной области, ограничение открывания рта. При осмотре: открывание рта до 1,5 см. В правой височной области пальпируются резко болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается.

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения

Ответ

1. Флегмона височной области справа
2. Вскрытие флегмоны, дренирование раны. Проведение местного и общего противовоспалительного лечения

Тема 7

Ситуационная задача 1

Больной предъявляет жалобы на боль в области верхней челюсти слева.

Боль появилась 4 дня назад, накануне обращения появилась припухлость щечной области слева. Лечилась домашними средствами. Применяла анальгин, аспирин, прикладывала грелку к щечной области слева.

При осмотре - состояние средней тяжести, температура тела - 37,8 градусов.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей левой щечной и подглазничной областей. Кожа над припухлостью несколько гиперемирована. При пальпации - припухлость мягкая, безболезненная.

В полости рта - коронка зуба 6.4 разрушена, зуб ранее лечен по поводу осложненного кариеса, подвижен, перкуссия зуба болезненна. Соседние зубы 6.3 и 6.5 неподвижны, интактны, при перкуссии безболезненны. С вестибулярной стороны соответственно зубу 6.4 слизистая оболочка переходной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется флюктуация. С небной стороны слизистая оболочка альвеолярного отростка без патологических изменений.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Составьте план лечения, диспансеризации и реабилитации ребенка.
5. Укажите место лечения. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным ребенком.

Ответ.

1. К10.22 Острый гнойный периостит верхней челюсти слева одонтогенной этиологии.
2. В клиническом анализе крови у этого ребенка можно ожидать умеренно выраженный лейкоцитоз и повышенную СОЭ.

На рентгенограмме в области верхушек корней и бифуркации причинного зуба 6.4 можно ожидать разрежение костной ткани без четких границ, резорбцию корней более чем на 1/3 (патологическую и физиологическую).

3. Дифференциальную диагностику надо провести с остеомиелитом верхней челюсти слева. При остеомиелите общее состояние ребенка тяжелое, температура тела, как правило, выше 38,0 градусов, отмечаются все признаки интоксикации: озноб, головная боль, слабость. Местно: подвижность причинного зуба 6.4 и соседних с ним зубов 6.3 и 6.5. Воспалительный инфильтрат не только с вестибулярной стороны альвеолярного отростка, но и с небной стороны.

4. План лечения:

- хирургическая помощь в полном объеме (вскрытие поднадкостничного абсцесса и удаление причинного зуба), желательна под наркозом
- антибактериальная терапия;
- противовоспалительная терапия;
- гипосенсибилизирующая терапия;
- общеукрепляющее лечение;
- дезинтоксикационная терапия;
- физиолечение.

5. Принимая во внимание возраст ребенка (8 лет), лечение целесообразно проводить в условиях стационара. Согласно Приказу Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" листок нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи выдается медицинским работником одному из членов семьи (родителю, опекуну, попечителю, иному родственнику), фактически осуществляющему уход ребенком в возрасте от 7 до 15 лет: при амбулаторном лечении или совместном пребывании одного из членов семьи (опекуна, попечителя, иного родственника) с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении - на срок до 15 дней по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока.

Тема 8

Ситуационная задача 1

Больная В., 17 лет жалуется на безболезненное образование под кожей в нижнем отделе щеки справа.

Анамнез: Более года периодически во время еды возникала боль в 4.6 зубе. 2 месяца назад под кожей щеки справа появилось безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось. Кожа над ним стала красной.

При осмотре: в нижнем отделе щечной области справа в подкожной клетчатке имеется плотный округлой формы, до 2,5см в диаметре малоболезненный инфильтрат. Кожа над ним истончена, имеет синюшно-багровый цвет. Открывание рта свободное. Коронковая часть 4.6 зуба сильно разрушена. От его альвеолы к мягким тканям щеки идет плотный безболезненный тяж.

На рентгенограмме: у верхушки переднего корня 46 зуба определяется очаг разряжения костной ткани, неправильной формы, без четких границ. Линия периодонта в этом месте не видна.

Компактная пластинка альвеолы обнаруживается лишь в средней и верхней трети корня.

Вопросы

1. Установите диагноз заболевания.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. С какими патологическими процессами надо провести дифференциальную диагностику?
4. Определите план лечения.

Ответы

1. Подкожная одонтогенная гранулёма щёчной области справа. Хронический гранулирующий периодонтит 46 зуба.
2. На одонтогенную подкожную гранулёму указывает наличие тяжа, идущего от альвеолы зуба с хроническим гранулирующим периодонтитом в ткани щеки.
3. С хроническим лимфаденитом, актиномикозом, хроническим остеомиелитом нижней челюсти, доброкачественными опухолями: липомой, фибромой, атеромой.
4. Удаление 46 зуба и рассечение тяжа по переходной складке, с введением в рану йодоформной турунды. Разрез кожи над гранулемой и удаление патологической грануляционной ткани.

Ситуационная задача 2

1.1. Ситуация

В отделение челюстно-лицевой хирургии бригадой скорой медицинской помощи доставлена пациентка Х. 48 лет.

1.2. Жалобы на

- наличие резко болезненной припухлости мягких тканей щёчной области справа;
- головную боль, общую слабость, недомогание;
- повышение температуры тела.

1.3. Анамнез заболевания

- Заболевание началось 4 дня назад, когда появилась пустула в щёчной области справа, самостоятельно пыталась её удалить, местно обрабатывала растворами антисептиков и прикладывала капустный лист.
- В связи с резким ухудшением общего состояния, повышением температуры тела, ознобом, нарастанием болезненности и отёка в щёчной области, вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

1.4. Анамнез жизни

- Детские инфекции (корь, краснуха).
- Гипертоническая болезнь. Сахарный диабет 2 типа.
- Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Общее состояние больной: средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 84 удара в минуту, температура тела 38,8°C.

Конфигурация лица изменена из-за припухлости мягких тканей щёчной области справа.

При пальпации определяется болезненный инфильтрат диаметром 2 см. Кожа над ним гиперемирована, отёчна, напряжена, в складку свободно не собирается. В центре инфильтрата имеется дефект кожи с гнойно-некротическим стержнем, отмечается гноетечение.

Открытие рта свободное.

Слизистая рта бледно-розовая.

Прикус: ортогнатический.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Зубная формула:

		П,С													0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	R														0

Вопрос №1 Необходимым клиническим методом обследования для назначения дальнейшего лечения является:

- 1: биохимический анализ крови на глюкозу
- 2: общий анализ мочи
- 3: электрокардиографию
- 4: рентгенографию органов грудной клетки

3. Результаты гклинического метода обследования

3.1. Биохимический анализ крови на глюкозу

Уровень глюкозы в сыворотке крови: 5.5 ммоль/л.

3.2. Общий анализ мочи

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Рентгенография органов грудной клетки

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом является _____ щёчной области справа:

- 1: абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица
- 2: воспалительные заболевания челюстей
- 3: флегмона и абсцесс области рта
- 4: острый лимфаденит лица, головы и шеи

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с:

- 1: сибирской язвой
- 2: фибромой
- 3: сиригомой
- 4: периоститом

Вопрос №4 При фурункулах следует обращать внимание на сопутствующее заболевание у пациента:

- 1: сахарный диабет
- 2: язвенная болезнь желудка
- 3: гипертоническая болезнь
- 4: псориаз

Вопрос №5 К характерному признаку фурункула относят наличие:

- 1: гнойно-некротического стержня
- 2: разлитого инфильтрата
- 3: атероматозных масс
- 4: выраженного увеличения регионарных лимфоузлов

Вопрос №6 Развитие и течение острых гнойных воспалительных заболеваний областей головы и шеи в данной клинической ситуации зависят от:

- 1: строения кожи
- 2: состава антисептика
- 3: погодных условий
- 4: окружающей среды

Вопрос №7 Пальпация по ходу лицевой вены в данной клинической ситуации позволяет оценить:

- 1: наличие флебита или тромбофлебита
- 2: размер очага некроза
- 3: положение щёчной ветви лицевого нерва
- 4: положение первой ветви тройничного нерва

Вопрос №8 Основным принципом лечения фурункулов в стадии абсцедирования является:

- 1: вскрытие гнойного очага
- 2: новокаиновая блокада с антибиотиками
- 3: десенсибилизирующая терапия
- 4: антибактериальная терапия

Вопрос №9 Местное лечение при фурункуле заключается в:

- 1: облучении ультрафиолетом
- 2: согревающих компрессах
- 3: внутривенном введении антибиотиков
- 4: иссечении в пределах здоровых тканей

Вопрос №10 Фурункулы на лице чаще всего локализуются:

- 1: в области губ
- 2: по краю нижней челюсти
- 3: на нижнем веке
- 4: на верхнем веке

Вопрос №11 Осложнением при фурункулах является:

- 1: тромбофлебит
- 2: кровотечение
- 3: атерома
- 4: лимфангиома

Вопрос №12 Наиболее часто в качестве возбудителя при фурункулах выявляют:

- 1: *Staphylococcus aureus*
- 2: *Helicobacter pylori*
- 3: *Treponema pallidum*
- 4: *Candida albicans*

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент И. 40 лет.

1.2. Жалобы

на

- наличие болезненной припухлости в области верхней челюсти справа;
- головную боль;
- повышение температуры тела.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента известно, что разрушенный 1.3 зуб в течение последнего года периодически беспокоил. А 4 дня назад в этом зубе появились постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании.
- Пациент самостоятельно полоскал рот растворами антисептиков, но улучшение не наступало, на лице появилась болезненная припухлость.
- В связи с ухудшением общего состояния обратился к врачу-стоматологу-хирургу и был направлен в специализированный стационар.

1.4. Анамнез жизни

Аллергическая реакция на пищевые продукты, содержащие яичный белок.

1.5. Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Температура тела 38,2°C.

Конфигурация лица изменена за счёт припухлости мягких тканей подглазничной области справа. Пальпаторно определяется болезненный инфильтрат с нечёткими границами плотно-эластической консистенции. Кожный покров над ним гиперемирован, в складку не собирается.

Отмечается коллатеральный отёк в области нижнего века справа, сужение глазной щели.

Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны.

Открытие рта в полном объёме. Слизистая оболочка в проекции 1.2, 1.3, 1.4, 1.5 зубов гиперемирована, отёчна, переходная складка сглажена. Коронковая часть 1.3 зуба восстановлена керамической коронкой, перкуссия резко болезненная.

Зубная формула:

0		П			К, Pt	К	К	К	К	К		С	П	П	0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
С	П	П											П	П	С

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

1. ортопантомография
2. ультразвуковое исследование
3. электромиография
4. рентгенография черепа в боковой проекции

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомография

Выявлен очаг деструкции костной ткани округлой формы с чёткими контурами диаметром 0,7 см в области верхушки корня 1.3 зуба.

3.2. Ультразвуковое исследование

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электромиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Рентгенография черепа в боковой проекции

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является «К12.2 Флегмона и абсцесс области рта» с _____ справа:

1. флегмоной подглазничной области
2. абсцессом подвисочной ямки
3. флегмоной скуловой области
4. абсцессом субмассетериального пространства

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с :

1. абсцессом подглазничной области
2. верхнечелюстным синуситом

3. остеорадионекрозом верхней челюсти
4. серозным периоститом

Вопрос №4 Вторичное поражение подглазничной области развивается в результате распространения инфекции из:

1. щёчной области
2. подвисочной ямки
3. верхнего века
4. крыло-нёбной ямки

Вопрос №5 К характерному признаку флегмоны подглазничной области относят:

1. разлитое воспаление подкожножировой клетчатки
2. ограниченное воспаление подкожножировой клетчатки
3. наличие свищевых ходов
4. отсутствие флюктуации

Вопрос №6 Нижней границей подглазничной области является:

1. альвеолярный отросток верхней челюсти
2. слизистая оболочка рта
3. твёрдое нёбо
4. носогубная складка

Вопрос №7 Наружной границей подглазничной области является шов:

1. скуловерхнечелюстной
2. скулолобный
3. скуловисочный
4. средний нёбный

Вопрос №8 При вскрытии флегмоны подглазничной области внутриротовым доступом разрез проводят:

1. по переходной складке на всю величину инфильтрата
2. в проекции только причинного зуба
3. по ходу ветвей тройничного нерва
4. отступив от десневого края на 2 см

Вопрос №9 Из подглазничной области инфекционный процесс может распространиться в:

1. клетчатку глазницы
2. височную область
3. подвисочную область
4. околоушно-жевательную область

Вопрос №10 Осложнением флегмоны подглазничной области является:

1. тромбофлебит
2. передний медиастенит
3. задний медиастенит
4. ангина Людвига

Вопрос №11 Проводниковая анестезия при вскрытии флегмоны подглазничного клетчаточного пространства делается у:

1. подглазничного отверстия
2. круглого отверстия
3. овального отверстия
4. надглазничной вырезки

Вопрос №12 Абсцесс и флегмона подглазничной области может возникнуть в результате распространения инфекции от _____ верхней челюсти:

1. первого премоляра
2. второго моляра
3. первого моляра
4. первого резца

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

Больной П. 33 лет обратился клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- наличие болезненной припухлости в области левой щеки;
- боль, усиливающуюся при открывании рта, жевании.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов больного, около пяти дней подряд беспокоила боль в 2.6 зубе.
- Примерно три дня назад появился отёк в левой щёчной области, который постепенно увеличивался.
- После обращения к врачу-стоматологу-хирургу пациент направлен в специализированный стационар.

1.4. Анамнез жизни

Аллергическая реакция на антибиотики пенициллинового ряда.

1.5. Объективный статус

Температура тела 37,8°C.

Конфигурация лица изменена за счёт отёка и инфильтрации мягких тканей щёчной области слева. Кожа над инфильтратом гиперемирована, в складку не собирается, чётко отмечается флюктуация. Открывание рта ограничено до 3,5 см. Коронка 2.6 зуба разрушена полностью, корень изменён в цвете, перкуссия болезненна.

Слизистая внутренней поверхности щеки слева резко гиперемирована, отёчна, видны отпечатки наружных поверхностей верхних и нижних зубов, пальпация болезненна.

Зубная формула:

0				П									Pt		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
	П												С		

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

1. ортопантомография
2. ультразвуковое исследование
3. электромиография
4. рентгенография черепа в боковой проекции

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомография

Выявлен очаг деструкции костной ткани в области верхушки корня 2.6 зуба.

3.2. Ультразвуковое исследование

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электромиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Рентгенография черепа в боковой проекции

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом пациента является «К12.2 Флегмона и абсцесс области рта» с _____ слева:

1. флегмоной щёчной области
2. абсцессом подвисочной ямки
3. флегмоной височной области
4. абсцессом крыло-нёбной ямки

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с :

1. абсцессом щёчной области

2. абсцессом подглазничной области
3. радионекрозом верхней челюсти
4. инфекционным паротитом

Вопрос №4 Поражение щёчной области развивается в результате распространения инфекции от:

1. больших коренных зубов
2. височной области
3. поднижнечелюстной области
4. резцов верхней челюсти

Вопрос №5 К характерному признаку флегмоны щёчной области относят:

1. разлитое воспаление подкожной жировой клетчатки
2. мягко-эластический инфильтрат
3. наличие свищевых ходов
4. отсутствие симптома флюктуации

Вопрос №6 В щёчной области располагается :

1. комок Биша
2. подглазничный нерв
3. ствол лицевого нерва
4. Вартонов проток

Вопрос №7 Верхней границей щёчной области является:

1. нижняя граница скуловой кости
2. нижний край глазницы
3. скуловая дуга
4. носогубная складка

Вопрос №8 Задней границей щечной области является:

1. передний край жевательной мышцы
2. круговая мышца рта
3. задний край щёчной мышцы
4. задний край жевательной мышцы

Вопрос №9 Разрез слизистой при вскрытии флегмоны щёчной области внутриротовым способом чаще осуществляется :

1. со стороны верхнего преддверия рта
2. по ходу выводного протока околоушной железы
3. в области носогубной складки
4. по ходу ветвей тройничного нерва

Вопрос №10 Распространение инфекции из щёчной области происходит в область:

1. околоушно-жевательную
2. подподбородочную
3. зачелюстную
4. ретромолярную

Вопрос №11 При распространении инфекции из щёчной области в околоушно-жевательную необходимо провести доступ :

1. внутриротовой и наружный
2. по Ковтуновичу
3. по Киршнеру
4. воротникообразный

Вопрос №12 Вскрытие флегмоны щёчной области проводят под анестезией:

1. местной
2. эпидуральной
3. ментальной
4. резцовой

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 9

Ситуационная задача 1

Больной, 56 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с жалобами на боли в подчелюстных и подбородочной области. Температурра 40 градусов. Озноб, лихорадка.

Объективно: имеется плотный болезненный инфильтрат в данных областях. Кожа над ним серо-зеленого цвета, в складку не собирается. При пальпации отмечается крипитация. В подъязычных областях отмечается отек. Язык приподнят, на нем отмечаются отпечатки зубов. Отмечается зловонный запах изо рта.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Составьте план лечения

Ответ:

1. Гнойно-некротическая флегмона дна полости рта
2. Вскрытие флегмоны и дренирование раны. Назначение противовоспалительной и дезинтоксикационной терапии, витаминотерапии и озоливающих средств

Тема 10

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

В клинику челюстно-лицевой хирургии обратился пациент Ф. 56 лет.

1.2. Жалобы на

- наличие резко болезненной припухлости в правой подчелюстной области;
- общую слабость, недомогание;
- повышение температуры тела.

1.3. Анамнез заболевания

- Заболевание началось 6 дней назад, когда появился зуд в правой подчелюстной области, а затем резко болезненная припухлость.
- Самостоятельно прикладывал мазь Вишневского.
- Боль и припухлость увеличивались, температура тела повысилась до 39,3°C.

1.4. Анамнез жизни

Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

1.5. Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Больной бледен, пульс учащён, температура тела 39,3°C Язык сухой, чувство жажды.

В правой подчелюстной области плотный, резко болезненный инфильтрат 4×6 см сине-багрового цвета. В центре инфильтрата несколько гнойных пустул, вокруг них участок кожи грязно-серого цвета размером 1,5×2,0 см.

Лейкоциты – $14,3 \times 10^9$, глюкоза крови – 12,2 ммоль/л.

Зубная формула:

	П	П					П	П					П,С		
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		П											Pt	Pt	

Вопрос №1 Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является:

- 1: ортопантомография
- 2: реография
- 3: электрокардиография
- 4: биопсия

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Ортопантомография

Зубы нижней челюсти справа интактны.

3.2. Реография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.3. Электрокардиография

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Биопсия

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом данного пациента является _____ подчелюстной области справа:

- 1: абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица
- 2: воспалительные заболевания челюстей
- 3: флегмона и абсцесс области рта
- 4: острый лимфаденит лица, головы и шеи

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с:

- 1: сибирской язвой
- 2: амелобластомой
- 3: отёком Квинке
- 4: псориазом

Вопрос №4 Входными воротами инфекции в организм пациента являются:

- 1: протоки слюнной железы
- 2: зубы нижней челюсти
- 3: протоки малых слюнных желёз
- 4: раны кожных покровов

Вопрос №5 К отличительному признаку карбункула относят:

- 1: наличие нескольких пустул
- 2: отсутствие инфильтрации тканей
- 3: выраженный коллатеральный отёк
- 4: формирование кожной складки над инфильтратом

Вопрос №6 Предположительным фоновым диагнозом у данного пациента является:

- 1: сахарный диабет
- 2: острый лейкоз
- 3: тромбофилия
- 4: гипогликемия

Вопрос №7 Обязательным исследованием при карбункуле является:

- 1: бактериологическое исследование
- 2: биопсия
- 3: ультразвуковое исследование
- 4: рентгенография грудной клетки

Вопрос №8 Осложнением карбункула челюстно-лицевой области является:

- 1: тромбоз
- 2: инфекционный паротит
- 3: периостит
- 4: сиалоаденит

Вопрос №9 Пациенту в данной клинической ситуации необходима консультация врача:

- 1: эндокринолога
- 2: кардиолога
- 3: нефролога
- 4: офтальмолога

Вопрос №10 При вскрытии карбункула данной локализации разрез проводят:

- 1: через всю толщу поражённых тканей
- 2: через точку наибольшей флюктуации длиной 1 см
- 3: по верхнему краю инфильтрата
- 4: по краю нижней челюсти

Вопрос №11 Больным карбункулом назначают терапию антимикробную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную и:

- 1: антиагрегантную

- 2: радиотерапию
- 3: химиотерапию
- 4: лечебную физкультуру

Вопрос №12 Наиболее часто в качестве возбудителя карбункулов и фурункулов челюстно-лицевой области выступает:

- 1: Staphylococcus aureus
- 2: Helicobacter pylori
- 3: Treponema pallidum
- 4: Candidaalbicans

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 2

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 инфильтрат, размером 1,0 x 1,5 см, в центре которого пустула в диаметре 0,1 x 0,1 см. Прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфотические узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

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

Ответ:

1. Диагноз фурункул подбородочной области в стадии инфильтрации.
2. Лечение в поликлинике – обработка поверхности инфильтрата антисептическими растворами, 96% спиртом, ультрафиолетовое облучение (УФО), подкожная блокада 0,5% раствором анестетика. Общая противовоспалительная терапия.

Ситуационная задача 3

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микро травму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38 °С. Полость рта санирована, верхняя губа и нусогубная складка справа отечна, определяется инфильтрат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре – гнойно-некротический стержень 0,2x0,2см.

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.

Ответ:

1. Травма, гнойно-некротический стержень в центре инфильтрата верхней губы.
2. Диагноз: фурункул верхней губы справа в стадии некротического стержня.
3. Стационар
4. Линейный разрез, некрэктомия, дренирование раны.

Ситуационная задача 4

Больная, 31 год, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы появились 3 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 0,2x0,3см, 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.

Ответ:

1. Диагноз: фурункул щечной области слева в стадии отторжения некротического стержня. Флебит угловой вены слева.
2. Стационар. Линейный разрез через центр инфильтрата. Разрезы по ходу лицевой вены слева. Противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача 5

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

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

Ответ:

1. Диагноз: фурункул лобной области справа в стадии отторжения некротического стержня.
2. Стационар. Линейный разрез, УФО, противовоспалительная терапия, общеукрепляющие средства.

Тема 11

Ситуационная задача 1

Больной, 22 года, обратился с жалобами на припухлость в области тела нижней челюсти слева, которая беспокоит в течении двух лет. Припухлость периодически увеличивается в размере, боль усиливается, повышается температура тела. Проводились разрезы в полости рта соответственно 36, 37, 38 зубам. Постепенно образовался свищевой ход.

Объективно: соответственно телу нижней челюсти определяется воспалительный инфильтрат, плотный и безболезненный при пальпации, в центре кожа цианотична, истончена и определяется свищевой ход с гнойным отделяемым грануляционной тканью. При рентгенологическом исследовании определяется участок разрежения костной ткани в области корней 36, 37

Вопросы

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения

Ответы

1. Адеоактиномикоз (абсцедирующая форма)
2. Лечение заключается в удалении первичного очага, послужившего причиной развития актиномикоза, вскрытии абсцесса и дренировании раны. Проведение общей консервативной терапии с обязательным проведением курсов иммуотерапии лечебным актинолизатом

Ситуационная задача 2

Больная, 32 года, обратилась с жалобами на припухлость правой щечной области. В очаге воспаления периодически возникают болевые ощущения. Отмечается повышение температуры тела. При осмотре определяется ограниченная припухлость, смещающаяся, незначительно болезненная.

Вопросы

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза
3. Какое обследование необходимо провести

Ответ

1. Специфический лимфаденит щечного лимфоузла

2. Не достает сведений анамнестического характера: когда обнаружен воспалительный инфильтрат, медленно или быстро увеличивается в размере
3. Рентгенологическое исследование, цитологический метод для выявления друз или мицелия актиномицетов

Тема 12

Ситуационная задача 1

Больному Л., 28 лет, после проведенного клинического и рентгенологического обследования был выставлен предварительный диагноз: хронический одонтогенный гайморит слева.

Вопрос

Какие симптомы патогномичны для хронического одонтогенного гайморита?

Ответ

1. Резкая боль в области верхней челюсти.
2. Резкие головные боли с иррадиацией по ходу второй ветви тройничного нерва.
3. Наличие сообщения полости рта через лунку удаленного зуба, отсутствие других симптомов.
4. Выделения из соответствующей половины носа слизистого содержимого.
5. Выделения из соответствующей половины носа гнойного содержимого, сообщение гайморовой пазухи с полостью рта.

Ситуационная задача 2

Больной К., 28 лет, госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии для оперативного лечения с диагнозом: Хронический правосторонний одонтогенный гайморит, соустье правой гайморовой пазухи с полостью рта через лунку 16 зуба.

Вопросы:

1. Тактика врача.
2. Назначить лечение.

Ответ

1. Проведение радикальной гайморотомии с пластикой стомы в области 16 зуба местными тканями
2. Назначение противовоспалительной терапии

Ситуационная задача 3

Больная М., 38 лет обратилась на прием к хирургу-стоматологу с жалобами на наличие свища в области удаленного 17 зуба, попадание воздуха и жидкой пищи из полости рта в полость носа через свищевой ход в области удаленного 17 зуба.

Из анамнеза удалось выяснить, что 4 месяца назад в поликлинике по месту жительства удалил 17 зуб. Удаление 17 зуба было сложным. После удаления доктор ушивал лунку удаленного зуба и назначал больному антибиотики. Больной выполнял все рекомендации и лунка удаленного 17 зуба зажила. Однако после переохлаждения появился свищевой ход в области лунки удаленного 17 зуба и вышеперечисленные жалобы.

Объективно: конфигурация лица не нарушена, рот открывает в полном объеме. В полости рта в области лунки удаленного 17 зуба имеется свищевой ход, при зондировании которого определяется сообщение полости рта с правой верхнечелюстной пазухой. Носо-ротовая проба положительная.

На рентгенограмме отмечается гомогенное затмение левой верхнечелюстной пазухи, и наличие в ней плотной тени инородного тела (корня).

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика врача.

Ответ

1. Хронический правосторонний одонтогенный гайморит
2. Проведение радикальной гайморотомии с пластикой стомы в области 17 зуба местными тканями
Назначение противовоспалительной терапии

Тема 13

Ситуационная задача 1

Больному, 38 лет, два дня назад проведено вскрытие флегмоны подвисочной и крылонебной ямки. Несмотря на проведенное вмешательство и медикаментозную терапию состояние больного не

улучшилось, усилились боли в горле и при глотании. Около суток назад после осмотра был обнаружен инфильтрат в правой и боковой стенки глотки, который был вскрыт, но состояние больного подолжало ухудшаться, температура тела повысилась до 40 градусов. Больной стал жаловаться на пульсирующую боль в груди, которая иррадирует в межлопаточную область и усиливается при надвливании на отростки грудных позвонков. Боли также усиливаются при попытке проглотить пищу. Обнаружена ригидность затылочных мышц. При рентгенологическом обследовании определяется жидкий выпот в область плевральной полости

Вопросы

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

Ответ

1. Одонтогенный медиастенит. Воспалительный процесс локализуется в области заднего средостения
2. Воспалительный процесс правой подвисочной и крылонебной ямок сначала распространился на заднюю и боковую поверхность глотки, развилась флегмона окологлоточного пространства. Далее процесс перешел на околопищеводное и предпозвоночное клетчаточное пространство, по которым распространился в заднее средостение
3. Больного необходимо перевести в торакальное отделение для оперативного вмешательства на области заднего средостения

Тема 14

Ситуационная задача 1

Больной, 55 лет, поступил в клинику с диагнозом: флегмона дна полости рта с распространением гнойного процесса на крыловидночелюстное окологлоточное пространство слева. При поступлении флегмона вскрыта, гнойные полости дренированы, удалены причинные зубы. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. Далее появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Нарастала дыхательная недостаточность.

Вопросы

1. Развитие какого осложнения можно предложить
2. Ваша дальнейшая тактика
3. Определите основные направления лечебных мероприятий

Ответ

1. Сепсис. Развитие септического шока с возникновением метастатических гнойных очагов в легких
2. Больного необходимо срочно перевести в отделение интенсивной терапии. В лечении должны принимать участие специалисты общего хирургического профиля
3. Проведение ревизии ран, при наличии не вскрытых гнойных очагов произвести их вскрытие с дренированием

Тема 15

Ситуационная задача 1

Больной обратился с жалобами на появление опухолевидного образования в левой околоушно-жевательной области, умеренно болезненное при пальпации и открывании рта, недомогание. Из анамнеза: припухлость впервые отмечена 6 месяцев назад, после лечения сухим теплом исчезла.

Объективно: температура тела 37,3 °C, общее состояние удовлетворительное. В левой околоушно-жевательной области опухолевидное образование, кожа над которым не изменена, собирается в складку, пальпируется болезненный инфильтрат с относительно четкими границами, его локализация соответствует топографии околоушной слюнной железы. Из выводного протока количество отделяемого меньше, чем в симметричной железе, секрет более вязкий, в первых порциях мутный.

На жевательной поверхности 45 глубокая кариозная полость, заполненная размягченным дентином. Полость зуба вскрыта, зондирование безболезненно. Вертикальная перкуссия 75 слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме 45: очаг деструкции кости у верхушки дистального корня 45 с неровным контуром диаметром около 2 мм.

Задания:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план обследования ребенка.
3. Назначьте лечение патологии околоушной слюнной железы.

Ответ

1. K11.2 Обострение хронического сиалоаденита левой околоушной слюнной железы. Хронический гранулирующий периодонтит 45.
2. Клинические анализы крови, мочи, сиалография после купирования острых воспалительных явлений в слюнной железе.
3. Антибактериальная терапия (указать антибиотик), гипосенсибилизирующая терапия, промывание протока протеолитическими ферментами (иммозимаза), компрессы с 30-50% раствором димексида. Физиолечение: УВЧ. Лазеролечение: на область железы, биологически активные точки. После купирования острых воспалительных явлений: сиалография, диспансеризация.

Ситуационная задача 2

Ребенок 16 лет поступил с жалобами на боли и припухлость в области околоушных слюнных желез, больше справа. Боли колющегося характера, усиливающиеся при приеме пищи. Отмечается сухость в полости рта, повышение температуры тела до 38-38,5 С. Из анамнеза выяснено, что около месяц назад младшая сестра перенесла эпидемический паротит. Открывние рта ограничено 3-х см, бе околоушные сюнные железы увеличены в размере, уплотнены, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка в облсти слюнных протоков гиперемирована, отечна. Слюна не выделяется.

Задания:

1. Проставьте диагноз
2. Назначьте лечение. Развитие каких осложнений стоит опасаться?
3. Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией.
4. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Ответы:

1. B26.9 Острый двухсторонний эпидемический паротит
2. Строгий постельный режим, сухое тепло на область слюнных желез, слюногонная диета, прием поливитаминов.
3. Диспансерное наблюдение 1 раз в 3 месяца.
4. Профессиональная гигиена полости рта, контролируемая чистка.

Тема 16

Ситуационная задача 1

Больной К., 17 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области.

Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области.

Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массировании которой слюна из протока не выделяется.

Задания:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Спланируйте объем хирургического вмешательства.

Ответ.

1. K11.2 Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография,

3. Хирургическое лечение слюннокаменной болезни (удаление камня), в зависимости от локализации конкремента (в протоке или в железе) и изменений тканей железы.

Ситуационная задача 2

В хирургический стационар обратились родители ребенка 15 лет, по направлению от педиатра. Жалобы: на болезненное увеличение поднижнечелюстной слюнной железы справа во время приема пищи (особенно, если пища кислая или соленая), а после — медленное уменьшение ее размеров. Считает себя больным в течение полугода.

Объективно: открывание рта свободное. Слизистая оболочка вокруг устья протока гиперемирована, устье расширено. Слюна прозрачная. Проток имеет вид тяжа, ткани вокруг него инфильтрированы.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дополнительные методы обследования.
3. Назначьте лечение.

Ответы:

1. K11.2 Калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы (слюнокаменная болезнь).

2. Для уточнения диагноза проводят рентгенологическое исследование подчелюстной железы при локализации камня в задних отделах или в паренхиме слюнной железы по В.С. Коваленко. У детей старшего возраста при локализации конкремента в задних отделах протока можно сделать контрастную сиалографию.

3. Основным методом лечения калькулезного субмаксиллита является хирургический. Методика вмешательства зависит от локализации, размеров камня и изменений, происходящих в железе и протоке. В послеоперационный период проводится антигистаминная и обезболивающая терапия, назначается слюногонная диета.

Ситуационная задача 3

1.1. Ситуация

В стоматологическую поликлинику обратился пациент Н. 27 лет.

1.2. Жалобы

на

- наличие резко болезненной припухлости в области угла нижней челюсти слева.

Боль имеет распирающий характер. Припухлость отмечается также под языком слева. Глотание с этой стороны умеренно болезненно.

Отмечается периодическое появление неприятного солоноватого привкуса во рту, преимущественно во время приёма пищи.

Температура тела повышена. Пациент чувствует общую слабость, «ломоту» в теле.

1.3. Анамнез заболевания

- Со слов пациента, 3 дня назад, во время завтрака, почувствовал резкую боль и появление припухлости в области угла нижней челюсти. После того, как больной пополоскал рот, боль и припухлость несколько уменьшились.
- Пациент пошел на работу, однако во время обеденного перерыва, болезненные ощущения появились вновь, в связи с чем, он был вынужден отпроситься и уйти домой. С вчерашнего дня припухлость стала нарастать, стали отмечаться боли при глотании.
- На работу не ходил, взял отгул. Полоскал рот и горло раствором фурацилина. Вечером был озноб, повысилась температура.
- Сегодня утром появился солоноватый привкус во рту. В связи с сохранением жалоб обратился за медицинской помощью.

1.4. Анамнез жизни

- Развитие без особенностей.
- Аллергические реакции на лекарственные препараты отрицает.
- Эпидемиологический анамнез не отягощён.
- Перенесённые заболевания: ОРВИ, детские инфекции.
- Аппендэктомия в шестнадцатилетнем возрасте.

1.5. Объективный статус

Температура тела – 38,5°C. Частота дыхательных движений – 18/мин. Частота сердечных сокращений – 78/мин. Артериальное давление– 130/80.

Локальный статус: конфигурация лица изменена за счёт отёка левой поднижнечелюстной области. Кожа не напряжена, в складку собирается. Признаков гиперемии, флюктуации нет. Пальпируется ограниченный подвижный инфильтрат, размером около 2,5 см в наибольшем измерении. Поверхность гладкая, тестовато-эластической консистенции. Пальпация болезненна. Открывание рта в полном объёме, умеренно болезненно.

Слизистая оболочка полости рта умеренно увлажнена, бледно-розового цвета. Переходные складки свободные. В области подъязычного валика слева определяется ограниченный инфильтрат, резко болезненный при пальпации. Слизистая в этом месте ярко гиперемирована. Движения языка в полном объёме. Зев чистый.

Зубная формула:

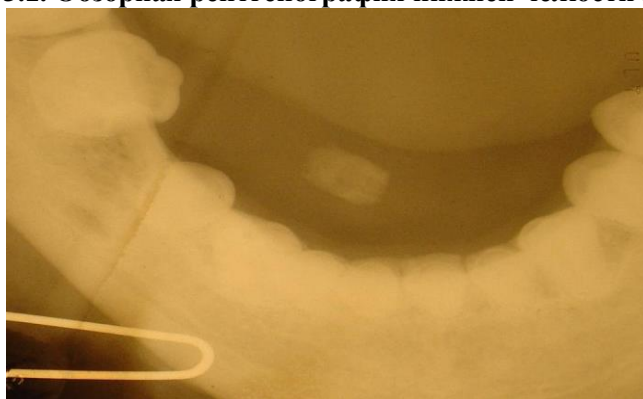
0		П												К		0
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8	
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8	
0		П												П	П	

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза методом обследования является:

- 1: обзорная рентгенография нижней челюсти и дна полости рта
- 2: контрастная сиалогграфия
- 3: электроодонтодиагностика жевательной группы зубов слева
- 4: реопарадонтография альвеолярной части нижней челюсти слева

3. Результаты метода обследования

3.1. Обзорная рентгенография нижней челюсти и дна полости рта



Наличие конкремента в выводном протоке поднижнечелюстной слюнной железы.

3.2. Контрастная сиалогграфия

Противопоказана в остром периоде.

3.3. Электроодонтодиагностика жевательной группы зубов слева

Отсутствие клинически значимых изменений.

3.4. Реопарадонтография альвеолярной части нижней челюсти слева

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом данного пациента является:

- 1: сиалолитиаз
- 2: острый лимфаденит лица, головы и шеи
- 3: флебит и тромбофлебит других локализаций
- 4: поражения языкоглоточного нерва

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Данные анамнеза о связи начала заболевания с приёмом пищи свидетельствует о:

- 1: слюннокаменной болезни
- 2: эпидемическом паротите

3: плеоморфной аденоме поднижнечелюстной железы

4: абсцессе субмассетериального пространства

Вопрос №4 Клиническая картина, выявленная в данной клинической ситуации, характерна для _____ поднижнечелюстной области:

1: острого серозного лимфаденита

2: флегмоны

3: флегмонозной формы рожистого воспаления

4: актиномикоза

Вопрос №5 Открывание рта в полном объёме при наличии жалоб на боли при глотании характерно для:

1: слюннокаменной болезни

2: абсцесса крыло-челюстного пространства

3: эндемического паротита

4: абсцесса субмассетериального пространства

Вопрос №6 Пальпацию подъязычного валика слева проводят передвигая пальцы:

1: сзади наперед

2: спереди назад

3: справа налево

4: слева направо

Вопрос №7 Выявление при пальпации инфильтрата подъязычного валика свидетельствует о:

1: слюннокаменной болезни

2: плеоморфной аденоме

3: абсцессе окологлоточного пространства

4: эндемическом паротите

Вопрос №8 Выделение гноя из устья выводного протока при пальпации подъязычного валика свидетельствует о:

1: слюннокаменной болезни

2: эпидемическом паротите

3: абсцессе челюстно-язычного желобка

4: лимфадените поднижнечелюстной области

Вопрос №9 Устье выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы располагается:

1: сбоку от уздечки языка

2: в области корня языка

3: на слизистой оболочке нижней переходной складки в проекции второго нижнего моляра

4: на слизистой оболочке щеки в проекции жевательной поверхности второго верхнего моляра

Вопрос №10 Хирургическое вмешательство в данном клиническом случае заключается в:

1: вскрытии абсцесса, удалении конкремента

2: иссечении инфильтрата подъязычного валика в пределах здоровых тканей

3: экстирпации поднижнечелюстной слюнной железы

4: резекции слюнной железы в плоскости лицевого нерва

Вопрос №11 Альтернативой хирургическому методу лечения является:

1: ударно-волновая литотрипсия

2: лучевая терапия

3: новокаиновая блокада

4: лазерная коагуляция

Вопрос №12 В норме pH слюны поднижнечелюстной слюнной железы составляет:

1: 6,9-7,8

2: 3,3- 5,5

3: 1,2-2,5

4: 9,8-11,2

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Ситуационная задача 4

1.1. Ситуация

К врачу-стоматологу-хирургу обратилась пациентка А. 37 лет.

1.2. Жалобы

на

- периодические болезненные припухания под нижней челюстью слева, появляющиеся во время приёма пищи; припухлость и болезненность сохраняются от нескольких минут до часа и постепенно исчезают, но могут повториться во время следующего приёма пищи.

1.3. Анамнез заболевания

- Развитие настоящего заболевания: со слов пациента, припухание тканей в левой поднижнечелюстной области отмечает в течение 2 месяцев.
- Обращалась к врачу-терапевту и врачу-оториноларингологу, указанные жалобы связывались с припуханием лимфатического узла. Данных инфекционных заболеваний и ЛОР-патологии выявлено не было. Затем около месяца данных явлений не отмечала.
- Около недели назад вновь появилась припухлость в левой поднижнечелюстной области. Направлена на консультацию к врачу-хирургу-стоматологу.

1.4. Анамнез жизни

Хронический гастро-дуоденит.

1.5. Объективный статус

Внешний осмотр:



Конфигурация лица изменена за счет припухлости в левой поднижнечелюстной области. При пальпации определяется слегка увеличенная, слабо болезненная и уплотнённая левая поднижнечелюстная слюнная железа. Единичный поднижнечелюстной лимфатический узел слева увеличен до 1,0 см, слабо болезнен при пальпации, не спаян с окружающими тканями.

Открывание рта свободное.

Осмотр полости рта:

Зубная формула:

		П													О
1.8	1.7	1.6	1.5	1.4	1.3	1.2	1.1	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5	2.6	2.7	2.8
4.8	4.7	4.6	4.5	4.4	4.3	4.2	4.1	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6	3.7	3.8
		О											П		

Слизистая оболочка рта, десны, альвеолярных отростков и нёба бледно-розового цвета, равномерно увлажнена.

Прикус: ортогнатический.

Локальный статус: при пальпации мягких тканей по ходу выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы, в средней трети протока определяется болезненный участок уплотнения, при бимануальной пальпации выявляется незначительное уплотнение левой поднижнечелюстной слюнной железы. Из выводного протока левой поднижнечелюстной слюнной железы выделяется мутная слюна с включениями.

Вопрос №1 Необходимым для постановки диагноза дополнительным методом обследования является:

- 1: рентгенологическое исследование в двух проекциях
- 2: зондирование протока
- 3: термопроба

- 4: проба Шиллера – Писарева
- 5: электроодонтометрия
- 6: вакуумная проба по Кулаженко

3. Результаты дополнительных методов обследования

3.1. Рентгенологическое исследование в двух проекциях



На рентгенограмме дна полости рта слева в среднем отделе подъязычной области определяется дополнительная тень с чёткими контурами размером 4×5 мм.



На рентгенограмме левой поднижнечелюстной слюнной железы в боковой проекции под углом нижней челюсти тень конкремента не определяется.

3.2. Зондирование протока

При зондировании протока определяется шероховатая поверхность конкремента.

3.3. Термопроба

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.4. Проба Шиллера – Писарева

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.5. Электроодонтометрия

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

3.6. Вакуумная проба по Кулаженко

Исследование не имеет диагностического значения в данной клинической ситуации.

Вопрос №2 Предполагаемым основным диагнозом является _____ слюнной железы:

- 1: сиалолитиаз
- 2: абсцесс
- 3: гипертрофия
- 4: мукоцеле

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 При подозрении на наличие камня в протоке пальпация поднижнечелюстного протока проводится:

- 1: передвигая пальцы сзади вперёд
- 2: передвигая пальцы спереди назад
- 3: строго в вертикальном направлении
- 4: от устья к дистальным отделам

Вопрос №4 Противопоказание к зондированию протока является:

- 1: обострение сиаладенита
- 2: значительный размер конкремента
- 3: заращение протока
- 4: зияние устья протока

Вопрос №5 Камень, размером более 4 мм, расположенный в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока удаляется из _____ доступа с помощью:

- 1: внутриротового; разреза в подъязычной области
- 2: наружного; разреза кожных покровов
- 3: эндоскопического; разреза устья протока
- 4: наружного; проведения экстирпации железы

Вопрос №6 Камень, расположенный в переднем и среднем отделах поднижнечелюстного протока вне обострения удаляют:

- 1: в амбулаторных условиях, в плановом порядке
- 2: в условиях стационара, в плановом порядке
- 3: в стационаре одного дня, экстренно
- 4: по неотложной помощи, экстренно

Вопрос №7 После удаления камня из переднего или среднего отдела поднижнечелюстного протока целесообразно:

- 1: формирование нового устья протока
- 2: ушивание слизистой оболочки наглухо
- 3: ушивание стенки протока
- 4: формирование анастомоза с протоком подъязычной железы

Вопрос №8 При удалении конкремента из переднего или среднего отдела поднижнечелюстного протока стенка протока над камнем рассекается в _____ направлении:

- 1: продольном
- 2: поперечном
- 3: вертикальном; с выкраиванием языкообразного лоскута
- 4: поперечном; с выкраиванием языкообразного лоскута

Вопрос №9 Консервативный метод лечения пациентов со слюннокаменной болезнью, может быть использован при расположении камня:

- 1: небольших размеров вблизи устья протока
- 2: крупного размера в дистальном отделе протока
- 3: в паренхиме железы
- 4: в среднем отделе протока

Вопрос №10 Лечение слюннокаменной болезни после удаления конкремента можно считать успешным и законченным при:

- 1: полном (или частичном) восстановлении функции железы
- 2: отсутствии рецидива заболевания
- 3: формировании стойкой стриктуры протока
- 4: отсутствии расширения протоков на сиалограмме

Вопрос №11 На сиалограмме камень в слюнной железе может быть обнаружен в виде:

- 1: дефекта наполнения протока
- 2: контрастных пятен в паренхиме
- 3: заполнения паренхимы в виде «облачков»
- 4: участка расширенного протока

Вопрос №12 В большинстве случаев конкременты формируются в железе:

- 1: поднижнечелюстной
- 2: околоушной
- 3: малой
- 4: подъязычной

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1,2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 17

Ситуационная задача 1

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.Поставьте диагноз.

2. Наметьте план хирургического лечения.

3. Назовите варианты пластики.

Ответы

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.

2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.

3. Свободная пересадка кожи, пластика местными тканями.

Ситуационная задача 2

Больной К., 52 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которая возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дополнительные лабораторные методы обследования.

3. Предложите план лечения.

4. Назначьте медикаментозное лечение.

5. Показана ли физиотерапия этой больной?

Ответы

1. Острый артрит ВНЧС справа.

2. Рентгенография ВНЧС, анализ крови на наличие ревматоидных факторов

3. Для снятия воспалительных явлений назначается антибактериальная терапия, после стихания воспалительных явлений физиотерапия. Щадящая диета.

Противовоспалительная, антибактериальная, антигистаминная медикаментозная терапия.

4. Не показана. Физиотерапевтическое лечение возможно проводить после стихания острых воспалительных процессов.

Ситуационная задача 3

Больная П., 23 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?

Ответы

Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.

Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.

Тема 18

Ситуационная 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.

О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?

Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?

Проведите дифференциальную диагностику.

Опишите клинико-рентгенологическую картину.

Методы лечения в данном случае?

Ответы

На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

Необходимо проводить дифференциальную диагностику с мышечной контрактурой, деформирующим артрозом и анкилозом ВНЧС.

Клинически отмечается искривление нижнего отдела лица за счет деформации и уменьшения в размерах правой половины нижней челюсти. Средняя линия подбородка смещена вправо. На коже щечной и поднижне-челюстной областей ряд втянутых рубцов. При обследовании движений головок ВНЧС через наружные слуховые проходы слева отмечаются слабые движения, справа - движения отсутствуют. Прикус перекрестный. При рентгенологическом обследовании ВНЧС справа и слева (для сравнения), слева отмечается суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок хорошо контурированы. Справа суставная головка, суставная впадина и суставной бугорок слиты в единый костный массив, полулунная вырезка ветви нижней челюсти резко сужена, ветвь челюсти укорочена, угол челюсти деформирован в виде шпоры.

Консервативное лечение – механотерапия, физиолечение с гидрокортизоном и лидазой.

Хирургическое лечение – остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви н/ч с интерпозицией между фрагментами мягких тканей с целью формирования ложного сустава, артропластика ортотопическим гомотрансплантатом или имплантатом.

Задача 7

Больной, 18 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?

Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Опишите возможные варианты лечения.

В какой последовательности должна проводиться санация полости рта?

Какой вид обезболивания можно применить при оперативном лечении в данном случае?

Ответы

На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.

Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа, а также линейные измерения размеров тела и ветви нижней челюсти сравнительно справа и слева.

При лечении фиброзного анкилоза ВНЧС возможны варианты:

Консервативного лечения - активная механотерапия аппаратами типа Дарсисака, физиолечение с гидрокортизоном или лидазой, но эта попытка может быть малоэффективной. Необходимы хирургические методы лечения. Выбор хирургического метода лечения зависит степени и возможности открывания рта, характера деформации и размеров нижней челюсти. Мы стремимся к созданию нового или ложного сустава ближе к естественному, а также восстановлению нормального прикуса. Для этого осуществляется остеотомия в области шейки суставного отростка или верхней трети ветви нижней челюсти с интерпозицией между фрагментами мягких тканей круглого стебельчатого лоскута (его соединительнотканной основы - метод Лимберга), интерпозиция с помощью колпачков, обработка концов фрагментов по Великановой. Однако методом выбора в настоящее время является артропластика ортотопическим гомотрансплантатом нижней челюсти - суставной головки вместе с ветвью челюсти, что позволяет одномоментно восстановить сустав и удлинить ветвь челюсти (по Н.А.Плотникову):

- хирургическое лечение анкилоза ВНЧС,
- консультация ортодонта,
- терапевтическое и хирургическое лечение зубов,
- ортодонтическое и (или) ортопедическое лечение.

Тема 19

Ситуационная задача 1

1.1. Ситуация

Пациент К. 46 лет обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии.

1.2. Жалобы

на

- резкие приступообразные боли в верхней зоне лица справа длительностью до 1 минуты, во время которых он замирает.

1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациента, около 3 месяцев отмечает периодически возникающие болевые ощущения в верхней зоне лица справа, интенсивность которых нарастает и приобретает характер удара током. Принимает обезболивающие препараты.

1.4. Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает;
- вредные привычки: отрицает;
- профессиональных вредностей не имел;
- аллергических реакций не было.

1.5. Объективный статус

Больной в сознании. Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 167 см. Температура тела 36,7°C. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст.

При внешнем осмотре конфигурация лица не изменена, во время приступа больной замирает с гримасой страха, отмечается болевой тик в лобных и скуловых мышцах справа.

Вопрос №1 К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относят :

1. рентгенологическое исследование
2. ОПТГ
3. биохимический анализ крови
4. МРТ

3. Результаты инструментального метода обследования

3.1. Рентгенологическое исследование

Отмечается сужение надглазничного и подглазничного каналов справа.

3.2. ОПТГ



3.3. Биохимический анализ крови

Биохимический анализ крови: мочевины – 6,2 ммоль/л, креатинин – 120,3 мкмоль/л, общий белок – 73,8 г/л, билирубин общий – 9,8 мкмоль/л, АЛТ – 54,2 Ед/л, АСТ – 29,8 Ед/л, щелочная фосфатаза – 66 Ед/л, глюкоза – 4,58 ммоль/л.

3.4. МРТ

Отсутствие клинически значимых изменений.

Вопрос №2 Основным диагнозом является :

1. невралгия тройничного нерва
2. невралгия лицевого нерва
3. неврит лицевого нерва
4. невралгия верхнеглоточного нерва

5. Диагноз

Диагноз:

Вопрос №3 Дифференциальную диагностику целесообразно проводить с:

1. невралгией языкоглоточного и верхнегортанного нервов
2. невритом лицевого нерва
3. невритом добавочного нерва
4. невралгией подъязычного нерва

Вопрос №4 Лабораторные методы исследования в данном случае включают :

1. определение простагландинов, нейропептидов, тестостерона
2. коагулограмму
3. определение уровня гормонов щитовидной железы
4. общий анализ крови

Вопрос №5 При диагнозе невралгия тройничного нерва:

1. во время приступа больной замирает с гримасой страха
2. отсутствуют движения мимической мускулатуры
3. снижен тонус мимических мышц
4. отмечается губо-подбородочные контрактуры

Вопрос №6 При диагнозе невралгия тройничного нерва:

1. интенсивность болевых ощущений различна, со временем они становятся сверлящими, режущими, жгущими, простреливающими как удары током
2. интенсивность боли уменьшается
3. пациент отмечает ограничение движений лица на стороне поражения
4. отмечается дискоординация движений языка

Вопрос №7 Тактикой врача челюстно-лицевого хирурга в специализированном стационаре при предварительном диагнозе невралгия тройничного нерва будет являться :

1. перинеуральное введение анестетика
2. повторный осмотр через месяц
3. консультация фтизиатра
4. повторный осмотр через 2 недели

Вопрос №8 К инструментальным методам диагностики относят :

1. электрометрию
2. УЗИ
3. спирометрию
4. холтермониторинг

Вопрос №9 Консервативное лечение невралгии тройничного нерва, включает:

1. витаминотерапию, седативные средства
2. тавегил, кеторол
3. антибиотики, противовоспалительная терапия
4. анксиолитики

Вопрос №10 Хороший эффект дают блокады :

1. местные тримекаиновые
2. парвертебральные
3. корешковые
4. фуникулярные

Вопрос №11 Длительность заболевания при герпетическом поражении ганглиев тройничного нерва составляет:

1. от 3-6 недель
2. от 4-9 недель
3. от 5-10 недель
4. 3 дня

Вопрос №12 Поздняя постгерпетическая невралгия тройничного нерва длится :

1. от нескольких месяцев до нескольких лет
2. 4-5 дней
3. 10-15 дней
4. 1-2 недели

Эталон ответов:

Вопрос	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Ответ	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Тема 20

Ситуационная задача 1

Больной, 35 лет, поступил с диагнозом: паралич мимических мышц лица справа. Года назад попал в автомобильную аварию. В хирургическом стационаре общего профиля была произведена первичная хирургическая обработка ран

Вопрос

1. Укажите причину паралича мимических мышц
2. В течение какого срока после травмы возможно пластическое восстановление целостности лицевого нерва

Ответ

1. Это результат травмы
2. В течение года

Ситуационная задача 2

Ольгой, 45 лет, обртылся с жалобами на отставание движений мягких тканей левой половины лица по сравнению с правой, которое возникло после операции удаления околоушной слюнной железы слева год назад. Витаминотерапия и ЛФК в последние месяцы оказали незначительный положительный эффект

Вопросы

1. Поставьте предположительный диагноз
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы?

Ответ

1. Послеоперационный парез мимических мышц в области левой половины лица
2. Необходимо установить, какие ветви лицевого нерва повреждены во время операции, смыкаются ли веки. Наличие мест болезненности при пальпации лицевого нерва, наличие рецидива опухоли

2.4 Итоговый тестовый контроль

- 1) ПРИ БОЛЕЗНЕННОЙ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ И ОТСУТСТВИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОМ СУСТАВЕ ВОЗМОЖЕН ДИАГНОЗ
 1. мышечно-суставная дисфункция
 2. артрит
 3. артроз
 4. остеома суставного отростка нижней челюсти
- 2) ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ СОСТОЯНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЮТ
 1. магниторезонансную томографию
 2. артрографию
 3. рентгенографию
 4. сцинтиграфию
- 3) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОНКРЕМЕНТА В ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫПОЛНЯЮТ
 1. рентгенографию
 2. зондирование
 3. перкуссию
 4. пальпацию
- 4) РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ В ПРОЕКЦИЯХ
 1. боковой, прямой
 2. передней, задней
 3. носолобной
 4. носоподбородочной
- 5) ДЛЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРОЕКЦИЯ
 1. боковая
 2. передняя
 3. аксиальная
 4. косая
- 6) ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ВОДОНЕРАСТВОРИМОЕ ВЕЩЕСТВО
 1. Йодолипол
 2. Верографин
 3. Кардиотраст
 4. Уротраст
- 7) ПРИ НОРМАЛЬНО ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ЖЕЛЕЗЕ ПОСЛЕДНЯЯ ОСВОБОЖДАЕТСЯ ОТ ВОДОНЕРАСТВОРИМОГО РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОГО ВЕЩЕСТВА ЧЕРЕЗ
 1. 3-5 минут
 2. 10-20 минут
 3. 2-3 часа

4. 2-3 дня
- 8) В ФУНКЦИОНАЛЬНОМ ОТНОШЕНИИ ДЛЯ СИАЛОГРАФИИ БОЛЕЕ ЩАДЯЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНЫЕ ВЕЩЕСТВА
 1. водорастворимые
 2. масляные
 3. спиртовые
 4. щелочные
- 9) НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ МОРФОЛОГИИ ЭЛЕМЕНТОВ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. томография височно-нижнечелюстных суставов
 2. панорамная рентгенография
 3. ортопантомография
 4. рентгенокинематография
- 10) ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРИМЕНЯЮТ МЕТОД
 1. рентгенологического исследования
 2. измерения высоты нижнего отдела лица
 3. анализа функциональной окклюзии
 4. электромиографического исследования
- 11) РЕОГРАФИЯ ОБЛАСТИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ
 1. гемодинамики
 2. сократительной способности мышц челюстно-лицевой области
 3. движения головок нижней челюсти
 4. размеров элементов височно-нижнечелюстного сустава
- 12) ПАРОТИТОМ ГЕРЦЕНБЕРГА НАЗЫВАЮТ СИАЛОАДЕНИТ
 1. лимфогенный
 2. контактный
 3. бактериальный
 4. вызванный вирусом герпеса
- 13) АНКИЛОЗУ СВОЙСТВЕННА ФОРМА
 1. костная
 2. гнойная
 3. катаральная
 4. серозная
- 14) ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДНОГО ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ИЛИ САЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, РАСПРОСТРАНЯЮЩЕЕСЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ ПОДКОЖНО-ЖИРОВУЮ КЛЕТЧАТКУ, НАЗЫВАЮТ
 1. фурункулом
 2. карбункулом
 3. фурункулёзом
 4. лимфаденитом
- 15) ИНФЕКЦИОННОЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ВОЛОСЯНЫХ ФОЛЛИКУЛОВ ИЛИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЁЗ, РАСПОЛОЖЕННЫХ ПО СОСЕДСТВУ ДРУГ С ДРУГОМ, НАЗЫВАЮТ
 1. карбункулом
 2. фурункулёзом
 3. лимфаденитом
 4. фурункулом
- 16) ГНОЙНОЕ РАСПЛАВЛЕНИЕ ЛИМФОУЗЛА С ПОСЛЕДУЮЩИМ РАСПРОСТРАНЕНИЕМ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА КЛЕТЧАТКУ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ АНАТОМИЧЕСКОЙ ОБЛАСТИ НАЗЫВАЮТ

1. аденофлегмоной
 2. фурункулом
 3. абсцессом
 4. лимфангитом
- 17) ФОРМИРОВАНИЕ БОЛЕЗНЕННОЙ ПУСТУЛЫ С ГНОЙНЫМ СОДЕРЖИМЫМ В ОБЛАСТИ УСТЬЯ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА НА НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
1. фурункула
 2. карбункула
 3. эпидермальной кисты
 4. лимфаденита
- 18) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ФУРУНКУЛА ПРОВОДЯТ С
1. нагноением эпидермальной кисты
 2. рожистым воспалением
 3. флегмоной
 4. гемангиомой
- 19) ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЛУЧИСТЫМИ ГРИБАМИ-АКТИНОМИЦЕТАМИ, НАЗЫВАЮТ
1. актиномикозом
 2. рожей
 3. туберкулёзом
 4. сифилисом
- 20) ХРОНИЧЕСКОЕ, СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ИНФЕКЦИОННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ВЫЗЫВАЕМОЕ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМОЙ, НАЗЫВАЮТ
1. сифилисом
 2. трихоэпителиозом
 3. туберкулёзом
 4. актиномикозом
- 21) ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
1. острым отитом
 2. острым синуситом
 3. околоушным гипергидрозом
 4. переломом верхней челюсти
- 22) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. ограничение открывания рта
 2. верхняя макрогнатия
 3. снижение высоты прикуса
 4. укорочение ветвей нижней челюсти
- 23) КОНТРАКТУРА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ
1. воспалительная
 2. герпетическая
 3. множественная
 4. линейная
- 24) ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. прогрессирующее разрушение головок височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 2. бессимптомное течение заболевания
 3. прогения
 4. стойкая контрактура
- 25) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ ИЗМЕНЕНИЕ В СУСТАВЕ
1. некроз хряща
 2. набухание диска
 3. увеличение синовиальной жидкости

4. растяжение капсулы
- 26) СИФИЛИТИЧЕСКИЙ АРТРИТ ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА
 1. вялое
 2. быстрое
 3. прогрессирующее
 4. острое
- 27) ПРИЧИНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ КОНТРАКТУРЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. абсцессы челюстно-лицевой области
 2. артрит височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. артроз височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 4. флебит угловой вены
- 28) ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 1. в верхней трети лица
 2. в нижней трети лица
 3. в носогубной складке
 4. на боковой поверхности шеи
- 29) ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 1. в средней трети лица
 2. по всему лицу
 3. на боковой поверхности шеи
 4. в верхней трети лица
- 30) ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ
 1. в нижней трети лица
 2. по всему лицу
 3. на боковой поверхности шеи
 4. в верхней трети лица
- 31) ПЕРВИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ
 1. твёрдого шанкра
 2. афт
 3. розеолёзных элементов
 4. папул
- 32) ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ
 1. 3-6 лет
 2. 1 месяц
 3. 6 месяцев
 4. 1 год
- 33) ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ
 1. гуммы
 2. розеолёзных элементов
 3. твёрдого шанкра
 4. эрозивных сифилид
- 34) ПРИ СИНДРОМЕ ШЕГРЕНА ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. ксеростомия
 2. гиперсаливация
 3. боль
 4. отёк
- 35) ПОСТОЯННАЯ ГИПОСАЛИВАЦИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
 1. болезни Шегрена
 2. гепатите А
 3. гипотиреозе
 4. актиномикозе
- 36) ПРИ БОЛЕЗНИ МИКУЛИЧА СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

1. плотные и безболезненные
 2. не изменены
 3. мягкие и болезненные
 4. плотные и болезненные
- 37) СИМПТОМ «СЛЮННОЙ КОЛИКИ» ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ ПАРОТИТЕ
1. калькулёзном
 2. эпидемическом
 3. паренхиматозном
 4. лимфогенном
- 38) ПРИЗНАКОМ ЛОЖНОГО ПАРОТИТА ГЕРЦЕНБЕРГА НА СИАЛОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. отсутствие изменений
 2. скопление контрастной массы в паренхиме
 3. сужение протоков в паренхиме
 4. сужение выводного протока
- 39) КОЛИЧЕСТВО ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ В ПОДПОДБОРОДОЧНОЙ ОБЛАСТИ СОСТАВЛЯЕТ
1. 1-4
 2. 10-15
 3. 8-10
 4. 5-8
- 40) ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ В
1. поднижнечелюстном треугольнике
 2. подподбородочном треугольнике
 3. позадичелюстной области
 4. подъязычной области
- 41) ЛИМФА ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКА ВПАДАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1. подбородочные
 2. лицевые
 3. поднижнечелюстные
 4. заглочные
- 42) ЛИМФА ОТ ЩЕКИ И ВЕРХНЕЙ ГУБЫ ОТТЕКАЕТ В ГРУППУ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
1. поднижнечелюстную
 2. подбородочную
 3. щёчную
 4. околоушную
- 43) ПРИЧИНОЙ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЯВЛЯЕТСЯ
1. расположение зубов в зоне секвестрации
 2. несвоевременное удаление "причинного зуба"
 3. разрушение круговой связки зуба
 4. гибель пульпы зуба
- 44) ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ТЕМ, ЧТО
1. расстояние между центральными резцами не превышает 1 см
 2. расстояние между центральными резцами не превышает 0,5 см
 3. расстояние между центральными резцами не превышает 2 см
 4. челюсти плотно сведены, самостоятельное открывание рта невозможно
- 45) В НОРМЕ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
1. отсутствие каких-либо звуковых явлений
 2. щёлканье
 3. хруст

4. крепитация
- 46) ПРОДУКТИВНАЯ ФОРМА ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
 1. значительным периостальным и эндостальным новообразованием кости
 2. двусторонним поднадкостничным абсцессом
 3. выбуханием челюсти в проекции причинного зуба
 4. наличием свищевых ходов
- 47) СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ
 1. 3-4 недели
 2. 3-4 дня
 3. 2-3 года
 4. 7-10 дней
- 48) СРОКИ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКВЕСТРОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СОСТАВЛЯЮТ
 1. 6-14 недель
 2. 2-3 года
 3. 3-4 недели
 4. 7-10 дней
- 49) ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ОТ МЕТАСТАЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ
 1. цитологическое исследование пунктата
 2. сиалометрия по методу Андреевой
 3. электроодонтодиагностика (ЭОД)
 4. длиннофокусная рентгенография
- 50) НА РЕНТГЕНОГРАММЕ СЕКВЕСТРАЛЬНАЯ КОРОБКА (УПЛОТНЁННЫЙ СЛОЙ КОСТНОГО ВЕЩЕСТВА, ОТГРАНИЧИВАЮЩИЙ ЗДОРОВУЮ ТКАНЬ ОТ РАССАСЫВАЮЩЕГОСЯ СЕКВЕСТРА) ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ
 1. новообразованную костную ткань вокруг секвестра
 2. участки резорбции костной ткани с чёткими границами
 3. отделившиеся секвестры
 4. участки резорбции костной ткани с нечёткими границами
- 51) ПРИ СЕКВЕСТРИРУЮЩЕЙ ФОРМЕ ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
 1. один или несколько очагов резорбции с тенью секвестра в центре
 2. очаг деструкции кости с множеством мелких секвестров
 3. эндостальное и периостальное новообразование кости
 4. оссификация утолщённого периоста
- 52) ОБЩЕСОМАТИЧЕСКИМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФУРУНКУЛА ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
 1. гнойный менингит
 2. верхнечелюстной синусит
 3. рожистое воспаление
 4. гипертонический криз
- 53) ЛЕЧЕНИЕ ФУРУНКУЛА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ В СТАДИИ АБСЦЕДИРОВАНИЯ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ
 1. стационара
 2. поликлиники
 3. амбулатории
 4. клинического центра
- 54) ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА МОЖЕТ РАСПРОСТРАНЯТЬСЯ В
 1. крылонёбную ямку
 2. подбородочную область
 3. заглочное пространство
 4. крыловидно-нижнечелюстное пространство

- 55) ОТ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1. поднижнечелюстные
 2. заглочные
 3. околоушные
 4. сосцевидные
- 56) В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ
1. наружного слухового прохода
 2. нижней губы
 3. полости носа
 4. дна полости рта
- 57) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ
1. секвестрэктомию
 2. периостотомию
 3. цистэктомию
 4. цистотомию
- 58) ПРИМЕНЕНИЕ КОМПРЕССОВ С ДИМЕКСИДОМ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) И СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОБУСЛОВЛЕНО
1. высокой проникающей способностью через кожные покровы и противовоспалительным эффектом
 2. антибактериальным действием
 3. жаропонижающим действием
 4. фибринолитическим действием
- 59) НОВОКАИНОВЫЕ БЛОКАДЫ ПО А.В. ВИШНЕВСКОМУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ НЕ ОБЛАДАЮТ СВОЙСТВОМ
1. оказания антибактериального эффекта
 2. воздействия на трофическую функцию нервной системы
 3. влияния на интенсивность клеточных процессов
 4. купирования воспалительного процесса
- 60) ПРИ ОСТРЫХ СИАЛАДЕНИТАХ В КАЧЕСТВЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРОВОДЯТ
1. инстилляцию протоков слюнных желёз раствором Пенициллина
 2. орошение полости рта Интерфероном
 3. ротовые ванночки раствором Хлоргексидина
 4. тепловые компрессы
- 61) ОРОШЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА ИНТЕРФЕРОНОМ 4-5 РАЗ В ДЕНЬ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ВИДЕ СИАЛАДЕНИТА
1. гриппозного
 2. эпидпаротита
 3. лимфогенного
 4. контактного
- 62) ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НАЗЫВАЕТСЯ
1. секвестрэктомия
 2. остеоперфорация
 3. удаление причинного и соседних зубов
 4. вскрытие и дренирование гнойных очагов
- 63) ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ
1. круглым бором
 2. дрельбором
 3. фрезой

4. желобоватым долотом
- 64) ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА
 1. болезненную припухлость в поднижнечелюстной области
 2. затруднённое открывание рта
 3. боль в области нижней челюсти
 4. боль при глотании
- 65) ВЕНЫ ПОДГЛАЗНИЧНОЙ ОБЛАСТИ АНАСТОМОЗИРУЮТ С ВЕНАМИ
 1. верхней и нижней глазницы
 2. верхнего зубного сплетения
 3. подвисочной ямки
 4. полости носа
- 66) В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ
 1. хронические одонтогенные очаги инфекции
 2. секвестры
 3. очаги рентгенопрозрачности различного размера
 4. очаги остеосклероза
- 67) ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
 1. острым отитом
 2. острым верхнечелюстным синуситом
 3. околоушным гипергидрозом
 4. переломом верхней челюсти
- 68) ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
 1. флегмоной околоушно-жевательной области
 2. острым верхнечелюстным синуситом
 3. околоушным гипергидрозом
 4. переломом верхней челюсти
- 69) ОСТРЫЙ АРТРИТ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С
 1. контрактурой жевательных мышц
 2. остеомиелитом
 3. пульпитом
 4. переломом тела челюсти
- 70) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
 1. фиброзным анкилозом
 2. острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
 3. острым специфическим артритом
 4. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
- 71) ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ С
 1. хроническим артритом
 2. полным передним вывихом височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС)
 3. внутрисуставным переломом головки нижней челюсти
 4. острым сиалоаденитом околоушной слюнной железы
- 72) К ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ
 1. томография ВНЧС
 2. миография
 3. аудиометрия

4. биохимия крови
- 73) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
 1. компьютерная томография
 2. миография
 3. аудиометрия
 4. биохимия крови
- 74) К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛЕНИЯМ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСИТСЯ
 1. туберкулёз
 2. болезнь Дауна
 3. болезнь Менкельсона-Розенталя
 4. болезнь Бехтерева
- 75) ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
 1. фиброзный
 2. гнойный
 3. слипчивый
 4. катаральный
- 76) ФОРМОЙ АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
 1. костный
 2. гнойный
 3. слипчивый
 4. катаральный
- 77) ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ЯВЛЯЕТСЯ
 1. тугоподвижность в суставе, выраженная по утрам
 2. шум в ушах
 3. нарушение глотания
 4. множественный кариес
- 78) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
 1. стойкое ограничение подвижности нижней челюсти
 2. шум в ушах
 3. нарушение глотания
 4. множественный кариес
- 79) ПРИ РАЗВИТИИ АНКИЛОЗА ВНЧС В ДЕТСТВЕ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЯВЛЯЕТСЯ
 1. с началом интенсивного роста костей лица
 2. спустя 6 месяцев от начала заболевания
 3. спустя 12 месяцев от начала заболевания
 4. после начала лечения
- 80) СУСТАВНОЙ ШУМ ЯВЛЯЕТСЯ РАННИМ ПРИЗНАКОМ
 1. артроза
 2. артрита
 3. мастоидита
 4. вывиха
- 81) ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ АРТРИТАХ ПРОИСХОДИТ
 1. разволокнение и некроз хряща
 2. набухание диска
 3. увеличение синовиальной жидкости
 4. растяжение капсулы

- 82) К ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ОТНОСЯТ
1. затруднение открывания рта, боль в суставе, усиливающаяся при движениях нижней челюсти
 2. парез мимической мускулатуры
 3. покраснение и припухлость в околоушно-жевательной области
 4. невозможность открыть рот
- 83) К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТЕОАРТРОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ОТНОСЯТ
1. ограничение открывания рта, девиацию, хруст в суставе
 2. боль, припухлость
 3. полное отсутствие движений в суставе
 4. деформацию лица
- 84) ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
1. резкое ограничение подвижности нижней челюсти
 2. нарушение глотания
 3. множественный кариес
 4. выраженный болевой симптом
- 85) ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНОГО С ДВУХСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. профилем «птичьего» лица
 2. нижней макрогнатией
 3. верхней микрогнатией
 4. верхней ретрогнатией
- 86) КЛАССИЧЕСКАЯ КАРТИНА ВЕНОЗНОГО ТРОМБОЗА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ЛОСКУТ
1. синий
 2. красный
 3. розовый
 4. чёрный
- 87) ДЕФОРМАЦИЯ КОСТНЫХ СУСТАВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ВНЧС НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЯВЛЯЕТСЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ
1. остеоартроза
 2. острого неспецифического артрита
 3. синдрома болевой дисфункции
 4. вывиха ВНЧС
- 88) РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. сплошным костным конгломератом
 2. прерывистой суставной щелью
 3. чётко контурируемыми элементами суставных структур
 4. зоной склероза суставной головки
- 89) ФУРУНКУЛ ЩЁЧНОЙ ОБЛАСТИ МОЖЕТ ОСЛОЖНИТЬСЯ ТРОМБОФЛЕБИТОМ ВЕНЫ
1. угловой
 2. яремной
 3. поверхностной височной
 4. носолобной
- 90) ТРОМБОФЛЕБИТ V. ANGULARIS ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ, ВОЗНИКАЮЩИМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ФУРУНКУЛА В ОБЛАСТИ
1. верхней губы
 2. нижней губы
 3. височной

4. подбородка
- 91) ВТОРИЧНОЕ ИНФИЦИРОВАНИЕ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ПРОИСХОДИТ
 1. при распространении процесса из окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного пространства
 2. от нижних зубов мудрости
 3. от верхних зубов мудрости
 4. при распространении воспалительного процесса из подвисочной и крылонёбной ямки
- 92) ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 1. артропластике
 2. физиотерапии
 3. лечебной физкультуре
 4. редрессации
- 93) ВСКРЫТИЕ КАПСУЛЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ СИАЛОАДЕНИТЕ ПРОИЗВОДИТСЯ
 1. только после появления очагов размягчения и флюктуации в области железы
 2. при развитии инфильтративных изменений в паренхиме железы
 3. после появления гнойного отделяемого из выводного протока железы
 4. при развитии прогрессирующей сухости во рту
- 94) В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ВХОДЯТ
 1. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС
 2. химиотерапия, иглотерапия
 3. физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 4. физиотерапия, резекция мышечкового отростка, разгрузка и покой ВНЧС
- 95) ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОДОНТОГЕННЫХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ (ЧАС)
 1. 48-72
 2. 24-48
 3. 12-24
 4. 72-86
- 96) ЛУЧШИМ ПРОФИЛЕМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ОБЛАДАЮТ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ
 1. высокоселективные ингибиторы циклооксигеназы 2
 2. неселективные ингибиторы циклооксигеназы 1 и 2
 3. селективные ингибиторы циклооксигеназы 1
 4. селективные ингибиторы циклооксигеназы 2
- 97) ИЗБИРАТЕЛЬНОЕ ПРИШЛИФОВЫВАНИЕ ЗУБОВ ПРИ ПАТОЛОГИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА (ВНЧС) ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЮЮ
 1. нормализации функциональной окклюзии
 2. устранения острых краёв зубов
 3. снижения окклюзионной высоты
 4. достижения плавности движений нижней челюсти
- 98) СИАЛОГРАФИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК ПАРЕНХИМАТОЗНОГО ПАРОТИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СКОПЛЕНИЕМ РЕНТГЕНОКОНТРАСТНОЙ МАССЫ В ПАРЕНХИМЕ ЖЕЛЕЗЫ В ВИДЕ
 1. «гроздьев винограда»
 2. «чернильного пятна»
 3. сужения протоков паренхимы
 4. расширения и сужения протока

99) СИМПТОМ ВЕНСАНА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРИ

1. остеомиелите
2. периодонтите
3. флегмоне
4. периостите

100) РЕАБИЛИТАЦИОННЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. физиотерапия
2. внутриротовой разрез
3. наружный разрез
4. удаление причинного зуба

101) ПРЕПАРАТАМИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМИ ДЛЯ ОБЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ГЛОССАЛГИИ, ЯВЛЯЮТСЯ

1. Финлепсин, инъекции витамина В₁₂
2. Прозерпин, Тималин,
3. Димедрол, Прозерпин
4. Пентовит, Метацил

102) БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ В ОБЛАСТИ

1. окологлоточного пространства
2. височной
3. щёчной
4. околоушно-жевательной

103) ВЫРАЖЕННОЕ ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ОТКРЫВАНИИ РТА ПОЯВЛЯЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ФЛЕГМОНОЙ ОБЛАСТИ

1. околоушно-жевательной
2. скуловой
3. поднижнечелюстной
4. щёчной

104) ПЕРВИЧНЫЙ ОЧАГ ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ, ПЕРЕРАСТАЮЩИЙ В ФЛЕГМОНУ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

1. поднижнечелюстной области
2. щёчной области
3. подвисочной ямке
4. околоушной слюнной железе

105) ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ФЛЕГМОНЫ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ОБЛАСТИ

1. третьих моляров
2. верхней губы
3. зубов верхней челюсти
4. лимфатических узлов щёчной области

106) ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. инфильтрат и гиперемия кожи околоушно-жевательной области
2. отёк верхнего века
3. отёк крыловидно-нижнечелюстной складки
4. боль при глотании

107) ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ФЛЕГМОНЫ ПОДВИСОЧНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЕТСЯ

1. симптом «песочных часов»
2. отёк и гиперемия кожи в подглазничной области
3. парез ветвей лицевого нерва
4. симптом «очков»

- 108) ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ АБСЦЕССА И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ
1. боль при глотании и движении языка
 2. асимметрия лица
 3. затруднённое открывание рта
 4. отёк крыловидно-нижнечелюстной складки
- 109) МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ
1. муфтообразный, без чётких границ воспалительный инфильтрат, положительный симптом Венсана, подвижность зубов
 2. подвижность всех зубов на челюсти, нарушение прикуса
 3. воспалительный инфильтрат на поверхности челюсти без чётких границ, положительный симптом нагрузки
 4. воспалительный инфильтрат на одной поверхности челюсти с чёткими границами, отрицательный симптом Венсана
- 110) ПРИЧИНОЙ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
1. хронический периодонтит
 2. хронически пульпит
 3. хронический тонзиллит
 4. перелом челюсти
- 111) ГНОЙНО-РЕЗОРБИВНАЯ ЛИХОРАДКА С ОЗНОБОМ МОЖЕТ БЫТЬ СВЯЗАНА С
1. наличием двухстороннего поднадкостничного абсцедирования
 2. тромбозом сосудов нижней челюсти
 3. секвестрацией челюстной кости
 4. сопутствующим лимфаденитом
- 112) СИМПТОМ ВЕНСАНА КАК РЕЗУЛЬТАТ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
1. остром одонтогенном остеомиелите в области тела нижней челюсти
 2. остром апикальном пародонтите нижнего премоляра
 3. остром гнойном периостите челюсти
 4. при луночковом остеомиелите в области верхнего моляра
- 113) МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ И РАЦИОНАЛЬНЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. ОПТГ
 2. ЭЭГ
 3. МРТ
 4. УЗИ
- 114) ЗАБОЛЕВАНИЕМ, С КОТОРЫМ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ЯВЛЯЕТСЯ
1. костный туберкулёз
 2. хронический пульпит
 3. хронический периодонтит
 4. фолликулярная киста
- 115) ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТОРОЖЕВОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ
1. радиоизотопную лимфографию
 2. мультиспиральную компьютерную томографию
 3. конусно-лучевую компьютерную томографию
 4. ядерно-магнитнорезонансную томографию

- 116) ФЛЕГМОНУ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ
1. абсцедирующего паротита
 2. ангины Людвига
 3. флегмоны височной области
 4. обострения хронического верхнечелюстного синусита
- 117) ДЛЯ СИАЛОАДЕНИТА ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО, ЧТО ИЗ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА ПОРАЖЁННОЙ ЖЕЛЕЗЫ
1. слюна не выделяется
 2. выделяется неизменённая слюна
 3. выделяется густой гной
 4. выделяется слюна с примесью гноя
- 118) СИМПТОМ «ЯБЛОЧНОГО ЖЕЛЕ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ
1. туберкулёзной волчанки
 2. системной красной волчанки
 3. слизистой формы актиномикоза
 4. вторичного сифилиса
- 119) ПРИЗНАК ЗАТРУДНЁННОГО ГЛОТАНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ ФЛЕГМОНЕ
1. крылочелюстного пространства
 2. субмассетериального пространства
 3. подподбородочного пространства
 4. височной области
- 120) ПРИ ПОДОСТРОЙ ФОРМЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
1. ограниченная резорбция челюсти в виде очагов неправильной формы с нечёткими контурами
 2. ограниченный очаг деструкции кости с чёткими контурами полости
 3. ограниченная резорбция кости округлой формы с чёткими границами
 4. очаг деструкции кости с наличием нескольких полостей
- 121) В КАЧЕСТВЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТЕЙ В НАЧАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ОСТРОЙ СТАДИИ БОЛЕЕ ПОКАЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. остеотонометрия
 2. термометрия
 3. иммунологический тест
 4. рентгенография
- 122) ОБНАРУЖЕНИЕ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ «ЦИСТЕРН», ЗАПОЛНЕННЫХ КОНТРАСТОМ В ОБЛАСТИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ С ИХ ЗАМЕДЛЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ЭВАКУАЦИИ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СИАЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
1. паренхиматозного сиалоаденита
 2. итерстициального сиалоаденита
 3. сиалодохита
 4. эпидемического паротита
- 123) ОДНИМ ИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ФЛЕГМОНЫ ГЛАЗНИЦЫ МОЖЕТ БЫТЬ
1. потеря зрения
 2. ксерофтальмия
 3. выворот век
 4. парез лицевого нерва
- 124) СЕРЬЁЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ФЛЕГМОН ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
1. тромбоз кавернозного синуса головного мозга
 2. паротит

3. медиастинит
4. парез лицевого нерва
- 125) ВЫПОЛНЯЯ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, МОЖНО ПОВРЕДИТЬ
 1. поднижнечелюстную слюнную железу
 2. скуловую ветвь nervus facialis
 3. корень языка
 4. околоушную слюнную железу
- 126) НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. патологический перелом
 2. дакриоцистит
 3. верхнечелюстной синусит
 4. парез ветвей лицевого нерва
- 127) РАЗРЕЗ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ДНА ПОЛОСТИ РТА ДОСТАТОЧЕН, ЕСЛИ ОН СДЕЛАН
 1. на протяжении инфильтрата
 2. в проекции корня языка
 3. по границе гиперемии кожи
 4. в месте наибольшей болезненности
- 128) ТИПИЧНЫЙ РАЗРЕЗ ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ КОРНЯ ЯЗЫКА ПРОИЗВОДЯТ
 1. по средней линии от подбородка до подъязычной кости
 2. дугообразно вдоль угла нижней челюсти
 3. по крыловидно-нижнечелюстной складке
 4. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
- 129) ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО С ОСТРЫМ СИАЛОАДЕНИТОМ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 1. стимуляции слюноотделения, проведении противовоспалительной терапии
 2. назначении десенсибилизирующей терапии
 3. удалении поражённой железы
 4. введении в проток гипертонического раствора
- 130) ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОДОНТОГЕННЫМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ ЧЕЛЮСТИ ПРИ СФОРМИРОВАВШЕМСЯ СЕКВЕСТРЕ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 1. секвестрэктоми
 2. санации полости рта
 3. антибактериальной терапии
 4. периостотомии в области причинного зуба
- 131) ХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, КОТОРОЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ, НАЗЫВАЕТСЯ
 1. секвестрнекрэктомией
 2. открытым кюретажем
 3. частичной резекцией челюсти
 4. расширенной биопсией
- 132) ТАКТИКОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА ПРИ ФОРМИРОВАНИИ СЕКВЕСТРА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. наблюдение
 2. хирургическое лечение
 3. консервативное лечение
 4. назначение физиолечения
- 133) ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ОСМАТРИВАЮТ КОЖУ
 1. всего тела

2. лица и шеи
 3. груди и живота
 4. спины
- 134) ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1. подподбородочные
 2. поднижнечелюстные
 3. заглочные
 4. поверхностные шейные
- 135) К ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОБЛАСТИ СВОДА ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ
1. сосцевидные
 2. нижнечелюстные
 3. поднижнечелюстные
 4. подподбородочные
- 136) ЛИМФАДЕНИТ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ ВОСПАЛЕНИЕ
1. лимфатических узлов
 2. лимфатических сосудов
 3. лимфатической ткани
 4. слюнных желёз
- 137) ПРИ РАСПЛАВЛЕНИИ КАПСУЛЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ
1. аденофлегмоны
 2. свищевого хода
 3. поднадкостничного абсцесса
 4. карбункула
- 138) В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ПОСТУПАЕТ ОТ
1. ушной раковины, наружного слухового прохода
 2. малых коренных зубов
 3. альвеолярного отростка верхней челюсти
 4. тканей дна полости рта
- 139) СИМПТОМЫ - ТЯЖЁЛАЯ ОДЫШКА, УЧАСТИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЫШЦ В ДЫХАНИИ, ВЗДУТИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ВЫБУХАНИЕ НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ - ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ
1. приступа бронхиальной астмы
 2. обтурационной асфиксии
 3. стенотической асфиксии
 4. приступа стенокардии
- 140) ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. устранение причины воспаления узла, комплексная терапия
 2. вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя
 3. введение антибиотиков в лимфоузел
 4. консервативная терапия
- 141) ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. хирургическое
 2. консервативное
 3. общеукрепляющая терапия
 4. физиотерапевтическое
- 142) В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ВХОДЯТ
1. физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНЧС

2. химиотерапии, иглорефлексотерапия
 3. физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
 4. хирургическое лечение
- 143) ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
1. образованием полостей, заполненных контрастом
 2. расплавлением стромы
 3. тотальным отёком паренхимы
 4. разрастанием межзубочной соединительной ткани
- 144) К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЁЗ ОТНОСИТСЯ
1. паренхиматозный сиалоаденит
 2. болезнь Шегрена
 3. болезнь Микулича
 4. эпидемический паротит
- 145) ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. фильтрующий вирус
 2. стрептококк
 3. стафилококк
 4. фузобактерия
- 146) МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ
1. гнойное расплавление железы
 2. менингит
 3. невралгия
 4. образование конкрементов
- 147) ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ
1. длительная ноющая боль
 2. симптом Венсана
 3. длительная парестезия
 4. кратковременная парестезия
- 148) ПРИЧИНОЙ АСИММЕТРИИ ЛИЦА ПРИ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС С ОДНОЙ СТОРОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ
1. недоразвитие половины нижней челюсти
 2. парез лицевого нерва
 3. межмышечная гематома
 4. чрезмерно развитая половина нижней челюсти
- 149) ПРИ ВТОРИЧНОМ ДЕФОРМИРУЮЩЕМ ОСТЕОАРТРОЗЕ ВНЧС С ОДНОЙ СТОРОНЫ СРЕДНЯЯ ЛИНИЯ ПОДБОРОДКА
1. смещена в сторону поражения сустава
 2. смещена в сторону противоположную поражению
 3. не смещена
 4. остается без изменения
- 150) ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВТОРИЧНОГО ДЕФОРМИРУЮЩЕГО ОСТЕОАРТРОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ
1. хирургический
 2. ортодонтический
 3. физиотерапевтический
 4. медикаментозный
- 151) ВТОРИЧНЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ТВЕРДОГО НЕБА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
1. абсцесса твердого неба
 2. несвоевременного удаления причинного зуба
 3. нерадикального вскрытия абсцесса твердого неба
 4. периостита верхней челюсти

- 152) НИЖНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ПОЗАДИЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
1. нижний полюс околоушной слюнной железы
 2. сосцевидный отросток
 3. верхний край перстневидного хряща
 4. наружный слуховой проход
- 153) ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ИНФИЦИРОВАНИЯ КРЫЛО-НЁБНОЙ ЯМКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В
1. молярах
 2. премолярах
 3. клыках
 4. резцах
- 154) ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ТРОМБОФЛЕБИТА ВЕН ЛИЦА ЯВЛЯЕТСЯ
1. болезненный воспалительный тяж по ходу угловой вены
 2. коллатеральный отёк кожи верхнего и нижнего века
 3. инфильтрат плотной консистенции в подглазничной области
 4. онемение кожи в проекции выхода подглазничного нерва
- 155) ДЛЯ АКТИНОМИКОЗНОГО ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСИТА ХАРАКТЕРНО
1. наличие инфильтрата и свищей в области переходной складки
 2. рубцевание кожи над инфильтратом в виде пересекающихся линий
 3. острое течение процесса с повышением температуры тела до 39°C
 4. возникновение головной боли, иррадиирующей из виска в затылочную область
- 156) АНКИЛОЗ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА БЫВАЕТ
1. костным
 2. атрофическим
 3. катаральным
 4. гнойным
- 157) ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ЩЕКИ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
1. сглаженность носогубной складки
 2. свободное открывание рта
 3. болезненное глотание
 4. двоение в глазах
- 158) СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ ПОДАВЛЯЕТ
1. атропин
 2. актовегин
 3. аспирин
 4. абактал
- 159) ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА КОРНЯ ЯЗЫКА ПРОВОДЯТ _____ РАЗРЕЗОМ
1. срединным
 2. внутриротовым
 3. воротничкообразным
 4. окаймляющим
- 160) ПРИ РАСПОЛОЖЕНИИ КАМНЯ В ВЫВОДНОМ ПРОТОКЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ
1. рассечь проток над камнем
 2. провести удаление поднижнечелюстной слюнной железы
 3. снизить слюноотделение
 4. проводить динамическое наблюдение
- 161) ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА ПРОВОДЯТ
1. сплонт-терапию
 2. экзартикуляцию
 3. эндопротезирование сустава

4. восстановление суставной ямки
- 162) ПРИ ГАНГРЕНОЗНОМ СИАЛАДЕНИТЕ ПОКАЗАНО
 1. вскрытие капсулы железы
 2. динамическое наблюдение
 3. назначение антикоагулянтов
 4. введение противостолбнячной сыворотки
- 163) ЛЕЧЕНИЕ АКТИНОМИКОЗА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В
 1. удалении зубов, ставших входными воротами инфекции
 2. эндодонтическом лечении причинных зубов
 3. профессиональной гигиене полости рта
 4. проведении лучевой терапии
- 164) ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЁЗОМ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРОВОДЯТ В СТАЦИОНАРЕ
 1. фтизиатрическом
 2. челюстно-лицевом
 3. венерологическом
 4. терапевтическом
- 165) НАЧАЛЬНАЯ СТАДИЯ (ИНФИЛЬТРАЦИЯ) РАЗВИТИЯ ФУРУНКУЛА ДЛИТСЯ (В ДНЯХ)
 1. 1-3
 2. 5
 3. 7
 4. 10
- 166) ОБРАЗОВАНИЕ И ОТТОРЖЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО СТЕРЖНЯ ПРИ ФУРУНКУЛЕ ПРОИСХОДЯТ НА (В ДНЯХ)
 1. 4-5
 2. 2-3
 3. 7-9
 4. 10-14
- 167) ФОРМИРОВАНИЕ ФУРУНКУЛА НАЧИНАЕТСЯ С РАЗВИТИЯ НА КОЖЕ
 1. папулы
 2. пузыря
 3. волдыря
 4. бугорка
- 168) ПРИ ФОРМИРОВАНИИ ИНФИЛЬТРАТА В ТКАНЯХ ПРИ ФУРУНКУЛЕ ОБРАЗУЕТСЯ
 1. пустула
 2. макула
 3. везикула
 4. эрозия
- 169) ПОСЛЕ ОПОРОЖНЕНИЯ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФУРУНКУЛЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ РАССАСЫВАЕТСЯ (В ДНЯХ)
 1. 3-4
 2. 1-3
 3. 5-7
 4. 10-14
- 170) ПОСЛЕ ОПОРОЖНЕНИЯ ОЧАГА ВОСПАЛЕНИЯ ПРИ ФУРУНКУЛЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ИНФИЛЬТРАТ РАССАСЫВАЕТСЯ С ОБРАЗОВАНИЕМ _____ РУБЦА
 1. гипотрофического (втянутого)
 2. гипертрофического
 3. келоидного
 4. нормотрофического

171) ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ФУРУНКУЛОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОИЗВОДЯТ _____ РАЗРЕЗ

1. линейный
2. крестообразный
3. полукруглый
4. внутрибороздковый

172) ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. сахарный диабет
2. тиреотоксикоз
3. приём гормональных препаратов
4. инфаркт миокарда

173) ФАКТОРОМ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ К РАЗВИТИЮ ФУРУНКУЛОВ, ЯВЛЯЕТСЯ

1. микротравма кожи
2. сниженное потоотделение
3. приём поливитаминов
4. инфаркт миокарда

174) НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМИ В ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ СЧИТАЮТСЯ ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ, РАСПОЛАГАЮЩИЕСЯ В

1. средней зоне лица
2. верхней трети лица
3. области шеи
4. области подбородка

175) БОЛЬНОЙ ЖАЛУЕТСЯ НА РВОТУ, ОДЫШКУ, ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА ДО 41°C, ПОДЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ УВЕЛИЧЕНЫ, НА КОЖЕ ЛИЦА ВЫРАЖЕННОЕ СИММЕТРИЧНОЕ ПОКРАСНЕНИЕ С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ. ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. рожистое воспаление
2. стрептодермия
3. флебит лицевых вен
4. сибирская язва

176) У БОЛЬНОГО БОЛЬ В ОБЛАСТИ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ, КОТОРАЯ УСИЛИВАЕТСЯ ПРИ ПРИЁМЕ ПИЩИ. ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖЕЛЕЗА БОЛЕЗНЕННА, В ПОЛОСТИ РТА ВЫВОДНОЙ ПРОТОК В ВИДЕ ПЛОТНОГО ТЯЖА. ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

1. калькулёзный сиаладенит
2. острый сиаладенит
3. сиалоз
4. киста слюнной железы

Эталон ответов (правильный ответ) в итоговом тесте под № 1

3.1 Форма промежуточной аттестации – экзамен

Вопросы к экзамену (ОПК-1, ПК-5; ПК-8; ПК-9)

1. Использование информационных, библиографических ресурсов для решения профессиональных задач челюстно-лицевой хирургии.
2. Методы использования медико-биологической терминологии в челюстно-лицевой хирургии.
3. Одонтогенная инфекция и пути ее распространения.
4. Острый одонтогенный остеомиелит челюстей. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
5. Подострая и хроническая стадии одонтогенного остеомиелита. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
6. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Классификация. Клинико-рентгенологическая картина.

- 7.Одонтогенный лимфаденит челюстно-лицевой области. Классификация, этиология, патогенез.
- 8.Специфические воспалительные заболевания ЧЛЮ. Актиномикоз. Клинические проявления. Диагностика. Принципы лечения
- 9.Специфические воспалительные заболевания ЧЛЮ. Основные проявления туберкулеза кожи и слизистой оболочки полости рта
- 10.Рожистое воспаление лица. Этиопатогенез. Классификация. Особенности клиники. Диагностика. Лечение.
- 11.Специфические воспалительные заболевания ЧЛЮ. Проявления сифилиса в полости рта.
- 12.Фурункул ЧЛЮ. Этиопатогенез. Патанатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Особенности лечения фурункулов ЧЛЮ в зависимости от стадии развития заболевания.
- 13.Карбункулы ЧЛЮ. Этиопатогенез. Патанатомия. Клиника. Диагностика. Дифдиагностика. Лечение.
- 14.Общие принципы лечения абсцессов, флегмон челюстно-лицевой области
- 15.Общие принципы хирургического лечения гнойных ран. Принципы разрезов на лице.
- 16.Абсцесс и флегмона орбиты. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 17.Абсцесс и флегмона подглазничной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 18.Абсцесс и флегмона щёчной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 19.Абсцесс и флегмона позадищеюстного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 20.Абсцесс и флегмона подвисочной и крыловидно-небной ямок . Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 21.Абсцесс и флегмона височной области Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 22.Абсцесс и флегмона скуловой области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространение экссудата. Клиника. Диагностика Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 23.Абсцесс и флегмона поднижнечелюстной области Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 24.Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 25.Абсцесс подъязычной области. Топанатомия. Источники инфицирования Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 26.Одонтогенная флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 27.Гнилостно-некротическая флегмона лица и шеи. Ангина Людвига. Этиология. Патогенез. Особенности клиники, диагностики, лечения. Понятие распространенной и прогрессирующей флегмоны ЧЛЮ и шеи.
- 28.Абсцессы и флегмоны подподбородочной области. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
- 29.Абсцесс и флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика.
- 30.Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

31. Абсцессы и флегмоны поджевательного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
 32. Абсцесс и флегмона окологлоточного пространства. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения экссудата. Клиника. Диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага
 33. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. Этиология, патогенез, патологическая анатомия.
 34. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Топанатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.
 35. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис: классификация. Стадии. Клинические проявления. Лечение, прогноз.
 36. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит: классификация. Клинические проявления. Лечение, прогноз.
 37. Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Тромбоз лицевых вен и пещеристого синуса. Классификация. Клинические проявления. Лечение, прогноз.
 38. Слюнные железы. (строение, характер выделяемого секрета). Функции слюнных желез. Методы обследования больных с заболеваниями слюнных желез.
 39. Эпидемические паротит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение. Острые сиалодениты слюнных желез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
 40. Хронические сиалодениты слюнных желез. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
 41. Сиалодохит. Клиника, диагностика, лечение
 42. Слюноаменная болезнь. Клиника, диагностика, лечение
 43. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Классификация. Этиология и патогенез.
 44. Синдром жжения полости рта. Клиника, диагностика, лечение
 45. Заболевания височного нижнечелюстного сустава. Классификация.
 46. Артриты ВНЧС. Классификация, клинические проявления, лечение
 47. Анкилозы ВНЧС. Классификация, клинические проявления, лечение
 48. Болевая дисфункция ВНЧС. Классификация, клинические проявления, лечение
 49. Невралгия тройничного нерва. Классификация, клинические проявления, лечение
 50. Неврит тройничного нерва. Классификация, клинические проявления, лечение
 51. Неврит лицевого нерва. Классификация, клинические проявления, лечение
- 3.2. Вопросы базового минимума по дисциплине**
1. Одонтогенная инфекция. Пути распространения одонтогенной инфекции.
 2. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
 3. Принципы лечения больных с воспалительными заболеваниями ЧЛЮ
 4. Флегмона подглазничной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 5. Флегмона щечной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 6. Флегмона височной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 7. Флегмона подподбородочной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 8. Флегмона подчелюстной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 9. Флегмона крыловидно-челюстной области. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 10. Флегмона дна полости рта. Границы, источники инфицирования, клиническая картина, оперативный доступ
 11. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Тромбоз лицевых вен и пещеристого синуса
 12. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Сепсис
 13. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи. Медиастенит
 14. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (фурункулы)

15. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (карбункул)
16. Неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (рожистое воспаление)
17. Классификация заболеваний слюнных желёз.
18. Эпидемический паротит. Этиология, клиника, лечение.
19. Острый гнойный паротит. Этиология, клиника, лечение.
20. Хронические сиалодениты. Этиология, клиника, лечение.
21. Слюнно-каменная болезнь. Этиология, клиника, лечение.
22. Принципы и методы обследования больных с патологией ВНЧС.
23. Анкилоз ВНЧС. Этиология, клиника, лечение.
24. Артриты ВНЧС. Этиология, клиника, лечение
25. Синдром болевой дисфункции ВНЧС. Этиология, клиника, лечение.
26. Невралгия тройничного нерва (Центральная, первичная). Этиология, клиника, лечение.
27. Невралгия тройничного нерва (Периферическая,симптоматическая). Этиология, клиника, лечение.
28. Неврит тройничного нерва . Этиология, клиника, лечение.
29. Синдром жжения полости рта .Этиология, клиника, лечение.
30. Лимфатические узлы ЧЛО. Лимфаденит.

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций.

Основными этапами формирования указанных компетенций при изучении обучающимися дисциплины являются последовательное изучение содержательно связанных между собой разделов (тем) учебных занятий. Изучение каждого раздела (темы) предполагает овладение обучающимися необходимыми компетенциями. Результат аттестации обучающихся на различных этапах формирования компетенций показывает уровень освоения компетенций обучающимися.

4.1. Перечень компетенций, планируемых результатов обучения и критериев оценивания освоения компетенций

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ОПК-1	готовность решать стандартные задачи профессиональной деятельности с использованием информационных, библиографических ресурсов, медико-биологической терминологии, информационно-коммуникационных технологий и учетом основных требований информационной безопасности	Знать: различные подходы к определению понятия «информация»; методы измерения количества информации; назначение наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначение и виды информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использование алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначение и функции операционных систем; математические методы решения	Отсутствие знаний различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и	Фрагментарные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и	Общие, но не структурированные знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информации;	Сформированные систематические знания различных подходов к определению понятия «информация»; методов измерения количества информации; назначения наиболее распространенных средств автоматизации информационной деятельности; назначения и видов информационных моделей, описывающих реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и

		интеллектуальных задач и их применение в медицине	функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	онных моделей, описывающих их реальные объекты или процессы; использования алгоритма как способа автоматизации деятельности; назначения и функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине	функции операционных систем; математических методов решения интеллектуальных задач и их применение в медицине
		Уметь: оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах;	Отсутствие умений оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в	Частично освоенные умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения оценивать достоверность информации, сопоставляя различные	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения оценивать достоверность информации,	Сформированное умение оценивать достоверность информации, сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных

		использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	е процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	сопоставляя различные источники; распознавать информационные процессы в различных системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий	системах; использовать готовые информационные модели, оценивать их соответствие реальному объекту и целям моделирования; осуществлять выбор способа представления информации в соответствии с поставленной задачей; иллюстрировать учебные работы с использованием средств информационных технологий
--	--	--	--	---	--	--	--

						учебные работы с использованием средств информационных технологий	
		<p>Владеть: компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения компьютерной техникой; пакетами офисных программ; базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности в рамках изучаемой дисциплины</p>

						изучаемой дисциплины	
--	--	--	--	--	--	----------------------	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-5	готовностью к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия стоматологического заболевания	Знать: понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципы классификации стоматологических заболеваний; функциональное состояние челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурные и функциональные основы болезней и патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со	Отсутствие знаний понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых па-	Фрагментарные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых па-	Общие, но не структурированные знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологичес-	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов	Сформированные систематические знания понятий этиологии, патогенеза, морфогенеза, патоморфоза, принципов классификации стоматологических заболеваний; функционального состояния челюстно-лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов

		стоматологической патологией	тологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	тологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	ких процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	лицевой области в норме и при патологии; структурных и функциональных основ болезней и патологических процессов, причин, основных механизмов развития и исходов типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией	типовых патологических процессов у пациентов со стоматологической патологией
		Уметь: Проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной	Отсутствие умений проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной,	Частично освоенные умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией,	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией,	Сформированное умение проводить первичный осмотр пациентов со стоматологической патологией, интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной

		<p>диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной, инструментальной и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>	<p>и функциональной диагностики заболеваний челюстно-лицевой области</p>
		<p>Владеть: Навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Фрагментарное применение навыков анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение навыками анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки анализа жалоб, анамнеза, данных осмотра и дополнительных методов исследования для диагностики стоматологических заболеваний в рамках изучаемой дисциплины</p>

						й в рамках изучаемой дисциплины	
--	--	--	--	--	--	---------------------------------	--

Формируемая компетенция	Содержание компетенции	Планируемые результаты обучения (показатели достижения заданного уровня освоения компетенций)	Критерии оценивания результатов обучения (дескрипторы) по пятибалльной шкале				
			1	2	3	4	5
ПК-8	способностью к определению тактики ведения больных с различными стоматологическими заболеваниями	Знать: особенности течения и возможные осложнения при различной стоматологической патологии	Отсутствие знаний особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Фрагментарные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Общие, но не структурированные знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии	Сформированные систематические знания особенностей течения и возможных осложнений при различной стоматологической патологии
		Уметь: Исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Отсутствие умений исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	Частично освоенные умения исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов	В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения исходя из особенностей течения стоматологического	В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения исходя из особенностей течения стоматологического	Сформированное умение исходя из особенностей течения стоматологического заболевания выбирать оптимальную тактику ведения пациентов

ПК-9	готовностью к ведению лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	<p>Знать: Особенности медицинской помощи пациентам со стоматологическим и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Отсутствие знаний особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Фрагментарные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Общие, но не структурированные знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>В целом сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>	<p>Сформированные систематические знания особенностей медицинской помощи пациентам со стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара</p>
		<p>Уметь: Диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Отсутствие умений диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>Частично освоенные умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>	<p>В целом успешно, но не систематически осуществляемые умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях,</p>	<p>В целом успешно, но содержащие отдельные пробелы умения диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях,</p>	<p>Сформированное умение диагностировать стоматологические заболевания и проводить их лечение в амбулаторно поликлинических условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара</p>

					проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	еских условиях, проводить отбор пациентов для лечения в условиях дневного стационара	
		<p>Владеть: Алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическим и заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины</p>	<p>Отсутствие навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Фрагментарное применение навыков владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>В целом успешное, но не систематическое и проявляемое владение алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>В целом успешное, но содержащее отдельные пробелы навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>	<p>Успешное и систематически применяемые навыки владения алгоритмами ведения и лечения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в амбулаторно поликлинических условиях и условиях дневного стационара в рамках изучаемой дисциплины.</p>

4.2. Шкала, и процедура оценивания

4.2.1. Процедуры оценивания компетенций (результатов)

№	Компоненты контроля	Характеристика
1.	Способ организации	традиционный;
2.	Этапы учебной деятельности	Текущий контроль успеваемости, Промежуточная аттестация
3.	Лицо, осуществляющее контроль	преподаватель
4.	Массовость охвата	Групповой, индивидуальный;
5.	Метод контроля	Устный ответ, стандартизированный тестовый контроль, доклад/устное реферативное сообщение Курация больного/разбор тематического больного, разбор истории болезни, Решение ситуационных задач.

4.2.2. Шкалы оценивания компетенций (результатов освоения)

Для устного ответа:

- Оценка "отлично" выставляется студенту, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет тесно увязывать теорию с практикой, причем не затрудняется с ответом при видоизменении вопроса, использует в ответе материал монографической литературы, правильно обосновывает принятое решение, владеет разносторонними навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "хорошо" выставляется студенту, если он твердо знает материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, владеет необходимыми навыками и приемами обоснования своего ответа.
- Оценка "удовлетворительно" выставляется студенту, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала.
- Оценка "неудовлетворительно" выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, допускает существенные ошибки, неуверенно, с большими затруднениями излагает материал.
- Как правило, оценка "неудовлетворительно" ставится студентам, которые не могут изложить без ошибок, носящих принципиальный характер материал, изложенный в обязательной литературе.

Для стандартизированного тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 90 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 70 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок менее 50 % заданий.

Для оценки решения ситуационной задачи:

Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению студента, которое хорошо обосновано теоретически.

Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы не достаточно четко. Решение студента в целом соответствует эталонному ответу, но не достаточно хорошо обосновано теоретически.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

Для оценки доклада/устного реферативного сообщения

Оценка «отлично» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен широкий библиографический список. Содержание

отражает собственный аргументированный взгляд студента на проблему. Тема раскрыта всесторонне, отмечается способность студента к интегрированию и обобщению данных первоисточников, присутствует логика изложения материала. Имеется иллюстративное сопровождение текста.

Оценка «хорошо» выставляется, если реферативное сообщение соответствует всем требованиям оформления, представлен достаточный библиографический список. Содержание отражает аргументированный взгляд студента на проблему, однако отсутствует собственное видение проблемы. Тема раскрыта всесторонне, присутствует логика изложения материала.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если реферативное сообщение не полностью соответствует требованиям оформления, не представлен достаточный библиографический список. Аргументация взгляда на проблему не достаточно убедительна и не охватывает полностью современное состояние проблемы. Вместе с тем присутствует логика изложения материала.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если тема реферативного сообщения не раскрыта, отсутствует убедительная аргументация по теме работы, использовано не достаточное для раскрытия темы реферативного сообщения количество литературных источников.

Для разбора тематического больного

Отлично – студент правильно оценивает и интерпретирует данные о пациенте, грамотно проводит дифференциальную диагностику, определяет лечебную тактику.

Хорошо – студент допускает отдельные ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Удовлетворительно – студент допускает частые ошибки, не принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Неудовлетворительно – студент допускает частые грубые ошибки, принципиального характера при интерпретации данных о пациенте, проведении дифференциальной диагностики, определении лечебной тактики.

Для курации больного

Отлично- Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, проводит дифференциальную диагностику, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Хорошо - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент грамотно проводит расспрос и обследование пациента, правильно, иногда недостаточно полно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, при проведении дифференциальной диагностики может допускать ошибки не принципиального характера, формулирует диагноз и проводит коррекцию лечения пациента.

Удовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится с учетом строгого соблюдения этических и деонтологических норм и формы ношения медицинской одежды. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская тактические ошибки, не всегда правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, для проведения дифференциальной диагностики и формулировки диагноза и лечения пациента требуются наводящие вопросы преподавателя или чтение учебной литературы.

Неудовлетворительно - Курация пациента обучающимся проводится без учета этических и деонтологических норм. Студент проводит расспрос и обследование пациента, допуская ошибки, которые могут привести к неправильной диагностике и лечению пациента, не правильно интерпретирует лабораторные и инструментальные методы исследования, затрудняется с проведением дифференциальной диагностики, формулировкой диагноза и назначением лечения

Для разбора истории болезни

❖ Оценка «отлично» выставляется, если все разделы истории болезни интерпретированы полностью, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «хорошо» выставляется, если в истории болезни интерпретированы все разделы, но есть недостатки в толковании имеющихся данных, отсутствуют ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «удовлетворительно» выставляется если при разборе истории болезни представлены, есть негрубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, дифференциальной диагностике.

❖ Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если допущены грубые ошибки при обсуждении предварительного, клинического диагноза, проведении дифференциальной диагностики.

4.3. Шкала и процедура оценивания промежуточной аттестации

Критерии оценки экзамена (в соответствии с п.4.1):

Оценка «отлично» выставляется, если при ответе на все вопросы билета студент демонстрирует полную сформированность заявленных компетенций, отвечает грамотно, полно, используя знания основной и дополнительной литературы.

Оценка «хорошо» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует сформированность заявленных компетенций, грамотно отвечает в рамках обязательной литературы, возможны мелкие единичные неточности в толковании отдельных, не ключевых моментов.

Оценка «удовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета студент демонстрирует частичную сформированность заявленных компетенций, нуждается в дополнительных вопросах, допускает ошибки в освещении принципиальных, ключевых вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если при ответе на вопросы билета у студента отсутствуют признаки сформированности компетенций, не проявляются даже поверхностные знания по существу поставленного вопроса, плохо ориентируется в обязательной литературе.