

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра Хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии с усовершенствованием врачей

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

Перечень оценочных материалов

Раздел 1

Методы обследования больных челюстно-лицевой области. Ведение медицинской документации.

Тема 1. Особенности организации консультативной помощи; вопросы экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности. Особенности организации диспансерного наблюдения стоматологических больных. Вопросы организации и деятельности медицинской службы в экстремальных ситуациях, при стихийных бедствиях и в условиях ведения боевых действий.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Основные принципы диспансеризации и реабилитации хирургических стоматологических больных.
2. Обследование хирургического стоматологического больного. Определение показаний к амбулаторному и стационарному лечению. Врачебная этика и деонтология.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Стоматолога-хирурга пригласили для консультации по вопросу требований к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности. Хирургический кабинет планируется разместить в помещении площадью 12 м². Стены кабинета хирургической стоматологии планируется на 1,5 м в высоту от пола облицевать кафелем темно-фиолетового цвета, а далее до потолка произвести окраску масляной краской, полы выстлать линолеумом, который будет подниматься на стены на 5–10 см, заделываться со стеной заподлицо и сверху фиксироваться пластиковым плинтусом.

Какие требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке будут нарушены в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности?

Задача 2.

В контрольной работе студента 3-го курса стоматологического факультета по теме «Организация службы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» указано, что в соответствии с приказом Мини-

стерства здравоохранения Республики Дагестан предусмотрено выделение 5 должностей стоматологов на 10 000 населения. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7–12 штатных должностей, дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Стоматологи-хирурги подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением учреждения здравоохранения.

Какие ошибки были допущены учащимся в контрольной работе?

Тема 2. Основные гигиенические требования к помещениям, внешнему виду, одежде стоматолога-хирурга. Ведение медицинской документации, заполнение истории болезни.

Собеседование по контрольным вопросам:

Обследование хирургического стоматологического больного. Определение показаний к амбулаторному и стационарному лечению. Врачебная этика и деонтология.

Клинические методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

Основные этапы развития хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Взаимосвязь хирургической стоматологии с другими медицинскими дисциплинами.

Тестовый контроль:

1. Сиалографический признак разрастания в паренхиме слюнной железы соединительной ткани:
 - 1) расширение протоков на всем протяжении;
 - 2) местами расширение или сужение протоков;
 - 3) сужение протоков на всем протяжении;
 - 4) картина по типу «гроздьев винограда».
2. Сиалографический признак наличия опухоли в толще слюнной железы:
 - 1) расширение и сужение протока;
 - 2) сужение протока;
 - 3) расширение протока;
 - 4) дефект заполнения железы рентгеноконтрастным веществом.
3. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:
 - 1) «гроздьев винограда»;
 - 2) «чернильного пятна»;

3) сужение протоков паренхимы;

4) расширение протоков паренхимы.

4.Сиалографический признак паренхиматозного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

1) «гроздьев винограда»;

2) «чернильного пятна»;

3) сужение протоков паренхимы;

4) расширение выводного протока.

5.Сиалограмма ложного паротита Герценберга:

1) без изменений;

2) скопление контрастной массы в паренхиме;

3) сужение протоков в паренхиме;

4) сужение выводного протока.

6.Водорастворимое вещество для сиалографии:

1) верографин;

2) йодолипол;

3) 1,3 – ответы;

4) урографин.

7.Жирорастворимое вещество для сиалографии:

1) йодолипол;

2) верографин;

3) кардиотраст;

4) уротраст.

8.При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

1) 3-5 минут;

2) 10-20 минут;

3) 2-3 дня;

4) 10 дней.

9. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного вещества через:

- 1) 3-5 минут;
- 2) 1-2 часа;
- 3) 2-3 дня;
- 4) более месяца.

Тема 3. Принципы организации стоматологической хирургической помощи в стоматологической поликлинике.

Собеседование по контрольным вопросам:

Требования к организации хирургического кабинета и отделения в стоматологической поликлинике.

Требования к организации стационара челюстно-лицевой хирургии.

Предмет, задачи хирургической стоматологии.

Виды и объем оказываемой помощи.

Тестовый контроль:

1. В хирургическом стоматологическом кабинете генеральную уборку полагается проводить:

- 1) дважды в день, между рабочими сменами;
- 2) один раз в день после последней рабочей смены;
- 3) один раз в неделю;
- 4) один раз в месяц.

2. Что является критерием оценки санитарного состояния хирургического стоматологического кабинета:

- 1) наличие санитарных книжек у сотрудников;
- 2) результаты бактериологического контроля содержания кабинета;
- 3) объём и характер производимых хирургических вмешательств;
- 4) результаты азопирамовой пробы.

3. Самое распространённое оперативное вмешательство, проводимое в хирургическом стоматологическом кабинете:

- 1) удаление зубов;
- 2) взятие биопсии;

3) вскрытие абсцесса;

4) удаление новообразований.

4.Обработка операционного поля при внутриротовых доступах осуществляется:

1) спиртом 70 градусным;

2) спиртом 96 градусным;

3) раствором антисептиков (хлоргесидин,фурациллин);

4) лучше ничем не обрабатывать.

5.В стоматологической поликлинике хирургический кабинет на 1 кресло должен быть площадью не менее:

1) 23 кв.м;

2) 14 кв.м;

3) 7 кв.м;

4) 45 кв.м.

6.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники не рекомендуется проведение операции:

1) резекция верхушки корня зуба;

2) реплантация зуба;

3) удаление подчелюстной слюнной железы;

4) синуслифт.

7.В хирургическом кабинете стоматологической поликлиники можно проводить:

1) операцию Ванаха;

2) уранопластику;

3) вскрытие флегмоны дна полости рта;

4) вскрытие абсцесса.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

В стоматологическом хирургическом кабинете на два хирургических кресла параллельно ведут прием два стоматолога-хирурга. Им помогают в выполнении работы 1 медсестра и 1 младшая медсестра.

Имеются ли нарушения штатного расписания при указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета? Укажите правильный расчет ставок и должностей.

Задача 2

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая _____ рабочие места стоматологов

Тема 4. Особенности обследования стоматологических хирургических больных.

Собеседование по контрольным вопросам:

Клинические методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

Особенности обследования пациентов с острыми воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Тестовый контроль:

42. Обследование пациента начинается:

- 1) с осмотра полости рта;
- 2) сбора анамнеза;
- 3) выяснения жалоб пациента;
- 4) пальпации тканей челюстно-лицевой области.

43. К основным методам обследования пациента относится:

- 1) анализы крови;
- 2) флюорография органов грудной клетки;
- 3) ортопантомография;

4) осмотр пациента.

44. Выяснив, что пациент переболел болезнью Боткина необходимо:

- 1) поставить его на диспансерный учёт;
- 2) попросить пациента принести заключение инфекциониста;
- 3) сделать специальную отметку в амбулаторной карте;
- 4) вежливо отказать в лечении.

45.С целью цитологического исследования проводят:

- 1) мазок-соскоб;
- 2) мазок-отпечаток;
- 3) сбор промывных вод после полоскания полости рта;
- 4) 1,2,3-ответы.

46.Аспирационная биопсия это:

- 1) забор мокроты лёгких для исследования;
- 2) иссечение небольших участков тканей для исследования;
- 3) забор материала из полых органов и полостей с помощью специальных инструментов;
- 4) забор слюны пациента для исследования.

47.Нормальное количество, выделяемой слюны, в сутки здоровым взрослым человеком:

- 1) 0,5 литра;
- 2) 1,5-2,0 литра;
- 3) 300млл;
- 4) 3,5 литра.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

В стоматологическом хирургическом кабинете на два хирургических кресла параллельно ведут прием два стоматолога-хирурга. Им помогают в выполнении работы 1 медсестра и 1 младшая медсестра. Имеются ли нарушения штатного расписания при указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета? Укажите правильный расчет ставок и должностей.

Задача 2.

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола

облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая рабочие места стоматологов-хирургов. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) составляет 1 : 7. Может ли стоматолог-хирург подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета? Ответ поясните.

Тема 5. Общеклинические методы обследования и этапы обследования пациента в клинике хирургической стоматологии.

Собеседование по контрольным вопросам:

Основные принципы обследования хирургического стоматологического больного
Дополнительные методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области.

Тестовый контроль:

1. Назовите группы веществ, которые не относятся к дезинфицирующим средствам:
 - 1) галоидосодержащие;
 - 2) кислородосодержащие;
 - 3) антибактериальные;
 - 4) альдегидосодержащие.
 2. Стены хирургического стоматологического кабинета должны быть:
 - 1) оклеены обоями и покрашены масляной краской;
 - 2) побелены хлорной известью;
 - 3) облицованы плиткой или окрашены;
 - 4) оклеены моющимися обоями.
 3. После использования хирургические инструменты должны сначала:
 - 1) промыты в проточной воде;
 - 2) замочены в дезинфицирующем растворе;
 - 3) просушены;
 - 4) стерелизованы в автоклаве.
 4. При наличии следов крови на инструментах при проведении азопирамовой пробы появляется окрашивание сначала:
 - 1) сине-фиолетовое, затем бурое;
 - 2) зеленовато-голубоватое, затем ярко синее;
 - 3) бледно розовое, затем красное;
 - 4) голубое, затем зелёное.
 5. В стоматологическом хирургическом кабинете температура воздуха в холодное время года должна быть:
 - 1) 15градусов;
 - 2) 26градусов;
 - 3) 20градусов;
 - 4) 36градусов.
- Обследование.
6. К патологическому прикусу не относится:
 - 1) прогенический;
 - 2) ортогнатический;
 - 3) глубокий;

- 4) прямой.
- 7.Сроки прорезывания первого молочного зуба:
- 1) 1год;
 - 2) 3месяца;
 - 3) 6-8месяцев;
 - 4) 10-12месяцев.
- 8.Сроки начала рассасывания корня 1 молочного зуба:
- 1) в 3года;
 - 2) в 2года;
 - 3) в 5лет;
 - 4) в 1,5 года.
- 9.Сроки закладки фолликула восьмого постоянного зуба:
- 1) в 1 год;
 - 2) сразу при рождении;
 - 3) в 5 лет;
 - 4) в 10лет.
- 10.Сроки прорезывания первого постоянного малюга:
- 1) в 5 лет;
 - 2) в 1,5 года;
 - 3) в 6 лет;
 - 4) 8лет.
- 11.Сроки прорезывания зубов мудрости:
- 1) в 13 лет;
 - 2) в 7 лет;
 - 3) в 16 лет;
 - 4) в 18 и позже.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа. 1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными? 3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Тема 6. Лабораторные и специальные методы исследования.

Собеседование по контрольным вопросам:

Цитологический метод обследования

Что может быть материалом для цитологического исследования?

Как провести пункцию и биопсию?

Гистоморфологические методы обследования.

Бактериологическое исследование

Иммунологические методы обследования.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 о С в течение 2–3 дней.
Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких

тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на ½. Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована. 1. Как именуется симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата? 2. Какова методика определения симптома, указывающего на наличие гнойного экссудата в области инфильтрата?

Задача 2.

Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке. 1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Тема 7. Рентгенологические и морфологические методы исследования.

Собеседование по контрольным вопросам:

Рентгенологическое исследование.

Ортопантомография.

Внутриротовая рентгенография

Телерентгенография

Компьютерная томография

Сиалография

Тестовый контроль:

1. В норме цветной показатель крови равен:

- 1) 0,4-0,6;
- 2) 16-18;
- 3) 0,8-1,0;
- 4) 120.

2. Период жизни эритроцита:

- 1) 1 день;
- 2) 6-7 дней;
- 3) 30 дней;
- 4) 120 дней.

3. Какое количество сегментоядерных нейтрофилов в мазке крови здорового взрослого человека на 100 клеток:

- 1) 45-70%;
- 2) 80-90%;
- 3) 2-5%;
- 4) должны отсутствовать.

4. Какое содержание моноцитов в мазке крови здорового взрослого человека на 100 клеток:

- 1) 110-120%;
- 2) 0-5%;
- 3) 3-10%;
- 4) должны отсутствовать.

5. Нормальные показатели содержания гемоглобина в крови взрослого здорового человека:

- 1) 80 г/л;
- 2) 0,5-1,0 г/л;
- 3) 80-100 г/л;
- 4) 120-160 г/л.

6. Нормальное содержание эозинофилов в мазке крови взрослого здорового человека на 100 клеток:
- 1) 0-5%;
 - 2) 20-40%;
 - 3) 10-15%;
 - 4) 60-70%.
7. При острых воспалительных заболеваниях в анализе крови наблюдается:
- 1) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
 - 2) нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы вправо;
 - 3) лейкопения;
 - 4) эритроцитоз.
8. Клетки крови, продуцирующие антитела:
- 1) лейкоциты;
 - 2) моноциты;
 - 3) лимфоциты;
 - 4) эритроциты.
9. Симптом флюктуации это:
- 1) чувство онемения участка кожи;
 - 2) лёгкий хруст при пальпации в участках подкожной эмфиземы;
 - 3) зыбление тканей при пальпировании;
 - 4) побледнение при надавливании тканей области капиллярной гемангиомы.

Ситуационные задачи:

Тема 8. Нормальная рентгеноанатомия и рентгенодиагностика заболеваний зубов и челюстей.

Собеседование по контрольным вопросам:

Лучевая диагностика в стоматологии

Нормальная рентгеноанатомия челюстно-лицевой области

Рентгенологические методы обследования больного с хирургической патологией челюстно-лицевой области (компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ядерно-магнитный резонанс и др.).

Тестовый контроль:

1. Расстояние между центральными резцами при нормальном открывании рта:

- 1) 8-10 см;
- 2) 5 см;
- 3) 3,5 см;
- 4) 2,8 см.

2. Наличие болевых точек, в местах выхода тройничного нерва определяют пальпацией в области:

- 1) надбровных дуг;

2) область скулочелюстного шва;

3) проекция подглазничных и ментальных отверстий черепа;

4) 1,3-ответы.

3.Пальпацией не определяют:

1) консистенцию тканей;

2) подвижность тканей;

3) гиперемия тканей;

4) флюктуацию.

4.Четвёртая степень подвижности, соответствует движению зуба:

1) в переднезаднем направлении;

2) в переднезаднем и боковых направлениях;

3) в переднезаднем, боковых направлениях и вокруг своей оси;

4) вверх, вниз.

5.Перед взятием мазка с краёв раны необходимо:

1) хорошо обработать края раны раствором антисептика;

2) провести первичную хирургическую обработку раны;

3) рану ничем не обрабатывать;

4) ввести противостолбнячный анатоксин.

6.Изображение всех зубов сразу можно получить при помощи:

1) контактной рентгенограммы;

2) рентгенографии по Шулеру;

3) ортопатомографии челюстей;

4) магниторезонансной томографии.

7.Перед взятием материала на цитологическое исследование предметное стекло необходимо:

1) смазать глицерином;

2) стерилизовать в автоклаве;

3) обезжирить;

4) промыть 3% раствором хлорамина.

8. Для исследования костной ткани верхней челюсти наиболее информативен метод:

- 1) конусная томография зоны интереса;
- 2) рентгенография лицевого скелета в боковой проекции;
- 3) магниторезонансная томография;
- 4) фистулография.

9. Правильно начинать осмотр полости рта:

- 1) с пальпации подчелюстных лимфоузлов;
- 2) с осмотра слизистой оболочки полости рта;
- 3) с записи зубной формулы;
- 4) с оценки степени открывания рта.

10. При перфорации дна гайморовой пазухи наиболее оптимальный диагностический приём:

- 1) рентгенография области гайморовых пазух;
- 2) носо-ротовая, рото-носовая пробы;
- 3) введение зонда через перфорационное отверстие в гайморову пазуху;
- 4) ортопантомография.

11. Сиалографический признак разрастания в паренхиме слюнной железы соединительной ткани: 1) расширение протоков на всем протяжении;

- 2) местами расширение или сужение протоков;
- 3) сужение протоков на всем протяжении;
- 4) картина по типу «гроздьев винограда».

12. Сиалографический признак наличия опухоли в толще слюнной железы:

- 1) расширение и сужение протока;
- 2) сужение протока;
- 3) расширение протока;
- 4) дефект заполнения железы рентгеноконтрастным веществом.

13. Сиалографический признак лимфогенного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

- 1) «гроздьев винограда»;
- 2) «чернильного пятна»;

- 3) сужение протоков паренхимы;
- 4) расширение протоков паренхимы.

14.Сиалографический признак паренхиматозного паротита характеризуется скоплением рентгеноконтрастной массы в паренхиме железы в виде:

- 1) «гроздьев винограда»;
- 2) «чернильного пятна»;
- 3) сужение протоков паренхимы;
- 4) расширение выводного протока.

15.Сиалограмма ложного паротита Герценберга:

- 1) без изменений;
- 2) скопление контрастной массы в паренхиме;
- 3) сужение протоков в паренхиме;
- 4) сужение выводного протока.

16.Водорастворимое вещество для сиалографии:

- 1) верографин;
- 2) йодолипол;
- 3) 1,3 – ответы;
- 4) урографин.

17.Жирорастворимое вещество для сиалографии:

- 1) йодолипол;
- 2) верографин;
- 3) кардиотраст;
- 4) уротраст.

18.При нормально функционирующей железе последняя освобождается от водорастворимого рентгеноконтрастного вещества через:

- 1) 3-5 минут;
- 2) 10-20 минут;
- 3) 2-3 дня;
- 4) 10 дней.

19. Нормально функционирующая железа полностью освобождается от масляного рентгеноконтрастного вещества через:

- 1) 3-5 минут;
- 2) 1-2 часа;
- 3) 2-3 дня;
- 4) более месяца.

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи. 1. Какую ошибку допустил стоматолог-хирург при обследовании пациентки? 2. Какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

Раздел 2. Общее и местное обезболивание в стоматологии.

Тема 1. Препараты для местного и общего обезболивания.

Собеседование по контрольным вопросам:

Классификация анестетиков.

Физико-химические свойства и механизм действия анестетиков.

Их анестезирующая активность и токсичность.

История открытия анестетиков.

Правила хранения карпул

Механизм обезболивающего действия местных анестетиков. Виды чувствительности.

Анестетический индекс – отношение силы действия препарата к относительной токсичности препарата.

Анестезирующая активность, продолжительность действия.

Токсичность и максимально допустимая доза различных местных анестетиков.

Премедикация. Показания и противопоказания. Препараты для проведения премедикации

Тестовый контроль:

1. Для поверхностной анестезии, как правило применяют

! Прокаин

! Морфин

! Дерматол

! Тримекаин

! Промедол

2. Только для терминальной анестезии используют:

! Новокаин

! Тримекаин

- ! Дикаин
- ! Тетракаин
- ! Лидокаин

3. Побочные эффекты местных анестетиков

- ! Судороги
- ! Снижение АД
- ! Метгемоглобинемия
- ! Аллергические реакции

4. Усиливает эффект местных анестетиков

- ! Адреналин
- ! Атропин
- ! Гистамин
- ! Глюкоза
- ! Серотонин

5. Местный анестетик, обладающий антиаритмической активностью:

- ! новокаин;
- ! анестезин;
- ! артикаин;
- ! лидокаин;
- ! бупивакаин.

6. Укажите локализацию действия местных анестетиков:

- ! Нервные окончания
- ! Нервные стволы
- ! Корешки спинномозговых нервов
- ! Кора больших полушарий

7. Укажите механизм действия местных анестетиков:

- ! Уменьшают синтез «медиаторов боли»
- ! Блокируют нервные проводники
- ! Активируют антиноцицептивную систему
- ! Нарушают восприятие и оценку боли
- ! Блокируют суммацию импульсов в таламусе

8. Отметьте препараты для проводниковой анестезии:

- ! Лидокаина гидрохлорид
- ! Дикаин
- ! Тримекаин
- ! Анестезин

9. Укажите механизм действия местных анестетиков:

- ! Конкурирует с Ca²⁺ в ионных каналах мембран
- ! Снижают мембранную проницаемость аксонов для натрия
- ! Изменяют структуру мембранных фосфолипидов
- ! Денатурируют протоплазму

10.Новокаин широко используется для терминальной анестезии, потому что новокаин хорошо проникает в слизистые оболочки.

! Верно

! Неверно

11.Укажите отличительные особенности местных анестетиков:

! Устраняют боли любого происхождения

! Действуют центрально

! Используются при ревматических заболеваниях

! Действуют периферически

! Используются для нейролептаналгезии

12.Что характерно для новокаина:

! Эффективен при всех видах анестезии

! неэффективен при терминальной анестезии

! Высокая токсичность

! Устраняет боли воспалительного характера

! Эффективен в условиях гнойных ран

13.Назовите местные анестетики:

! Кеторолак

! Трамадола гидрохлорид

! Ультракаин

! Лидокаина гидрохлорид

! Галоперидол

14.Назовите препараты для терминальной анестезии

! Дикаин

! Новокаин

! Лидокаина гидрохлорид

! Анестезин

15.Укажите препараты для инфильтрационной анестезии

! Лидокаин

! Новокаин

! Анестезин

! Дикаин

! Ультракаин

16.Снижает эффект местных анестетиков

! адреналин

!атропин

!магний

!бикарбонат натрия

17.Передозировка новокаина может вызвать:

!угнетение дыхательного центра

!повышение возбудимости мышцы сердца

! снижение АД

! галлюцинации, судороги

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Больной П, 1961г.р., вес 70 кг без выраженной сопутствующей патологии с диагнозом – обострение хронического периодонтита и периостита зуба 17 нуждается в хирургическом вмешательстве.

Вопросы и задания:

- 1) Ваши рекомендации по обезболиванию (выбор средства и способа обезбоживания).
- 2) Рассчитайте максимально допустимую дозу рекомендованного местного анестетика.

Задача 2.

Ребёнок 10 лет готовится к операции удаления внутрикостной кисты. Вес ребёнка 38 кг. Рассчитайте максимально допустимую дозу местного анестетика лидокаина и рекомендуемую для проведения оперативного вмешательства.

Задача 3.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 27 лет, с жалобами на постпломбировочные боли в области зуба 1.5. Из анамнеза известно, что зуб был запломбирован вчера во второй половине дня. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез не отягощен. Она настаивает на обезболивании или удалении зуба из-за мучительного, непрекращающегося болевого приступа. После обследования врач констатирует следующее: конфигурация лица пациентки не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.5 в цвете не изменена, зуб 1.5 под пломбой из фотополимера, он неподвижен, его перкуссия слегка положительна. На рентгенограмме: зуб 1.5 запломбирован до верхушки. Очагов деструкции в области периапикальных тканей не наблюдается. 9 1. Какой вид обезбоживания следует рекомендовать пациентке в данной клинической ситуации? 2. Как осуществляется данный вид обезбоживания?

Тема 2. Инфильтрационная анестезия.

Собеседование по контрольным вопросам:

Инфильтрационная анестезия. Техника проведения. Осложнения.

Местные осложнения во время операции удаления зуба.

Артикаин, лидокаин, тримекаин. Показания к применению, противопоказания, побочные эффекты.

Способы применения и дозы.

Поверхностная (аппликационная) анестезия. Показания, способы проведения.

Пародонтальные способы анестезии. Показания, методы и техника проведения.

Тестовый контроль:

1. Укажите препараты для инфильтрационной анестезии

! Лидокаин

! Новокаин

! Анестезин

- ! Дикаин
- ! Ультракаин

2. Какое требование из нижеперечисленных предъявляется к местным анестетикам?

- !Неизбирательность действия
- !Длинный латентный период
- !Высокая эффективность при различных видах анестезии
- !Стойкость при хранении и стерилизации

3.Какое требование из нижеперечисленных не соответствует требованиям, предъявляемым к местным анестетикам:

- !Избирательность действия
- !Определенная длительность действия (удобная для проведения разнообразных манипуляций)
- !Должны расширять сосуды окружающих тканей
- !Низкая токсичность

4. Указать анестетик – эфир парааминобензойной кислоты

- !Ультракаин
- !Кокаин
- !Тримекаин
- !Новокаин

5.Указать анестетик – эфир бензойной кислоты

- !Пиромекаин
- !Лидокаин
- ! Кокаин
- !Анестезин

6.Указать анестетик – производноеацетанилида

- !Кокаин
- !Анестезин
- !Тримекаин

!Ультракаин

7. Отметить местный анестетик – замещенное амидов кислот

!Новокаин

!Дикаин

!Кокаин

!Лидокаин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Указать анестетик – производное тиофена

! Ультракаин (артикаин)

!Бупивакаин

!Новокаин

!Тримекаин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Что характерно для новокаина?

!Эффективность при всех видах анестезии

!Высокая токсичность

!Длительность действия при инфильтрационной анестезии 30 – 60 минут

!Длительность действия при инфильтрационной анестезии более 4 часов

ПК-9 (ЗНАТЬ) 1! Что характерно для лидокаина?

!Неэффективен при терминальной анестезии

!Универсальный анестетик

!Анестезирующая активность ниже, чем у новокаина

!По длительности действия уступает новокаину

ПК-9 (ЗНАТЬ) Что характерно для дикаина?

!Анестезирующая активность ниже, чем у новокаина

!Низкая токсичность

!Использование при всех видах анестезии

!Использование в основном для терминальной анестезии

ПК-9 (ЗНАТЬ) Что характерно для анестезина?

!Использование при всех видах анестезии

!Использование для спинномозговой анестезии

! Плохая растворимость в воде

!Хорошая растворимость в воде

ПК-9 (ЗНАТЬ) Определите вид местной анестезии: анестетик блокирует окончания чувствительных нервов при нанесении на поверхность слизистой оболочки.

!Инфильтрационная

!Проводниковая

!Терминальная

!Спинномозговая

ПК-9 (ЗНАТЬ) Определите вид местной анестезии: анестетик блокирует нервные волокна и окончания чувствительных нервов при последовательном пропитывании кожи и более глубоких тканей, через которые пройдет разрез.

!Инфильтрационная

!Проводниковая

!Спинномозговая

!Терминальная

ПК-9 (ЗНАТЬ) Определите вид местной анестезии: анестетик вводят по ходу нерва, что сопровождается утратой чувствительности в иннервируемой области.

!Инфильтрационная

!Проводниковая

!Перидуральная

!Терминальная

ПК-9 (ЗНАТЬ) Отметить вещество, применяемое для только терминальной анестезии:

!Анестезин

!Лидокаин

!Ультракаин

!Бупивакаин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Отметить вещество, применяемое преимущественно для инфильтрационной и проводниковой анестезии

!Дикаин

!Кокаин

!Тримекаин

!Анестезин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Отметить вещество, используемое для спинномозговой анестезии

!Пиромекаин

!Кокаин

!Новокаин

!Анестезин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Почему лидокаин является универсальным анестетиком?

!Обладает малой токсичностью

!Обладает высоким сродством к рецептору

!Применяется при всех видах анестезии

!Влияет на синтез белка

ПК-9 (ЗНАТЬ) Укажите причину низкой активности местных анестетиков при воспалении

!Кислая среда в очаге воспаления и невозможность перейти в основания

!Щелочная среда в очаге воспаления и инактивация анестетиков

!Ишемизация тканей и уменьшение всасывания анестетиков

!Уменьшение растворимости анестетиков в воде

ПК-9 (ЗНАТЬ) Почему ишемизация тканей усиливает и пролонгирует действие анестетиков

!Увеличивается всасывание анестетика в кровь

!Проявляется только резорбтивное действие

!Сужение сосудов замедляет всасывание анестетика в кровь

!Уменьшается выделение медиаторов из пресинаптических везикул

ПК-9 (ЗНАТЬ)!Какой эффект помимо анестезии возможен при закапывании раствора кокаина в глаз?

!Расширение сосудов

!Сужение зрачка

!Нарушение аккомодации

!Расширение зрачка

ПК-9 (ЗНАТЬ) Резорбтивное действие какого препарата используется в медицине?

!Дикаин

!Пиромекаин

!Анестезин

!Лидокаин

ПК-9 (ЗНАТЬ) Отметить эффект при резорбтивном действии новокаина:

!Возбуждение ЦНС

!Нарушение аккомодации

!Ганглиоблокирующее действие

!Повышение артериального давления

С чем связывают возбуждающее действие кокаина на ЦНС

!Уменьшение выделения тормозных медиаторов

!Уменьшением проницаемости мембраны для ионов натрия

!Уменьшением проницаемости мембраны для ионов хлора

!Угнетением обратного захвата катехоламинов

Ситуационные задачи:

Задача 1.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

1. Какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?
2. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.
3. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?

Задача 2.

При проведении амбулаторного хирургического вмешательства по поводу поверхностной папилломы слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны пациент был практически здоров, аллергологический анамнез не отягощен. После выполнения аппликационной (терминальной) анестезии при помощи 10%-ного раствора лидокаина в аэрозоле у пациента начало снижаться артериальное давление (АД). 1. Каков механизм развития указанного симптома? 2. Какие профилактические мероприятия следует осуществлять для предотвращения подобных явлений и последующих осложнений (коллапса)?

Задача 3.

Пациент М., 58 лет, обратился к стоматологу-хирургу с направлением от стоматолога-ортопеда, в котором рекомендуется удалить зубы 2.1, 2.2 с целью санации полости рта перед протезированием. Объективно: зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), рецессия десны на $\frac{2}{3}$ длины корня. Слизистая оболочка десны в области указанных зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании. 1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации? 2. Какому из видов инфильтрационной анестезии следует отдать предпочтение? Ответ поясните

Задача 4.

Пациенту К., 42 года, назначена операция по поводу удаления ретенционной кисты малой слюнной железы, локализуемой в преддверии полости рта в области нижней губы слева. 1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 5.

Пациенту П., 34 года, поставлен диагноз фурункул щечной области слева. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага. 1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какие особые условия следует соблюдать при выполнении избранной анестезии в данной клинической ситуации?

Тема 3. Проводниковое обезболивание. Методы обезболивания на верхней челюсти. Собеседование по контрольным вопросам:

Анатомо-топографические особенности верхней челюсти.

Все виды обезбоживания на верхней челюсти

Иннервация и кровоснабжение верхней челюсти.

Методы местного обезбоживания.

Препараты и пути введения анестетика.

Инструменты, применяемые для дополнительного метода исследования органов полости рта и челюстно-лицевой области.

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Задача 1.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Б., 42 года, для выполнения оперативного вмешательства — удаления папилломы слизистой оболочки неба в области зубов 1.1 и 1.2. Для проведения операции врачу предстоит выбрать метод обезбоживания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезбоживания при планируемом оперативном вмешательстве? 2. Какие существуют варианты выполнения избранной анестезии? 3. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.

Задача 2.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 40 лет, для хирургической санации полости рта (удаления очагов хронической одонтогенной инфекции — зубов 2.7 и 2.8). Для проведения оперативного вмешательства врач выбрал туберальную проводниковую анестезию. Через 10 минут он приступил к операции. Однако пациентка указала на то, что ощущает сильную боль с небной стороны. 1. Какова вероятная причина неэффективности обезбоживания? 2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?

Задача 3.

На прием к стоматологу-хирургу с целью удаления зуба 1.3 обратился пациент К., 29 лет, которому были выполнены резцовая и инфраорбитальная анестезии. Однако пациент ощущал болезненность во время манипуляции с небной стороны. 1. Какова методика выполнения резцовой анестезии? 2. Какова методика выполнения инфраорбитальной анестезии? 3. Укажите причину болевых ощущений пациента.

Тема 4. Показания и противопоказания к их проведению. Внутри- и внеротовые способы обезбоживания.

Собеседование по контрольным вопросам:

Подглазничная анестезия. Внутри- и внеротовой метод.

Инфильтрационная анестезия при оперативных вмешательствах в стоматологии и челюстно-лицевой области.

Туберальная анестезия. Техника проведения, зона обезбоживания.

Иннервация верхней челюсти. Инфраорбитальная анестезия.

Инструменты, применяемые для дополнительного метода исследования органов полости рта и челюстно-лицевой области.

Анестезия носонебного нерва – внутриворотовой и внеротовой метод.

Палатинальная анестезия

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Задача 1.

Пациентке С., 31 год, предстояло оперативное вмешательство в амбулаторных условиях — цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба 2.3 по поводу радикулярной кисты. Комплексное предоперационное обследование не выявило какой-либо сопутствующей патологии, аллергологический анамнез пациентки был не отягощен. В предоперационном периоде ей не назначали никаких лекарственных препаратов. В назначенный день и час при явке в поликлинику для проведения операции пациентка отметила, что в течение последних 1,5 суток испытывала страх и тревогу, плохо спала ночью. При этом никаких дополнительных исследований ей выполнено не было. В процессе непосредственной подготовки к оперативному вмешательству при проведении местной анестезии у пациентки развился гипертонический криз, и хирургическое вмешательство пришлось отложить. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и пациентку госпитализировали в кардиологическое отделение. 1. Каковы причины развившегося осложнения? 2. Какой должна быть профилактика подобных осложнений? Какие лекарственные средства следует использовать с этой целью? 3. Какие еще осложнения могут развиваться при непосредственной подготовке к оперативному вмешательству? С какими патологическими состояниями их следует дифференцировать?

Задача 2.

Пациент З., 58 лет, направлен в хирургический кабинет стоматологического отделения поликлиники с целью активной хирургической санации полости рта. В анамнезе у пациента: инфаркт миокарда, перенесенный 2 года назад, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия. 1. Какими должны быть действия стоматолога-хирурга на амбулаторном приеме в отношении данного пациента (где следует выполнять оперативное вмешательство)? 2. Каким группам пациентов и при каких условиях противопоказано общее обезболивание в амбулаторных условиях?

Задача 3.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 17 лет, с жалобами на эстетический недостаток — вестибулярное положение зуба 1.3 — и с просьбой удалить данный зуб. При проведении осмотра врач констатировал следующее: у пациента дистальный прикус, все зубы интактны, отмечается скученность резцов на верхней и нижней челюстях. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Задача 4.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен. 1. Поставьте диагноз. 2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Задача 5.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно:

конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели. 1. Поставьте диагноз. 2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Задача 6.

На прием к стоматологу-хирургу с целью удаления зуба 1.3 обратился пациент К., 29 лет, которому были выполнены резцовая и инфраорбитальная анестезии. Однако пациент ощущал болезненность во время манипуляции с небной стороны. 1. Какова методика выполнения резцовой анестезии? 2. Какова методика выполнения инфраорбитальной анестезии? 3. Укажите причину болевых ощущений пациента.

Задача 7.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 38 лет, которой предстоит оперативное вмешательство на костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 2.3, 2.4, 2.5, 2.6. 1. Какие методы местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве? 2. Какова методика выполнения указанных методов местной анестезии?

Задача 8.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент О., 44 года, которому предстояло оперативное вмешательство — удаление зуба 1.6. Пациенту были выполнены туберальная и небная анестезии. Однако адекватного обезболивания не наступило — пациент во время манипуляций ощущал боль. Какова причина болевых ощущений пациента?

Тема 5. Проводниковое обезболивание. Методы обезболивания на нижней челюсти.

Собеседование по контрольным вопросам:

Анатомо-топографические особенности нижней челюсти.

Все виды обезболивания на нижней челюсти

Иннервация и кровоснабжение нижней челюсти.

Методы местного обезболивания.

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Задача 1.

В приемный покой учреждения здравоохранения к дежурному стоматологу-хирургу обратился пациент В., 37 лет, с жалобами на ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, на боль в области нижней челюсти, а также при глотании справа, при движениях языком, болезненное, несколько затрудненное открывание рта. Объективно: конфигурация лица изменена с правой стороны за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области. Кожные покровы челюстно-лицевой области сохранили физиологическую окраску и легко собираются в складку. Констатировано острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов справа на стороне поражения. Открывание рта

сопровождается болью, оно ограничено. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат, флюктуация. Причинный зуб 4.6 патологически подвижен, на $\frac{2}{3}$ разрушен кариозным процессом. При его перкуссии выявляется болезненность. Для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания. 1. Какой вид местной анестезии следует использовать в данной клинической ситуации? 2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 2.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка З., 29 лет, с диагнозом радикулярная киста от зуба 3.2. Врач планирует такие оперативные вмешательства, как резекция верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомия. Для проведения операции стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?
2. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.
3. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 3.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ф., 32 года, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.2 для выполнения оперативного вмешательства — резекции верхушки корня зуба 3.2. Врач выполнил торусальную анестезию и приступил к проведению операции. Однако пациент сообщил, что чувствует боль. 1. Какова вероятная причина неэффективности торусальной анестезии? 2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу? 3. Укажите анатомо-топографические ориентиры и методику выполнения торусальной анестезии.

Задача 4.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 36 лет, с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит зуба 3.7 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 3.7. Врач выполнил проводниковую анестезию (мандибулярную) по методике Гоу-Гейта и попросил пациентку оставить рот максимально широко открытым в течение 2–4 минут. Пациентка проигнорировала просьбу и сразу после окончания выполнения анестезии закрыла рот. Стоматолог-хирург через 20 минут приступил к операции. Однако пациентка сообщила, что чувствует боль. 1. Какова вероятная причина неэффективности мандибулярной анестезии, выполненной по методу Гоу-Гейта? 2. В чем заключается особенность методики выполнения мандибулярной анестезии по методу Гоу-Гейта?

Задача 5.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ю., 31 год, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.5 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 4.5. Врач выполнил торусальную анестезию. Через 10 минут стоматолог-хирург приступил к операции. Однако пациент указал на то, что ощущает сильную боль с язычной стороны. Как следует скорректировать обезболивание в данной клинической ситуации?

Тема 6. Показания и противопоказания к их проведению. Внутри- и внеротовые способы обезболивания.

Собеседование по контрольным вопросам:

Торусальная анестезия. Показания. Техника проведения. Осложнения.

Обезболивание у нижнечелюстного отверстия (мандибулярная анестезия) внеротовым способом

Показания, методика проведения.

Внеротовой способ ментальной анестезии.

Тестовый контроль:

Тема 7. Сочетание проводникового и инфильтрационного обезболивания.

Собеседование по контрольным вопросам:

Показания и противопоказания к проведению сочетанного применения проводникового и инфильтрационного обезболивания.

Выбор анестетика и дозировка при сочетании проводникового и инфильтрационного обезболивания.

Тестовый контроль:

1. Для поверхностной анестезии, как правило применяют

! Прокаин

! Морфин

! Дерматол

! Тримекаин

! Промедол

ПК-9 (знать) Только для терминальной анестезии используют:

! Новокаин

! Тримекаин

! Дикаин

! Тетракаин

! Лидокаин

ПК-9 (знать) Побочные эффекты местных анестетиков

! Судороги

! Снижение АД

! Метгемоглобинемия

! Аллергические реакции

ПК-9 (знать) Усиливает эффект местных анестетиков

! Адреналин

! Атропин

! Гистамин

! Глюкоза

! Серотонин

ПК-9 (знать) Местный анестетик, обладающий антиаритмической активностью:

! новокаин;

! анестезин;

! артикаин;

! лидокаин;

! бупивакаин.

ПК-9 (знать) Укажите локализацию действия местных анестетиков:

! Нервные окончания

- ! Нервные стволы
- ! Корешки спинномозговых нервов
- ! Кора больших полушарий

ПК-9 (знать) Укажите механизм действия местных анестетиков:

- ! Уменьшают синтез «медиаторов боли»
- ! Блокируют нервные проводники
- ! Активируют антиноцицептивную систему
- ! Нарушают восприятие и оценку боли
- ! Блокируют суммацию импульсов в таламусе

ПК-9 (знать) Отметьте препараты для проводниковой анестезии:

- ! Лидокаина гидрохлорид
- ! Дикаин
- ! Тримекаин
- ! Анестезин

ПК-9 (знать) Укажите механизм действия местных анестетиков:

- ! Конкурирует с Ca^{2+} в ионных каналах мембран
- ! Снижают мембранную проницаемость аксонов для натрия
- ! Изменяют структуру мембранных фосфолипидов
- ! Денатурируют протоплазму

ПК-9 (знать) Новокаин широко используется для терминальной анестезии, потому что новокаин хорошо проникает в слизистые оболочки.

- ! Верно
- ! Неверно

ПК-9 (знать) Укажите отличительные особенности местных анестетиков:

- ! Устраняют боли любого происхождения
- ! Действуют центрально
- ! Используются при ревматических заболеваниях
- ! Действуют периферически
- ! Используются для нейролептаналгезии

ПК-9 (знать) Что характерно для новокаина:

- ! Эффективен при всех видах анестезии
- ! Неэффективен при терминальной анестезии
- ! Высокая токсичность
- ! Устраняет боли воспалительного характера
- ! Эффективен в условиях гнойных ран

ПК-9 (знать) Назовите местные анестетики:

- ! Кеторолак
- ! Трамадола гидрохлорид
- ! Ультракаин
- ! Лидокаина гидрохлорид
- ! Галоперидол

ПК-9 (знать) Назовите препараты для терминальной анестезии

- ! Дикаин
- ! Новокаин

- ! Лидокаина гидрохлорид
- ! Анестезин

ПК-9 (знать) Укажите препараты для инфильтрационной анестезии

- ! Лидокаин
- ! Новокаин
- ! Анестезин
- ! Дикаин
- ! Ультракаин

Тема 8. Ошибки и осложнения местного обезболивания. Интенсивная терапия соматических осложнений. Реанимационные мероприятия в практике врача-стоматолога.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ошибки и осложнения местного обезболивания.

Обоснование выбора обезболивающих и успокаивающих средств при неотложных состояниях

Сердечно-легочная реанимация в условиях стоматологической практики.

Терминальные состояния. Диагностика.

Правовые аспекты. «Мозговая» и биологическая смерть.

Организационные аспекты и особенности проведения СЛР в поликлинике.

Методы и техника искусственной вентиляции легких, контроль эффективности.

Методы и техника непрямого массажа сердца, контроль эффективности.

Лекарственная терапия клинической смерти.

Адреналина гидрохлорид. Показания. Противопоказания.

Атропина сульфат (Атропин) Показания. Противопоказания.

Раствор глюкозы. Показания. Противопоказания.

Дигоксин. Показания. Противопоказания.

Димедрол (Дифенгидрамин) . Показания. Противопоказания.

Кордиамин (Никетамид) . Показания. Противопоказания.

Тестовый контроль:

Укажите зону иннервации нижнелуночкового нерва и его ветвей:

- а) +зубы нижней челюсти
- б) +лунки зубов нижней челюсти
- в) +слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны
- г) слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны
- д) нижняя губа и кожа подбородочной области

Укажите зону иннервации верхнего зубного сплетения:

- а) +зубы верхней челюсти
- б) +лунки зубов верхней челюсти
- в) +слизистая оболочка альвеолярного отростка верхней челюсти с вестибулярной стороны
- г) слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- д) верхняя губа

Укажите, на уровне какого зуба верхней челюсти расположен скулоальвеолярный гребень:

- а) третьего моляра
- б) второго моляра
- в) +первого моляра
- г) второго премоляра
- д) первого премоляра

Укажите, в области какого зуба нижней челюсти утолщена наружная стенка лунки кривой линией:

- а) +третьего моляра
- б) +второго моляра
- в) первого моляра
- г) второго премоляра
- д) первого премоляра

Укажите, какие верхние альвеолярные ветви иннервируют премоляры:

- а) задние
- б) +средние
- в) передние
- г) малая «гусиная лапка»

Принимают ли участие ветви малой «гусиной лапки» в иннервации верхних резцов:

- а) да
- б) +нет

Укажите, какие нервы отходят от крылонебного узла:

- а) +небные ветви
- б) задние верхние луночковые нервы
- в) +глазничные нервы
- г) +задние верхние носовые ветви
- д) +нижние задние носовые ветви

Укажите, с какими вегетативными нервными узлами связан нижнечелюстной нерв:

- а) +ушным
- б) +поднижнечелюстным
- в) +подъязычным
- г) крылонебным
- д) ресничным

Перечислите двигательные ветви нижнечелюстного нерва:

- а) +жевательный
- б) +латеральный и медиальный крыловидные

- в) +глубокий височный
- г) +челюстно-подъязычный
- д) язычный

Перечислите конечные ветви ушно-височного нерва:

- а) +суставная
- б) +околоушной слюнной железы
- в) +наружного слухового прохода
- г) +передняя ушная
- д) затылочная

Укажите, какой участок слизистой оболочки неба иннервирует большой небный нерв:

- а) твердое и мягкое небо
- б) только мягкое небо
- в) только твердое небо
- г) +твердое небо от третьих моляров до клыков
- д) передний отдел твердого неба до клыков

Укажите, на каком уровне от верхнечелюстного нерва ответвляются задние верхние луночковые ветви:

- а) +в крылонебной ямке
- б) в полости глазницы
- в) в подглазничной борозде
- г) в подглазничном канале
- д) после выхода из подглазничного отверстия

Укажите зону иннервации подбородочного нерва:

- а) нижние резцы и клыки
- б) слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны
- в) +кожа нижней губы
- г) +слизистая оболочка нижней губы
- д) +кожа подбородка

Укажите зону иннервации щечного нерва:

- а) +кожа щеки
- б) +слизистая оболочка щеки
- в) +слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны на уровне от второго премоляра до второго моляра
- г) щечная мышца
- д) кожа нижнего века

Укажите зону иннервации носонебного нерва:

- а) верхние резцы частично
- б) слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны на уровне верхних резцов
- в) +ткани переднего отдела твердого неба до уровня клыков
- г) верхние клыки

Укажите, какой нерв осуществляет двигательную иннервацию языка:

- а) язычный
- б) барабанная струна
- в) языкоглоточный
- г) +подъязычный (12 пара черепно-мозговых нервов)

Укажите направление оси подглазничного канала:

- а) кпереди
- б) кпереди и книзу
- в) +кпереди, книзу и кнутри
- г) кпереди и кнутри
- д) кпереди, книзу и кнаружи

Укажите направление оси резцового канала:

- а) кпереди
- б) вертикально
- в) +кпереди и книзу
- г) кпереди, книзу и кнутри
- д) кпереди, книзу и кнаружи

Укажите направление оси подбородочного канала:

- а) кпереди
- б) кзади
- в) кверху
- г) +кзади, кверху и кнаружи
- д) книзу

Укажите направление оси небного канала:

- а) книзу
- б) кпереди
- в) кнаружи
- г) кнутри
- д) +книзу, кпереди

Укажите, с какими вегетативными нервными узлами связан верхнечелюстной нерв:

- а) ресничным
- б) ушным
- в) +крылонебным

- г) поднижнечелюстным
- д) подъязычным

Верхнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

- а) сонное
- б) овальное
- в) остистое
- г) +круглое

Нижнечелюстной нерв выходит из полости черепа через отверстие:

- а) сонное
- б) круглое
- в) +овальное
- г) остистое

Нижняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

- а) I
- б) II
- в) +III

Верхняя челюсть иннервируется ветвью тройничного нерва:

- а) I
- б) +II
- в) III

Двигательной ветвью тройничного нерва называется:

- а) +n. masseter
- б) n. auriculotemporalis
- в) +n. temporalis anterior profundus
- г) +n. temporalis posterior profundus

Инфильтрационная анестезия наиболее эффективна:

- а)*для верхних премоляров, моляров, верхнего клыка
- б)для нижнего первого моляра
- в)для центральных нижних резцов

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

- а)*местное
- б)общее (наркоз)
- в)комбинированное
- г)нейролептаналгезия

При туберальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

- а)*задних
- б)средних
- в)передних

В зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы:

- а)*876
- б)8
- в)54
- г)87654
- д)76

При инфраорбитальной анестезии наступает блокада верхних луночковых ветвей:

- а)средних и задних
- б)передних и задних
- в)*передних и средних

В зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят:

- а)моляры
- б)верхняя губа, крыло носа
- в)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г)4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- д)*верно б) и г)

При анестезии у большого небного отверстия наступает блокада:

- а)носонебного нерва
- б)*большого небного нерва
- в)среднего верхнего зубного сплетения

В зону обезболивания при анестезии у большого небного отверстия входят слизистая оболочка твердого неба от третьего моляра и

- а)*до клыка
- б)до первого резца
- в)до первого премоляра

В зону обезболивания при анестезии у резцового отверстия входят слизистая оболочка альвеолярного отростка от резцов до клыков

- а)*с небной стороны
- б)с вестибулярной стороны
- в)с вестибулярной и небной сторон

Анатомическим ориентиром при проведении мандибулярной анестезии внутриворотным способом является

- а)моляры
- б)височный гребешок
- в)позадимолярная ямка
- г)крыловиднонижнечелюстная складка
- д)*всё перечисленное

К внеротовому способу мандибулярной анестезии относится обезболивание

- а)торусальная
- б)подскуловая по Егорову
- в)*из поднижнечелюстной области

При торусальной анестезии происходит блокада нервов

- а)язычного и щечного
- б)язычного и нижнелуночкового
- в)язычного, щечного и нижнелуночкового
- г)язычного, нижнелуночкового и подбородочного

В зону обезболивания при анестезии щечного нерва входят слизистая оболочка щеки и альвеолярной части нижней челюсти от середины коронки второго моляра и

- а)до клыка
- б)до первого резца
- в)*до первого премоляра

При анестезии язычного нерва вкол иглы производят в слизистую оболочку челюстно-язычного желобка на уровне

- а)первого моляра
- б)второго моляра
- в)*третьего моляра

Раздел 3. Воспалительные заболевания ЧЛЮ

Тема 1. Топографическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Топографическая анатомия ЧЛЮ. Границы областей.

2. Кровоснабжение ЧЛЮ.

3. Хирургическая анатомия языка и подъязычной области. Дно полости рта. Мышцы, клетчаточные пространства

4. Фасции и клетчаточные пространства головы и шеи.

5. Анатомия преддверия полости рта.

Тестовый контроль:

1. У БОЛЬНОГО С ФЛЕГМОНОЙ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:

!Затрудненное открывание рта;

!Болезненная припухлость подподбородочной области;

!Болезненное глотание;

!Сглаженность верхней шейной складки;

!Болезненное жевание;

2. ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА РАССЕКАЮТ ПОСЛОЙНО:

!Кожу;

!Подкожную клетчатку;

!Поверхностную мышцу шеи;

!Двубрюшную мышцу;

3. КЛЕТЧАТКА ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА СООБЩАЕТСЯ С КЛЕТЧАТКОЙ:

!Подъязычной области;

!Поднижнечелюстного треугольника;

!Корня языка;

!Переднего отдела шеи;

4. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ВОЗНИКАЕТ ЗАТРУДНЕННОЕ ОТКРЫВАНИЕ РТА:

!Всегда;

!Не всегда;

5. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ВОЗНИКАЕТ БОЛЕЗНЕННОСТЬ ПРИ ГЛОТАНИИ:

!Всегда;

!Не всегда;

6. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ИМЕЕТСЯ ОТЕЧНОСТЬ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОДЪЯЗЫЧНОЙ СКЛАДКИ:

!Верно;

!Неверно;

7. ПО ЭСТЕТИЧЕСКИМ ПРИЧИНАМ ФЛЕГМОНУ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ВСКРЫВАЮТ РАЗРЕОМ ОТ КРАЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ К ПОДЪЯЗЫЧНОЙ КОСТИ:

!Верно;

!Неверно;

8. ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА ИМЕЕТСЯ ОТЕК ПОДЪЯЗЫЧНЫХ СКЛАДОК:

!Верно;

!Неверно;

9. У БОЛЬНОГО ФЛЕГМОНЫ ПОДПОДБОРОДОЧНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА, ВРАЧ РАССЕК:

!Кожу параллельно верхней шейной складке;

!Подкожную клетчатку;

!Фасцию;

!Раздвинул ткани тупым путем, после выделения гноя наложил сухую повяз;

10. ПРИ ВСКРЫТИИ ФЛЕГМОНЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА РАЗРЕЗ КОЖИ ДЕЛАЮТ ПАРАЛЛЕЛЬНО КРАЮ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И НИЖЕ ЕГО НА:

!0,5см;

!1 см;

!2 см;

!3 см;

11. У БОЛЬНОГО ПЛОТНАЯ, БОЛЕЗНЕННАЯ ПРИПУХЛОСТЬ, ЗАНИМАЮЩАЯ ВЕСЬ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ТРЕУГОЛЬНИК, КОЖА НАД НЕЙ КРАСНОГО ЦВЕТА, В СКЛАДКУ НЕ СОБИРАЕТСЯ. УКАЗАННЫЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

!Острого лимфаденита;

!Обострения слюннно-каменной болезни;

!Флегмоны поднижнечелюстного треугольника;

12. АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ:

!30% раствор линкомицина гидрохлорид;

!Амоксициллин;

!Флюконазол;

!Флюкостат;

13. Источники инфицирования окологлоточного пространства:

!Одонтогенная инфекция из соседних анатомических пространств;

!Травма боковой стенки глотки;

!Инфекционно-воспалительные процессы в небных миндалинах;

!Периодонтит больших коренных зубов верхней и нижней челюсти ;

!Все ответы верные;

14. ИНФИЦИРОВАНИЕ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА ВОЗМОЖНО ИЗ:

!Позадичелюстной области;

!Подъязычной области;

!Крыловидно-нижнечелюстного пространства;

!Поднижнечелюстной области;

15. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ В:

!Подъязычное пространство;

!Переднее средостение;

!Позадичелюстное пространство;

!Подвисочную область;

16. ЖАЛОБЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ФЛЕГМОНЫ ОКОЛОГЛОТОЧНОГО ПРОСТРАНСТВА:

!Невозможность открывания рта, затрудненное дыхание;

!Резкая боль при глотании, ограничение открывания рта, затрудненное дыхание;

!Сильные боли при глотании, открывание рта свободное, затрудненное дыхание;

Тема 2. Методы лечения больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология и патогенез одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
2. Роль патологии зуба в развитии и распространении воспалительного процесса.
3. Определение понятия «одонтогенная инфекция» и современное представление о ее месте среди воспалительных заболеваний.
4. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, пути распространения инфекционного процесса.
5. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.
6. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
7. Периодонтит. Клиника. Диагностика.
8. Периодонтит. Методы обследования. Лечение

Тестовый контроль:

1. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:
 - ! ферментов
 - ! антибиотиков
 - ! антидотов
 - ! хлорсодержащих препаратов
 - ! кислородсодержащих препаратов
2. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:
 - ! стафилококки
 - ! стрептококки
 - ! вейлонеллы
 - ! лактобактерии
 - ! простейшие

3. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:
 - ! с хроническим гранулирующим периодонтитом
 - ! с хроническим гранулематозным периодонтитом
 - ! со средним кариесом
 - ! с кистогранулемой
 - ! с хроническим фиброзным пульпитом

4. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:
 - ! хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
 - ! острый периодонтит однокорневого зуба
 - ! хронический фиброзный периодонтит
 - ! хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
 - ! хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

5. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:
 - ! ЭОД
 - ! реопародонтография
 - ! рентгенография
 - ! реоплетизмография
 - ! температурная проба

6. Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:
 - ! хронический фиброзный периодонтит
 - ! хронический гранулирующий периодонтит
 - ! хронический гранулирующий периодонтит
 - ! кистогранулема
 - ! радикулярная киста

7. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение:
 - ! герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
 - ! пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
 - ! создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
 - ! проводят разрез по переходной складке
 - ! пломбируют канал временными пломбировочными материалами

8. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительных явлений:
 - ! на 2-3 сутки
 - ! на 4-5 сутки
 - ! на 5-7 суток
 - ! через 10 дней
 - ! через 14 дней

9. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:
 - ! сохранение зуба
 - ! устранение очага одонтогенной инфекции
 - ! прохождение корневого канала
 - ! воздействие на микрофлору корневых каналов

! пломбирование корневого канала

10. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

- ! повторное эндодонтическое лечение
- ! гемисекция
- ! короно-радикулярная сепарация
- ! резекция верхушки корня
- ! ампутация корня

11. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:

- ! устье канала
- ! средняя часть канала
- ! верхушечная часть канала
- ! околовверхушечная часть канала
- ! обсеменение равномерно по всей длине канала

12. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:

- ! гранулирующий
- ! гранулематозный
- ! фиброзный
- ! кисторанулема
- ! нет зависимости от формы периодонтита

13. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

- ! ферментов
- ! антибиотиков
- ! антидотов
- ! хлорсодержащих препаратов
- ! кислородсодержащих препаратов

14. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:

- ! периодонт с формированием пародонтального кармана
- ! корневой канал
- ! систему гаверсовых канатов с формированием подслизистого абсцесса
- ! систему гаверсовых каналов с формированием периостита
- ! для сохранности зуба не играет роли

15. Исходом острого периодонтита не может быть:

- ! клиническое выздоровление
- ! восстановление периодонта до нормального состояния
- ! развитие периостита
- ! переход в хронический процесс

! развитие остеомиелита

Ситуационные задачи:

1. Задача

Больной обратился с жалобами на ноющие боли в области |6 зуба. Из анамнеза выявлено что, 3 дня назад на больной зуб врач поставил мышьяковистую пасту.

- 1.Поставьте диагноз :
- 2.Проведите диф. диагностику:

2. Задача

Больной 42 лет обратился с жалобами на чувство «выросшего зуба», боли при накусывании 4| зуба. При объективном осмотре |4 зуба, цвет изменен, зуб интактный. Перкуссия вертикальная резко болезненна. Из анамнеза известно, что |4 зуб был травмирован

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Проведите диф. диагностику

3. Задача

Больной 30 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости 6| зуба, застревание пищи. На Rn-снимке выявлено разрежение костной ткани в области верхушки зуба с нечеткими границами в виде «языка пламени».

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Проведите диф. диагностику

4. Задача

Больной К. обратился с жалобами на постоянные, ноющие боли в области |1 зуба. Объективно – гиперемия и отечность десны, регионарные лимфоузлы слева увеличены при пальпации болезненны.

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Проведите диф. диагностику

5. Задача

Больной обратился с жалобами на периодические появление свищевого хода в области 4|, положительный симптом «вазопареза», на рентген снимке отмечается деструкция костной ткани в виде «языка пламени».

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Проведите диф. диагностику

6. Задача

Больной 36 лет обратился на выпадение пломбы |7 зуба. На рентгене выявляется: щечные каналы |7 зуба запломбированы некачественно, отмечается неравномерное расширение периодонтальной щели.

- 1.Поставьте диагноз
- 2.Проведите диф. диагностику

Тема 3. Фармакологические методы лечения воспалительных заболеваний ЧЛО.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Реабилитация больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области
2. Какие способы медикаментозного лечения абсцессов вы знаете челюстно-лицевой области?
3. Какие способы медикаментозного лечения флегмон челюстно-лицевой области вы знаете?
4. Тактика лечения абсцессов и флегмон ЧЛЮ.
5. Методы обследования при флегмоне околоушно-жевательной области.

Тестовый контроль:

1. КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО ВКЛЮЧАЕТ АНАТОМИЧЕСКИЕ ОБРАЗОВАНИЯ:

- !Рыхлую клетчатку;
- !Небную миндалину;
- !Нижнечелюстной сосудистый пучок;
- !Язычный нерв;
- !Щечный нерв;

2. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПРИЧИНЫ ИНФИЦИРОВАНИЯ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- !Распространение процесса из соседних клетчаточных пространств;
- !Воспалительный процесс в периодонте нижних моляров;
- !Инфицирование при мандибулярной анестезии;
- !Воспаление околоушной слюнной железы;
- !Артрит височно-нижнечелюстного сустава;

3. ЖАЛОБЫ ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

- !Боль при глотании, ограничение открывания рта;
- !Ограничение открывания рта, боли в горле с иррадиацией в ухо, усиливающиеся при глотании;
- !Боль при глотании, нарушение речи, незначительное ограничение открывания рта;

4. ВНЕШНИЙ ОСМОТР ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ВЫЯВЛЯЕТ:

- !Умеренную припухлость в околоушно-жевательной области, увеличенные поднижнечелюстные лимфоузлы;
- !Отсутствие изменений;
- !Болезненный инфильтрат в заднем отделе поднижнечелюстного треугольника;
- !Болезненный инфильтрат в позадичелюстной области;

5. ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ОБНАРУЖИВАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА:

- !Гиперемия слизистой оболочки в области крыловидно-нижнечелюстной складки;
- !Выраженная инфильтрация крыловидно-нижнечелюстной складки с резкой болезненностью при пальпации ;
- !Отечность и гиперемия слизистой оболочки области зева;

!Инфильтрация подъязычной области;
!Отечность и гиперемия передней дужки зева;

6. КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО СООБЩАЕТСЯ КЛЕТЧАТОЧНЫМИ ПРОСТРАНСТВАМИ ОБЛАСТЕЙ:

!Позадичелюстной;
!Средостением;
!Околоушно-жевательной;
!Подглазничной;

7. КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОЕ ПРОСТРАНСТВО СООБЩАЕТСЯ КЛЕТЧАТОЧНЫМИ ПРОСТРАНСТВАМИ ОБЛАСТЕЙ:

!Позадичелюстной;
!Средостением;
!Околоушно-жевательной;
!Подглазничной;

8. ПРИ ФЛЕГМОНЕ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ГНОЙНОГО ПРОЦЕССА В ДРУГИЕ ОБЛАСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИПУХЛОСТЬЮ В ОБЛАСТИ;

!Позадичелюстной;
!Окологлоточной;
!Щечной;
!Височной;
!Поднижнечелюстной; :

9. ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ОПРЕДЕЛИТЕ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА:

!Тупым путем (кохер, пепан) разведите края раны;
!Дренируйте рану;
!Проведите кохер (пепан) в направлении кзади и кнаружи;
!Проведите обезболивание;
!Рассеките слизистую оболочку по ходу крыловидно-нижнечелюстной складки;

10 ДРЕНИРОВАНИЕ РАНЫ В ПОЛОСТИ РТА ПРИ ВСКРЫТИИ АБСЦЕССА КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ОСУЩЕСТВЛЯЮТ:

!Марлевым тампоном;
!Резиновой трубкой;
!Дренажом из перчаточной резины;
!Йодоформной марлей;
!Ватным тампоном;

11. ПЕРЕДНЕЙ ГРАНИЦЕЙ ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

!Передний край жевательной мышцы;
!Задний край жевательной мышцы;
!Передний край ветви нижней челюсти;
!Скуло-альвеолярный шов;

12. Футляр жевательной мышцы формирует:

!Наружный листок собственной фасции;
!Платизма;

!Глубокий листок собственной фасции;
!Околоушно-жевательная фасция;
!Все ответы неверны;

13. КЛЕТЧАТКА ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНОЙ ОБЛАСТИ СООБЩАЕТСЯ С КЛЕТЧАТКОЙ КРЫЛОВИДНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА:

!Да;
!Нет;

14. ОКОЛОУШНО-ЖЕВАТЕЛЬНАЯ ОБЛАСТЬ СООБЩАЕТСЯ С ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТЬЮ:

!Да;
!.Нет;

Тема 4. Антибактериальные и иммунокорректирующие методы лечение у больных с одонтогенными воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Какие основные компоненты включает комплексное лечение больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи и какой является основной.
2. Перечислите основные задачи лечения абсцессов и флегмон ЧЛО и шеи.
3. Последовательность основных этапов проведения хирургической обработки гнойного очага при лечении абсцессов и флегмон ЧЛО и шеи.
4. Лекарственные препараты для местного лечения абсцессов и флегмон ЧЛО и шеи.
5. Особенности питания пациентов при лечении абсцессов и флегмон ЧЛО и шеи.
6. Тактическая схема лечения абсцессов и флегмон ЧЛО и шеи.

Тестовый контроль:

1. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:
 - ! ферментов
 - ! антибиотиков
 - ! антидотов
 - ! хлорсодержащих препаратов
 - ! кислородсодержащих препаратов
2. Преобладающей микрофлорой инфекционного периодонтита являются:
 - ! стафилококки
 - ! стрептококки
 - ! вейлонеллы
 - ! лактобактерии
 - ! простейшие
3. Дифференциальный диагноз хронического фиброзного периодонтита, кроме других форм периодонтита, проводится:
 - ! с хроническим гранулирующим периодонтитом
 - ! с хроническим гранулематозным периодонтитом

- ! со средним кариесом
- ! с кистогранулемой
- ! с хроническим фиброзным пульпитом

4. Абсолютным показанием к лечению хронического периодонтита в одно посещение является:

- ! хронический гранулематозный периодонтит однокорневого зуба
- ! острый периодонтит однокорневого зуба
- ! хронический фиброзный периодонтит
- ! хронический гранулирующий периодонтит однокорневого зуба при наличии свищевого хода
- ! хронический гранулирующий периодонтит многокорневого зуба

5. Для определения формы хронического периодонтита в план обследования включается:

- ! ЭОД
- ! реопародонтография
- ! рентгенография
- ! реоплетизмография
- ! температурная проба

6. Чаще, чем другие формы хронического периодонтита, обостряется:

- ! хронический фиброзный периодонтит
- ! хронический гранулирующий периодонтит
- ! хронический гранулирующий периодонтит
- ! кистогранулема
- ! радикулярная киста

7. При лечении острого периодонтита в стадии выраженного экссудативного процесса в первое посещение:

- ! герметично закрывают зуб после медикаментозной обработки
- ! пломбируют канал постоянными пломбировочными материалами
- ! создают условия для оттока экссудата и оставляют зуб открытым
- ! проводят разрез по переходной складке
- ! пломбируют канал временными пломбировочными материалами

8. Пломбирование канала зуба при лечении острого периодонтита проводят после стихания острых воспалительных явлений:

- ! на 2-3 сутки
- ! на 4-5 сутки
- ! на 5-7 сутки
- ! через 10 дней
- ! через 14 дней

9. Целью лечения хронического деструктивного верхушечного периодонтита является:

- ! сохранение зуба
- ! устранение очага одонтогенной инфекции
- ! прохождение корневого канала
- ! воздействие на микрофлору корневых каналов
- ! пломбирование корневого канала

10. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения деструктивного периодонтита однокорневого зуба проводится:

- ! повторное эндодонтическое лечение
- ! гемисекция
- ! короно-радикулярная сепарация
- ! резекция верхушки корня
- ! ампутация корня

11. Наиболее обсемененной микробами частью корневого канала независимо от формы хронического периодонтита является:

- ! устье канала
- ! средняя часть канала
- ! верхушечная часть канала
- ! околовушечная часть канала
- ! обсеменение равномерно по всей длине канала

12. Наиболее редко дает обострение хронический периодонтит:

- ! гранулирующий
- ! гранулематозный
- ! фиброзный
- ! кисторанулема
- ! нет зависимости от формы периодонтита

13. Лечение острого мышьяковистого периодонтита требует обязательного включения:

- ! ферментов
- ! антибиотиков
- ! антидотов
- ! хлорсодержащих препаратов
- ! кислородсодержащих препаратов

14. Наиболее благоприятный для зуба отток экссудата при остром или обострении хронического периодонтита:

- ! периодонт с формированием пародонтального кармана
- ! корневой канал
- ! систему гаверсовых канатов с формированием подслизистого абсцесса
- ! систему гаверсовых каналов с формированием периостита
- ! для сохранности зуба не играет роли

15. Исходом острого периодонтита не может быть:

- ! клиническое выздоровление
- ! восстановление периодонта до нормального состояния
- ! развитие периостита
- ! переход в хронический процесс
- ! развитие остеомиелита

Ситуационные задачи:

Задача 1. Больной 40 лет. Жалуется на периодическое повышение температуры тела, боли и утолщение тела нижней челюсти слева. Больна 1,5 месяца, когда заболели 74 и 75 зубы, была температура, отек. К врачу обратилась поздно. Зубы были удалены 4 недели тому назад. Проводилось противовоспалительное лечение, УВЧ-терапия. Состояние улучшилось, но не нормализовалось. Объективно: Асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти слева. Кожа не напряжена, берется в складку, пальпация тела челюсти болезненна. Регионарные лимфоузлы увеличены, подвижны, умеренно

болезненны. Рот открывает хорошо. Альвеолярный отросток от 32 до 36 зубов утолщен. 74 и 75 зубы отсутствуют, а в области лунок их имеются 2 свища с умеренным выделением густого гноя, взбухающими грануляциями. Слизистая цианотична, инфильтрирована. $T - 37,0^{\circ} C$. 1. Поставьте диагноз и проведите дифференциальную диагностику. Лечение.

Задача 2. Пациенту 7 лет. Жалобы на наличие свища в поднижнечелюстной области справа с постоянным гнойным отделяемым, наличие субфебрильной температуры. Из анамнеза выяснено: Болеет 1,5 месяца. Ранее был удален 85 зуб, вскрыт абсцесс в подчелюстной области и во рту, проведено противовоспалительное лечение. Состояние ребенка улучшилось, но на коже сформировался свищ. Объективно: Асимметрия лица за счет утолщения тела нижней челюсти справа. Кожа в цвете не изменена, имеется послеоперационный рубец и свищ по ходу его в поднижнечелюстной области справа. Незначительная болезненность челюсти при пальпации. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, слабо болезненны при пальпации. Рот открывается свободно. 85 зуб отсутствует. Слизистая оболочка на уровне 46, 84 и 83 зубов инфильтрирована, цианотична. В области лунки удаленного 85 зуба свищ с взбухающими грануляциями и гнойным отделяемым. $T-37,2^{\circ}$. 1. Сформулируйте диагноз.

Задача 3. Пациент В., 17 лет. Беспокоят постоянные ноющие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, периодическое истечение гноя из лунки 26 зуба, попадание жидкой пищи в нос во время приема пищи. Из анамнеза — зуб 26 удален 10 дней назад, заживления лунки не произошло, в связи с чем направлен на консультацию. Объективно: лунка 26 зуба выполнена грануляционной тканью. При зондировании лунки инструмент «проваливается» на глубину 3–4 см, не встречая сопротивления, при этом из лунки появляется гной. Вопросы: 1. Предположительный диагноз?

Задача 4. Больной 42 лет обратился с жалобами на чувство «выросшего зуба», боли при накусывании в области 4| зуба верхней челюсти. При объективном осмотре |4 зуба, цвет изменен, зуб интактный.

Перкуссия вертикальная резко болезненна. Из анамнеза известно, что |4 зуб был травмирован

1. Поставьте диагноз
2. Проведите диф. диагностику
3. Назначить лечение

Задача 4. Больной 30 лет, обратился с жалобами на наличие кариозной полости 6| зуба, застревание пищи. На Рn-снимке выявлено разрежение костной ткани в области верхушки зуба с нечеткими границами в виде «языка пламени».

1. Поставьте диагноз
2. Проведите диф. диагностику
3. Назначить лечение

Задача 5.

Пациент 34 лет обратился к стоматологу с жалобами на отек щеки справа, повышенную температуру тела до $37,2^{\circ}$. Из анамнеза выяснено, что отек появился давно, периодически увеличивается, но самопроизвольно регрессирует. Повторно отек и температура появились после переохлаждения ребенка. Объективно: Асимметрия лица за счет отека

мягких тканей правой щеки. Кожа в цвете изменена, горячая на ощупь. Все признаки воспаления. Вопросы и задания: 1) Сформулируйте диагноз. 2) Проведите дифференциальную диагностику, составьте план лечения и определите место лечения.

Тема 5. Одонтогенные верхнечелюстные синуситы. Клиника, диагностика, лечение.
Собеседование по контрольным вопросам:

1. ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. КЛАССИФИКАЦИЯ, ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПАТОАТОМИЯ.

2. СТАДИЯ ОДОНТОГЕННОГО ГАЙМОРИТА.

3. ОДОНТОГЕННЫМ ГАЙМОРИТОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВОСПАЛЕНИЕ

4. При одонтогенном гайморите поражаются

5. При остром гайморите в верхнечелюстной пазухе содержится экссудат?

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи: 1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача

Больная, 20 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева.

Местно: имеются разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 38 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 40 лет, во время удаления корней 16 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка 16 пустая, имеется сообщение в области лунки 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача

Больная, 36 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева.

Местно: имеются разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 40 лет, во время удаления корней 26 ,обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 56 лет, во время удаления корней 16 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка 16 пустая, имеется сообщение в области лунки 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача

Больная, 35 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева.

Местно: имеются разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 27 лет, во время удаления корней 26 ,обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.

ОПК-11 (Узнать) Задача Больной, 25 лет, во время удаления корней 16 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка 16 пустая, имеется сообщение в области лунки 16 с верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.

2. Каковы причины данного осложнения?

Тема 6. Индивидуальный подход к выбору методов оперативного и

консервативного лечения у больных с одонтогенными верхнечелюстными синуситами. Современные материалы и способы пластического закрытия оронтрального сообщения.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 7. Специфические воспалительные заболевания ЧЛЮ. Особенности клинического течения, диагностики и лечения (туберкулез, сифилис, актиномикоз).

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Актиномикоз. Клиника.
2. Способы исследования при Актиномикозе.
3. Актиномикоз. Диагностика. Лечение.
4. Специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области.
5. Туберкулез. Клиника.
6. Туберкулез. Диагностика. Лечение.
7. Сифилис челюстно-лицевой области и полости рта. Клиника.
8. Сифилис челюстно-лицевой области и полости рта. Диагностика.

Тестовый контроль:

1. Возбудителем актиномикоза являются:

- !стафилококки
- !стрептококки
- !лучистые грибы
- !кишечные клостридии
- !туберкулезные микобактерии

2. Актиномикоз является:

- !пороком развития
- !дистрофическим процессом
- !опухолеподобным процессом
- !специфическим воспалительным заболеванием
- !неспецифическим воспалительным заболеванием

3. Инфицирование при актиномикозе происходит:

- !аутогенно

- !гематогенно
- !лимфогенно
- !контактно
- !воздушно-капельным путем

4. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании:

- !цитологического исследования
- !рентгенологических данных
- !клинического анализа крови
- !иммунологического и серологического исследования
- !исследования гормонального статуса

5. Наиболее часто поражаются актиномикозом области:

- !шеи
- !подбородочная
- !подподбородочная
- !височная, скуловая
- !поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

6. Возбудителем актиномикоза являются:

- !стафилококки
- !стрептококки
- !лучистые грибы
- !кишечные клостридии
- !туберкулезные микобактерии

7. ДИАГНОЗ «АКТИНОМИКОЗ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ:

- !цитологического исследования
- !рентгенологических данных
- !клинического анализа крови
- !серологического исследования
- !исследования гормонального статуса

**8. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА
АКТИНОМИКОЗА МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА
ЗАКЛЮЧАЕТСЯ:**

- !в гиперемии кожи
- !во множестве свищей на не измененной коже
- !в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
- !в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами!

**9. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ
ВХОДИТ:**

- !лучевая

- !седативная
- !мануальная
- !иммунотерапия
- !гипотензивная

10. В КОМПЛЕКС ЛЕЧЕНИЯ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВХОДИТ:

- !лучевая
- !седативная
- !мануальная
- !гипотензивная
- !хирургическое пособие

11. ДЛЯ ИММУНОТЕРАПИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ:

- !интерферон
- !актинолизат
- !стафилококковый анатоксин
- !противокоревой гаммаглобулин
- !стафилококковый иммуноглобулин

12. Инфицирование при актиномикозе происходит:

- !аутогенно
- !гематогенно
- !лимфогенно
- !контактно
- !воздушно-капельным путем

13. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании:

- !цитологического исследования
- !рентгенологических данных
- !клинического анализа крови
- !иммунологического и серологического исследования
- !исследования гормонального статуса

14. Наиболее часто поражаются актиномикозом области:

- !шеи
- !подбородочная
- !подподбородочная
- !височная, скуловая
- !поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

15. Причиной специфического артрита височно-нижнечелюстного сустава является:

- !актиномикоз
- !ревматическая атака
- !околоушный гипергидроз
- !хроническая травма височно-нижнечелюстного сустава

в результате изменения окклюзии

Тема 8. Особенности клинического течения, диагностики и лечения некоторых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (фурункул, карбункул, сибирская язва, рожа, нома, ВИЧ- инфекция, дифтерия).

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области?
2. Фурункулы и карбункулы лица. Определение, клиника, диагностика, лечение
3. Патогенез абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области?
- 4.

Тестовый контроль:

1. Сибирская язва - это:
 - а) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата (+)
 - б) инфекционная болезнь, характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки) лихорадкой и интоксикацией;
 - в) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного;
 - г) заболевание кожи, возникающее при непосредственном контакте с кожей веществ, способных спровоцировать аллергическую реакцию замедленного типа.
2. Возбудителем рожи является:
 - а) стафилококк;
 - б) бактероиды;
 - в) вейлонеллы;
 - г) стрептококк. (+)
3. Флегмона околоушно-жевательной области развивается при заболевании:
 - а) верхних и нижних резцов;
 - б) верхних и нижних клыков;
 - в) верхних и нижних премоляров;
 - г) нижних моляров и ложном паротите Герценберга. (+)

4. В каком отделе окологлоточного пространства располагается внутренняя яремная вена:
- а) 1. переднем; (+)
 - б) 2. заднем;
 - в) 3. нижнем;
 - г) 4. верхнем.
5. Флегмону подподбородочной области дифференцируют с:
- а) тризмом;
 - б) абсцессом корня языка; (+)
 - в) карбункулом нижней губы;
 - г) флегмоной щечной области.
6. Оперативный доступ вскрытия флегмоны корня языка:
- а) внутриротовой;
 - б) срединный разрез; (+)
 - в) воротникообразный разрез;
 - г) разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.
7. Инфекция в тело языка не проникает:
- а) 1. контактным путем;
 - б) 2. лимфогенным путем;
 - в) 3. по ходу нервных стволов; (+)
 - г) по межфасциальным щелям.
8. Как часто нужно подтягивать дренажи при лечении флегмон:
- а) 5-6 раз в день;
 - б) каждый час, полтора;
 - в) 1-2 раза в сутки; (+)
 - г) если дренаж стоит хорошо, его подтягивать не надо.
9. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является:
- а) челюстно-подъязычная мышца ; (+)
 - б) заднее брюшко двубрюшной мышцы;
 - в) переднее брюшко двубрюшной мышцы;
 - г) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.
10. Затруднение при глотании появляется при флегмоне:
- а) подподбородочной области;
 - б) околоушно-жевательной области;
 - в) щечной области;

г) окологлоточного пространства. (+)

11. Цикл развития фурункулов продолжается:

- а) 3-4 дня;
- б) 5-6 дней;
- в) 7-8 дней;
- г) 8-10 дней. (+)

12. Причиной для развития флегмоны подподбородочной области является воспалительный процесс в области:

- а) верхней губы;
- б) зубов верхней челюсти;
- в) 34-44 зубов; (+)
- г) лимфоузлов щечной области.

13. Первичная локализация гнойного очага при флегмоне подподбородочной области:

- а) щечная область;
- б) подвисочная ямка;
- в) подъязычная область; (+)
- г) жевательная мышца.

14. С каким клетчаточным пространством не сообщается клетчаточное пространство скуловой области:

- а) с клетчаткой щечной области;
- б) с клетчаткой околоушно-жевательной области;
- в) с крыловидно-нижнечелюстным пространством; (+)
- г) с клетчаткой подвисочной и височной ямок.

15. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается со средостением:

- а) передний,
- б) задний; (+)
- в) нижний;
- г) верхний.

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

- а) средостение; (+)
- б) субдуральное пространство;
- в) околоушную слюнную железу;

г) крыло-нёбное венозное сплетение.

17. Границы подвисочной ямки:

- а) переднюю стенку составляет задняя поверхность тела верхней челюсти и глазничный отросток небной кости сзади;
- б) ямка ограничена крыловидным отростком клиновидной и медиально-наружной поверхностью вертикальной части небной кости, сверху - нижней поверхностью тела и основанием большого крыла клиновидной кости;
- в) сверху-нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости, спереди - бугор верхней челюсти и нижний отдел височной поверхности скуловой кости снизу - щечно-глоточная фасция, сзади - шиловидный отросток височной кости с отходящими от него мышцами и передняя поверхность мышечного отростка нижней челюсти, изнутри - наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости, снаружи - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти; (+)
- г) передняя граница: верхнемедиальные отделы подвисочной поверхности верхней челюсти; задняя граница: крыловидный отросток и часть передней поверхности большого крыла клиновидной кости; медиальная граница: наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости; латеральная граница: крыловидно-верхнечелюстная щель; нижняя граница: часть дна ямки сформирована пирамидальным отростком небной кости.

18. В корне языка имеется клетчаточных пространств:

- а) одно;
- б) два;
- в) три; (+)
- г) четыре.

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

- а) 1.верхней губы;
- б) 2.зубов нижней челюсти; (+)
- в) 3.зубов верхней челюсти;
- г) 4.лимфоузлов околоушной области.

20. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

- а) передний край собственно жевательной мышцы;

- б) нижний край скуловой дуги;
- в) нижний край тела нижней челюсти; (+)
- г) задний край ветви нижней челюсти.

21. Первичная локализация гнойного очага при флегмоне подподбородочной области:

- а) щечная область;
- б) подвисочная ямка;
- в) жевательная мышца;
- г) поднижнечелюстная область. (+)

22. Причиной расширения вен сетчатки глаза являются:

- а) нарастающая интоксикация;
- б) ограничение подвижности глазного яблока;
- в) повышение содержания протромбина в периферической крови;
- г) распространение воспалительного процесса на глазное яблоко, застойные явления. (+)

23. Для флегмоны щеки характерно:

- а) разлитая отечность мягких тканей щеки сглаженность носогубной складки, открывание рта болезненное; (+)
- б) ограниченный инфильтрат в центре щеки, открывание рта свободное, боли при глотании,
- в) затруднение носового дыхания с одной стороны;
- г) резкое ограничение открывания рта.

24. Типичные причины флегмоны глазницы:

- а) флегмона мягких тканей дна полости рта;
- б) флегмона височной области;
- в) флегмона окологлоточного пространства;
- г) тромбоз угловой вены, острый гнойный гайморит или обострение хронического гайморита. (+)

25. При флегмоне мягких тканей дна полости рта резкому обезвоживанию организма способствует:

- а) повышение диуреза;
- б) почечная недостаточность;
- в) нарушение электролитного баланса;
- г) невозможность приема жидкости из-за резкого отека и болей в области языка и дна полости рта. (+)

26. Оперативный доступ при лечении флегмоны подподбородочной области заключается в разрезе:
- а) в подподбородочной области параллельно краю фронтального отдела нижней челюсти; (+)
 - б) окаймляющем угол нижней челюсти;
 - в) слизистой оболочки по крыловидно-нижнечелюстной складке;
 - г) параллельно краю нижней челюсти дугообразный разрез от угла до угла.
27. Неодонтогенной причиной развития абсцесса и флегмоны языка является:
- а) лимфаденит щечной области;
 - б) острый тонзиллит; (+)
 - в) острый периодонтит зубов нижней челюсти;
 - г) острый периодонтит зубов верхней челюсти.
28. Воспалительные процессы в области носогубного лимфатического узла отличаются своей:
- а) распространенностью процесса, острым течением, отсутствием склонности к рецидивам;
 - б) ограниченностью, затяжным течением, склонностью к рецидивам; (+)
 - в) распространенностью процесса, затяжным течением, рецидивами;
 - г) наличием тромбоза угловой вены лица.
29. Источником образования аденофлегмоны являются:
- а) перикоронит;
 - б) патология ЛОР-органов;
 - в) воспаленный лимфоузел; (+)
 - г) воспаление слюнной железы.
30. Для флегмоны щеки характерно:
- а) острое начало высокая температура разлитой инфильтрат и отечность слизистой оболочки щеки, хронический периодонтит моляра; (+)
 - б) медленное начало субфебрильная температура ограниченный инфильтрат, хронический периодонтит клыка, затруднение глотания, резкое ограничение открывания рта.
 - в) осиплость речи, боль при глотании, обильная саливация;
 - г) резкое ограничение открывания рта.

31. Какой из перечисленных ниже этапов не является обязательным при лечении флегмоны дна полости рта:
- а) дренирование;
 - б) взятие посевов на аэробно-/анаэробную флору;
 - в) антибактериальная терапия;
 - г) витаминотерапия. (+)
32. Типичным признаком флегмоны дна полости рта является
- а) тризм;
 - б) отек крыловидно-нижнечелюстной складки;
 - в) отек щечных областей;
 - г) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочной областях. (+)
33. Оперативный доступ при поднижнечелюстной флегмоне:
- а) срединный (в подподбородочной области);
 - б) внутриротовой;
 - в) Воротникообразный;
 - г) в поднижнечелюстной области. (+)
34. Наружной границей подподбородочной области является:
- а) задние брюшки двубрюшной мышцы;
 - б) челюстно-язычная мышца;
 - в) передние брюшки двубрюшной мышцы; (+)
 - г) наружная подподбородочная связка.
35. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать с:
- а) тризмом;
 - б) ангиной Людвига; (+)
 - в) карбункулом нижней губы;
 - г) флегмоной щечной области.
36. Пиогенная мембрана - это:
- а) средний слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;
 - б) наружный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;
 - в) внутренний слой гнойника, отграничивающий гнойно-некротический процесс и продуцирующий экссудат; (+)
 - г) поверхностный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей;

37. Какой отдел окологлоточного пространства сообщается с крылонёбной ямкой:

- а) передний,
- б) задний; (+)
- в) нижний;
- г) верхний.

38. Фурункул - это:

- а) острое гнойно-некротическое воспаление фолликула волоса и окружающей ткани; (+)
- б) острое гнойно-некротическое воспаление нескольких, расположенных рядом волосяных фолликулов;
- в) опухолевидное образование, возникающее в результате закупорки протока сальной железы;
- г) гнойное воспаление тканей с их расплавлением и образованием гнойной полости, может развиваться в подкожной клетчатке, мышцах, костях, а также в органах или между ними.

39. Рожь:

- а) инфекционная болезнь, которая характеризуется тяжелой интоксикацией поражением кожи и лимфатического аппарата;
- б) инфекционная болезнь характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением кожи (слизистой оболочки), лихорадкой и интоксикацией; (+)
- в) инфекционное заболевание, которое протекает в виде быстро прогрессирующей формы влажной гангрены лица, челюстей и тканей полости рта, возникающей на фоне резкого снижения реактивности организма больного;
- г) заболевание кожи, возникающее при непосредственном контакте с кожей веществ, способных спровоцировать аллергическую реакцию замедленного типа.

Ситуационные задачи:

Задача 1

Больная В, 42 лет, поступила в клинику хирургической стоматологии два дня назад. При обследовании поставлен диагноз: абсцесс подвисочной ямки справа. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено

небольшое количество гнойного отделяемого, введен дренаж. Назначена противовоспалительная терапия. Однако, состояние больной не улучшилось. Боли сохраняются, температура тела держится в пределах 38,3 0С. 12 часов назад больная предъявила жалобы на снижение остроты зрения правого глаза, которое до настоящего времени прогрессирует. Степень и характер нарушения функций (ограничение открывания рта, боли при глотании) не изменились за истекший период.

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

Задача 2

Больная А, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие в правой щечной области болезненной припухлости. Боль усиливается при открывании рта, во время приема пищи, при разговоре. Отмечается резкая асимметрия лица, гиперемия кожи правой щеки, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела.

1. Какие заболевания можно предположить при наличии вышеперечисленных жалоб?
2. Как будет зависеть лечебная тактика от установленного диагноза?

Задача 3

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении нижней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную области слева тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первичная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. Повреждения костей черепа не было выявлено. После проведенного лечения был выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначительное ограничение открывания рта. В течение всего последующего времени температура держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако больной к врачу не обращался. Неделью назад боли в височной области стали усиливаться. Припухлость увеличивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обратился в районную поликлинику к невропатологу. Там же был проконсультирован хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой стационар. Объективно: отмечается умеренно болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат в левой

височной области с нечеткими границами. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения нижней челюсти ограничены и болезненны. При рентгенологическом исследовании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани от 0,5 до 1,0 см. четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных секвестров

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Укажите анатомические границы височной области.

Задача 4

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

1. Поставьте диагноз. Укажите, с чем может быть связано развитие данного патологического состояния.
2. Укажите наиболее серьезные осложнения, которые могут развиваться в данном случае.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Какие признаки не существенны для данного заболевания.

Задача 5

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

1. Поставьте диагноз. Укажите, с чем связано развитие данного заболевания.
2. Наметьте план лечения.
3. Укажите признаки, не существенные для данного заболевания.

Задача 6

Больная 28 лет обратилась в поликлинику с жалобами на асимметрию лица справа, общее недомогание, повышенную температуру тела (38 градусов). 4 дня назад заболел нижний правый второй моляр. Обращалась к терапевту стоматологу, была наложена пломба. На следующий день после лечения зуба появилась болезненная припухлость в подчелюстной области, резко ограничилось открывание рта. В полости рта в области крыловидно-нижнечелюстной складки определяется резко болезненный инфильтрат. Слизистая в этом участке резко гиперемирована, отечна, отек переходит на небо-язычную дужку. Леченный зуб под пломбой, частично разрушен, перкуссия слабоположительна.

1. проведите диф.диагностику предполагаемой флегмоны
2. перечислите возможные осложнения
3. наметьте план лечения

Задача 7

больной 32 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на асимметрию лица, общее недомогание, затрудненное дыхание, повышенную температуру тела. Со слов больного, в течении последней недели беспокоил зуб на нижней челюсти справа, к врачу не обращался. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости в правой подчелюстной области; пальпаторно в проекции корня языка и глотки отмечается плотный болезненный инфильтрат. В полости рта область крыловидно-нижнечелюстной складки и небно-язычной дужки резко гиперемирована, отечна, пальпаторно определяется плотный болезненный инфильтрат, небный язычок резко смещен влево. Седьмой нижний правый зуб разрушен, слегка подвижен, перкуссия зуба слабоположительна.

1. проведите диф.дагностику предполагаемого диагноза.
2. перечислите возможные осложнения.
3. наметьте план лечения.

Задача 8

Больной 23 лет обратился в поликлинику с жалобами на болезненную припухлость в области угла нижней челюсти справа, общее недомогание, повышенную температуру тела. Со слов больного в течении последних 10 дней неоднократно обращался к стоматологу по причине затрудненного прорезывания правого нижнего зуба мудрости. Врач, лечивший больного, прибегал к рассечению и иссечению капюшона, была проведена противовоспалительная терапия. Проведен курс антибиотикотерапии и сульфаниламидных препаратов. Объективно: в позадичелюстной области справа пальпируется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Отек распространяется на боковую поверхность шеи справа. В полости рта перкуссия восьмого нижнего справа зуба резко положительна, задние бугры коронки прикрыты капюшоном. На рентгенограмме восьмого нижнего справа: костный карман прикрывает дистальную часть коронки, положение зуба относительно седьмого нижнего справа – неудовлетворительное.

1. опишите рентгенологический снимок.
2. проведите диф.дагностику предполагаемого диагноза и перечислите возможные осложнения.
3. наметьте план лечения.

Раздел 4. Заболевания слюнных желез

Коды контролируемых компетенций: УК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-7

Тема 1. Особенности клинического течения воспалительных и дистрофических (сиаладеноз) заболеваний слюнных желез у больных в зависимости от возраста, пола и сопутствующих заболеваний.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Этиология?

2. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Патогенез?
3. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Клиника?
4. Реактивно-дистрофические заболевания слюнных желез. Диагностика?
5. Сиалоз. Классификация?

Тестовый контроль:

1. Выводной проток подъязычной слюнной железы называется:

- !стенонов;
- !вартонов;
- !бартолиниев;
- !вальтеров;
- !вирсунгов.

2. Проток околоушной слюнной железы открывается на слизистой оболочке:

- !щеки;
- !верхней губы;
- !нижней губы;
- !мягкого нёба;
- !дна полости рта.

3. Проток околоушной слюнной железы открывается на уровне:

- !верхнего третьего моляра;
- !нижнего первого моляра;
- !верхнего первого моляра;
- !верхнего первого премоляра;
- !верхнего второго премоляра.

4. Большие слюнные железы в норме:

- !пальпируются;
- !определяются визуально;
- !определяются при запрокидывании головы;
- !не пальпируются;
- !значительно увеличены.

5. Стенонов проток - название:

- !околоушной слюнной железы;
- !малой слюнной железы;
- !подъязычной слюнной железы;
- !поднижнечелюстной слюнной железы;

6. Бартолиниев проток - название:

- !околоушной слюнной железы;
- !малой слюнной железы;
- !подъязычной слюнной железы;
- !поднижнечелюстной слюнной железы;

7. Вартонов проток - название:

- !околоушной слюнной железы;
- !малой слюнной железы;
- !подъязычной слюнной железы;
- !поднижнечелюстной слюнной железы;

8. Выводные протоки подъязычной и поднижнечелюстных слюнных желез открываются на подъязычном сосочке:

- !всегда общим протоком;
- !общим протоком в 95% случаях;
- !всегда отдельно;
- !общим протоком в 50%;
- !общим протоком в 30%.

9. В норме секрет протоков больших слюнных желез:

- !прозрачный;
- !мутный;
- !со слизистыми комочками;
- !с включениями тяжей;
- !с хлопьевидными включениями.

10. Атрезия слюнного протока - это:

- !его отсутствие;
- !дистофия;
- !сужение;
- !заращение;
- !киста.

11. Жалобы в начальной стадии ксеростомии на:

- !ощущение сухости слизистой оболочки полости рта при разговоре;
- !постоянную сухость полости рта;
- !болевы́е ощущения во время еды;
- !прогрессивное разрушение зубов;
- !эрозии на слизистой оболочке полости рта.

12. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из околоушной слюнной железы выделяют (мл):

- !0,5-1;
- !1-3;
- !3-5;
- !5-7;
- !7-10.

13. При сиалометрии по методу Т.Б. Андреевой из под-нижнечелюстной слюнной железы выделяют (мл):

!0,5-1;

!1-3;

!4-6;

!6-8;

14. При проведении функциональной дигитальной суб-тракционной сиалогрaфии в протоки железы вводит:

!жирорастворимое контрастное вещество;

!водорастворимое контрастное вещество;

!радиоактивный I;

!радиоактивный Ga.

15. При радиосиалогрaфическом исследовании пациенту натошак внутривенно вводят:

!жирорастворимое контрастное вещество;

!водорастворимое контрастное вещество;

!радиоактивный Tc;

!радиоактивный I;

!радиоактивный Ga.

16. Эвакуация водорастворимого контрастного вещества из паренхимы и протоков непораженных околоушных слюнных желез составляет:

!40-50 с;

!1-2 мин;

!3-4 мин;

!5-6 мин;

!7-8 мин.

17. Симметричное безболезненное увеличение околоушных слюнных желез характерно для:

!острого бактериального сиаладенита;

!опухоли слюнной железы;

!слюннокaменной болезни;

!сиаладеноза;

!лимфогенного паротита.

Тема 2. Современные способы лучевой и не лучевой диагностики заболеваний слюнных желез. Выбор схем лечения. Синдром и болезнь Микулича и Шегрена.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 3. Воспаление слюнных желез (сиалоденит). Эпидемический паротит. Острый лимфогенный и контактный сиалоденит.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

. Среди ретенционных кист слюнных желез у детей преобладают кисты:

- 1) околоушных слюнных желез
- 2) подъязычных слюнных желез
- 3) поднижнечелюстных слюнных желез
- 4) малых слюнных желез
- 5) верно 1) и 2)

2. Метод лечения ретенционных кист слюнных желез:

- 1) физиотерапевтический
- 2) склерозирующая терапия
- 3) криотерапия
- 4) хирургический
- 5) верно 1) и 2)

3. Опухоли у детей наиболее часто локализуются в области желез:

- 1) подъязычных
- 2) поднижнечелюстных .
- 3) околоушных
- 4) малых слизистой оболочки полости рта
- 5) верно 1) и 2)

4. Заключительный диагноз новообразования слюнной железы у детей ставится на основании результата:

- 1) томографии
- 2) контрастной рентгенографии
- 3) открытой хирургической биопсии
- 4) пункционной биопсии
- 5) морфологического исследования послеоперационного материала

5. Одним из основных клинических признаков обострения хронического рецидивирующего паротита в отличие от эпидемического является:

- 1) удовлетворительное общее состояние ребенка
- 2) характерная консистенция железы
- 3) выделение гноя из устья выводного протока
- 4) поражение одной железы
- 5) поражение обеих желез

1. Офтальмологические проявления болезни Шегрена:

- !гиперсекреция слезы;
- !снижение секреции слезы;
- !увеит;
- !сухой кератоконъюнктивит;
- !иридоциклит.

2. Для болезни Микулича характерно:

- !только околоушных слюнных желез;
- !увеличение всех слюнных желез;
- !только поднижнечелюстных слюнных желез;
- !сочетанное увеличение слюнных и слезных желез;
- !подъязычных слюнных желез.

3. Возбудитель эпидемического паротита:

- !вирус герпеса;
- !фильтрующийся вирус;
- !вирус Коксаки;
- !вирус гриппа.

4. Лимфогенный паротит возникает в:

- !подъязычной слюнной железе;
- !околоушной слюнной железе.
- !поднижнечелюстной слюнной железе;
- !больших слюнных железах;
- !малых слюнных железах;

5. Заражение эпидемическим паротитом происходит:

- !через грязные руки;
- !гематогенным путем;
- !воздушно-капельным путем;
- !контактным путем;
- !алиментарным путем.

6. При эпидемическом паротите поражаются:

- !большие слюнные железы;
- !малые слюнные железы;
- !почки
- !кожи и подкожной клетчатки;
- !половых органов;
- !эндокринной системы.

7. При болезни Микулича на сиалограмме определяют:

- !четкообразные протоки;

- !суженные протоки;
- !полости;
- !дефекты наполнения;
- !оттеснение протоков к периферии.

8. В анализе крови при болезни Шегрена определяют:

- !лимфоцитоз;
- !эозинофилия;
- !моноцитоз;
- !нейтропения;
- !гипергаммаглобулинемия.

9. Обязательный признак болезни Шегрена:

- !сиалодохит;
- интерстициальный паротит;
- !паренхиматозный паротит;
- !киста слюнной железы;
- !аденома слюнной железы.

10. Для болезни Шегрена характерно:

- !фиссурный кариес;
- !пришеечный кариес;
- !хронический пародонтит;
- !лейкоплакия;
- !пузырчатка.

11. При болезни Шегрена околоушные слюнные железы:

- !увеличены всегда;
- !не увеличены;
- !увеличены у 70% больных в поздней стадии;
- !увеличены в начальной стадии;
- !увеличены в сочетании с поднижнечелюстными слюнными железами.

12. При болезни Микулича в биоптатах слюнных и слезных желез определяются:

- !диффузные лимоидные инфильтраты, которые сдавливают протоки;
- !лимфоплазмочитарная инфильтрация, которая разрушает протоки;
- !гранулемы типа инородных тел;
- !саркоидные гранулемы;
- !диффузный липоматоз.

13. Для болезни Микулича характерно:

- !увеличение всех слюнных желез;
- !сочетанное увеличение слюнных и слезных желез;
- !только околоушных слюнных желез;
- !только поднижнечелюстных слюнных желез;
- !подъязычных слюнных желез.

14. При синдроме Шегрена отмечаются:

- !эозинофилия;
- !гипергаммаглобулинемия;
- !нейтрофилия;
- !понижение СОЭ

15. Для синдрома Хеерфорда характерна триада:

- !двухсторонний паротит;
- !сиаладенит поднижнечелюстных слюнных желез;
- !сухой кератоконъюнктивит;

Тема 4. Послеоперационный и постинфекционный паротиты.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Эпидемический паротит.
2. Клиника.
3. Диагностика
4. Дифференциальная диагностика.
5. Лечение.

Тема 5. Воспаление слюнных желез. Острое и хроническое. Острое воспаление поднижнечелюстных и подъязычных слюнных желез. Лечение острого сиалоаденита (консервативное и хирургическое).

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

Тема 6. Хроническое воспаление слюнных желез. Этиология, патогенез, клиника и диагностика. Методы лечения. Воспаление выводных протоков слюнных желез (сиалодохит).

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

1. В клинически выраженной стадии хронического сиалодохита больные жалуются на:

- !появление припухлости во время приема пищи;
- !боль, усиливающуюся в ночное время.
- !безболезненное двухстороннее увеличение слюнных

желез;
!выделение из протоков гнойного секрета;

2. Сиалографическая картина хронического сиалодо-хита в начальной стадии следующая:

!полости имеют различный диаметр;
!чередование расширенных и неизмененных участков протоков железы;
!сужение главного протока и протоков I-V порядков;
!все протоки железы сужены.

3. В клинически выраженной стадии хронического сия-лодохита больные жалуются на:

!безболезненное двухстороннее увеличение слюнных желез;
!выделение из протоков гнойного секрета;
!появление припухлости во время приема пищи;
!боль, усиливающуюся в ночное время.

4. Клинические признаки хронического сиалодохита в поздней стадии:

!железа увеличена, неравномерно уплотнена;
!значительное двухстороннее увеличение желез;
!кожа над железой гиперемирована, отечна;
!из протока выделяется прозрачный секрет.

5. Ретенция секрета (слюнная колика) характеризуется:

!болезненным ощущением распираания железы;
!наличием гнойных включений в секрете;
!наличием свищевого хода;
!двусторонним увеличением желез.

6. Для диагностики хронического сиаладенита необходимо провести следующие методы обследования:

!компьютерную томографию;
!рентгенографию
!сиалографию;

7. Формы хронического сиаладенита:

!протоковый;
!эпидемический;
!контактный.

8. Клинические стадии хронических сиаладенитов:

!начальная;
!средней степени тяжести;
!тяжелая.

9. Морфологическая картина при хроническом паренхиматозном паротите:

- !диффузные лимфогистиоцитарные инфильтраты, замещающие паренхиму;
- !отек и ангиоматоз в междольковых прослойках;
- !специфические гранулемы.

10. На сиалограмме в поздней стадии паренхиматозного сиаладенита:

- !определяются полости в железе 5-10 см;
- !паренхима железы и протоки не определяются;
- !околоушной проток равномерно суженный
- !все протоки железы сужены, на отдельных участках прерывисты;
- !видны дефекты наполнения.

11. В клинически выраженной стадии хронического паренхиматозного паротита пациенты жалуются на:

- !припухлость и боль в области уха при приеме пищи;
- !кисловатые выделения из протоков;
- !чувство тяжести в области железы;
- !боль в области уха.

12. Клиническая картина поздней стадии хронического паренхиматозного паротита следующая:

- !кожа над железой гиперемирована, спаяна с железой;
- !железа увеличена, бугристая;
- !из протока выделяется прозрачный секрет;

13. В каких периодах сифилиса бывают поражены слюнные железы:

- !первичном;
- !вторичном;
- !инкубационном;
- !во всех периодах.

14. Сифилитическое поражение слюнных желез проявляется:

- !болью при жевании;
- !болезненным увеличением лимфоузлов;
- !сухостью во рту.

15. Дифференцировать сифилис слюнных желез необходимо от:

- !острого сиаладенита;
- !туберкулеза;
- !слюннокаменной болезни.

Тема 7. Калькулезный сialoadенит, слюннокaменная болезнь. Образование и состав слюнных камней. Клиника, диагностика, осложнения.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

1. Задача

Больной, 43 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,80С. При поступлении: температура тела 39,50С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. 45 – второй- третьей степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части 45 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. больного не беспокоит, отмечает медленный рост новообразования.

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

2. Задача Больной, 35 лет, предъявляется жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,30С. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть 36 частично разрушена, 36 неподвижен. Перкуссия безболезненна, переходная складка в области 36,37 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
3. Физиотерапия при данной патологии.

3. Задача Больной, 39 лет, предъявляет жалобы на боли в области в нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение двух дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,30С. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть 45 частично разрушена, 45 неподвижен. Перкуссия слабо болезненна. Переходная складка в области 45,46 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части 45 частично разрушены, перкуссия слабо болезненна. На альвеолярном отростке в области проекции верхушек корней 45 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
4. Физиотерапия при данной патологии.

4. Задача Больной, 49 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,00С. В полости рта:

коронковые части 46 частично разрушены, определяется подвижность второй степени. Перкуссия

безболезненна. Переходная складка в области 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.

4. Физиотерапия при данной патологии.

4. Задача Больной, 36 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,00С. При поступлении: температура тела 39,50С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с небной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации. 14,15,16,17 – второй-третьей степени подвижности, их перкуссия резко болезненна.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

5. Задача

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,80С. При поступлении: температура тела 39,50С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. 45 – второй- третьей степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части 45 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. больного не беспокоит, отмечает медленный рост новообразования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

6. Задача Больной, 37 лет, предъявляется жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,30С. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть 36 частично разрушена, 36 неподвижен. Перкуссия безболезненна, переходная складка в области 36,37 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
3. Физиотерапия при данной патологии.

Раздел 5. Заболевания и поражения нервов лица и ВНС.

Тема 1. Диагностика, анализ и способы устранения миогенных, неврогенных, артрогенных и психогенных нарушений в комплексном лечении больных с миофасциальным синдромом болевой дисфункции, невритами и невралгиями.

Собеседование по контрольным вопросам:

Раздел 6. Доброкачественные опухоли ЧЛЮ.

Тема 1. Предраковые заболевания органов полости рта, красной каймы губ, слизистой оболочки полости рта, кожи лица. Классификация. Факультативные и облигатные формы. Фоновые заболевания. Клинические проявления, методы диагностики, лечение.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Предраковые заболевания органов полости рта.
2. Предраковые заболевания красной каймы губ.
3. Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, кожи лица.
4. Факультативные и облигатные формы предрака.
5. Фоновые заболевания и предраковые состояния.
6. Клинические проявления, методы диагностики, лечение.
7. Операция цистэктомия. Техника проведения.
8. Операция цистотомия. Показания техника проведения.
9. Фолликулярные кисты челюстей.
10. Фиброма. Клиника, диагностика, лечение.
11. Папиллома. Клиника, диагностика, лечение.
12. Ретенционная киста. Клиника, диагностика, лечение.
13. Ангиома. Клиника, диагностика, лечение.
14. Остеома. Клиника, диагностика, лечение.
15. Остеобластокластома. Клиника, диагностика, лечение.
16. Эпулис. Клиника, диагностика, лечение.
17. Одонтома. Клиника, диагностика, лечение.
18. Адамантинома (амелобластома). Клиника, диагностика, лечение.

Ситуационные задачи:

Тема 2. Современные способы диагностики опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области в условиях поликлиники и стационара. Диагностические возможности на различных этапах оказания медицинской помощи. Критерии доброкачественности и злокачественности.

Клинические особенности проявлений различных видов опухолей и опухолеподобных образований в зависимости от локализации, размера и уровня их дифференцировки. Учет этих моментов при выборе способа лечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

Из каких тканей развиваются опухоли?

Какие различия между доброкачественными и злокачественными опухолями?

Какова частота развития опухолей?

Что означает понятие опухолеподобные образования и что к ним относится?

Какие методы диагностики позволяют поставить диагноз доброкачественной или злокачественной опухоли?

Какие опухоли чаще встречаются на нижней челюсти?

Какие опухоли чаще встречаются на верхней челюсти?

Изучить клиническую картину доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО.

Провести дифференциальную диагностику доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО с другими заболеваниями.

Какие методы лечения применяются при лечении доброкачественных опухолей мягких тканей ЧЛО.

Тестовый контроль:

1. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) глобуломаксиллярная киста
- 2) синдром Олбрайта
- 3) оссифицирующая фиброма
- 4) травматическая костная киста
- 5) одонтогенная киста

2. К одонтогенным опухолям относится:

- 1) миксома челюсти
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) амелобластома
- 4) саркома Юинга
- 5) хондрома

3. Истинной не одонтогенной опухолью является:

- 1) фиброзная дисплазия
- 2) эозинофильная гранулема
- 3) гигантоклеточная опухоль
- 4) амелобластома
- 5) амелобластическая фиброма

4. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) эозинофильная гранулема
- 2) хондрома
- 3) херувизм
- 4) фолликулярная киста
- 5) невризмальная киста

5. Истинной доброкачественной опухолью является:

- 1) херувизм
- 2) экзостоз
- 3) околокорневая воспалительная киста
- 4) остеома
- 5) травматическая костная киста

Ситуационные задачи:

Тема 3. Доброкачественные опухоли мягких тканей лица. Опухоли фиброзной ткани-фибромы. Опухолоподобные поражения: фиброматоз десен, лучевой келоид, периферическая гигантоклеточная гранулема (гигантоклеточный эпулис), фиброматозный и ангиоматозный эпулисы. Опухоли и опухолоподобные поражения жировой ткани: липома, диффузный липоматоз. Опухоли мышечной ткани: лейомиома, рабдомиома.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 4. Опухоли и опухолоподобные поражения кровеносных сосудов: гемангиома (капиллярная, кавернозная, гроздевидная, доброкачественная гемангиоэндотелиома). Опухоли и опухолоподобные поражения лимфатических сосудов лимфангиома, капиллярная, кавернозная, кистозная (гигрома), лимфангиоматоз. Опухоли и опухолоподобные поражения периферических нервов лица: неврилеммома (шванноглиома), нейрофиброма, нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена), травматическая неврома.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 5. Опухоли и опухолоподобные поражения возможного экстрагонального зародышевого происхождения — тератома (дермоидная киста). Врожденные кисты и свищи из эмбриональных остатков. Боковые (бранхиогенные), срединные (тиреоглоссальные) кисты и свищи лица и шеи.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Дермоидная киста. Клиника, диагностика, лечение.
2. Врожденные кисты и свищи из эмбриональных остатков.
3. Боковые (бранхиогенные), срединные (тиреоглоссальные) кисты и свищи лица и шеи.

Тема 6. Опухоли слюнных желез, сходные опухолоподобные поражения и кисты Эпителиальные опухоли: аденомы — полиморфная (смешанная опухоль), мономорфная (аденолимфома и др.); мукоэпидермоидная опухоль, ациноклеточная опухоль. Опухолоподобные лимфоэпителиальное поражение и др. Кисты больших слюнных желез. Слизистые (ретенционные) кисты малых желез. Ранула. Клиника, дифференциальная диагностика, методы лечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Опухоли слюнных желез, клиника, диагностика, лечение.
2. Смешанная опухоль клиника, диагностика, лечение.
3. Аденолимфома клиника, диагностика, лечение.
4. Ретенционные кисты клиника, диагностика, лечение.

Тестовый контроль:

1. Наличие на слизистой пузырьковых высыпаний с серозным или кровянистым содержимым является патогномичным признаком:

- 1) лимфангиомы
- 2) гемангиомы
- 3) ретенционной кисты
- 4) папилломы
- 5) фибромы

2. Способностью к спонтанной регрессии у детей обладает:

- 1) остеогенная саркома
- 2) остеома
- 3) капиллярная гемангиома
- 4) фиброма
- 5) ангиодисплазия

3. Склерозирующая терапия показана при лечении:

- 1) ретенционной кисты
- 2) гемангиомы
- 3) папилломатоза
- 4) фиброматоза
- 5) верно 3) и 4)

4. Капиллярные и ограниченные капиллярно-кавернозные гемангиомы у детей рекомендуется лечить методом:

- 1) хирургическим
- 2) химиотерапии
- 3) криодеструкции
- 4) рентгенологическим
- 5) комбинированным

5. Нестабильность размеров, склонность к воспалению характерны для:

- 1) гемангиомы
- 2) лимфангиомы
- 3) фибромы
- 4) остеомы
- 5) папилломатоза

6. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) *носо-небного канала

7. Неодонтогенное происхождение имеет киста

- а) кератокиста
- б) радикулярная
- в) фолликулярная
- г) *шаровидно-верхнечелюстная

8. По происхождению неодонтогенные кисты челюстей

- а) связаны с зубами
- б) *не связаны с зубами

9. Причина развития неодонтогенных кист челюстей связана с нарушением

- а) *эмбриогенеза лица
- б) формирования корня зуба
- в) формирования зачатка зуба
- г) развития зубного фолликула

10. Клинически фиброма - это опухоль округлой формы

- а) на ножке
- б) *на широком основании
- в) на инфильтративном основании

11. Основным методом лечения фибром является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) комбинированное
- г) *иссечение в пределах здоровых тканей

12. Липома состоит из жировой ткани

- а) *зрелой
- б) незрелой
- в) незрелой и зрелой

13. Основным методом лечения липомы является

- а) химиотерапия
- б) криодеструкция
- в) комбинированное
- г) лучевая терапия
- д) *иссечение вместе с капсулой

14. Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется

- а) ограниченным участком ороговения десны
- б) рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в) *плотным безболезненным образованием на широком основании
- г) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

д)2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

15. Клиническая картина ангиоматозного эпулиса характеризуется

- а)ограниченным участком ороговения десны
- б)*рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в)плотным безболезненным образованием на широком основании
- г)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д)2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

16. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется

- а)ограниченным участком ороговения десны
- б)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- в)плотным безболезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- г)*синюшно-бурым бугристым образованием на десне мягкой консистенции
- д)2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

17. Основным методом лечения фиброзного эпулиса является

- а)химиотерапия
- б)криодеструкция
- в)лучевая терапия
- г)комбинированное
- д)*иссечение новообразования

18. Амелобластома относится к группе

- а)предраков
- б)воспалительных заболеваний
- в)опухолеподобных образований
- г)злокачественных одонтогенных опухолей
- д)*доброкачественных одонтогенных опухолей

19. Клиническая картина амелобластомы характеризуется

- а)болезненным дефектом костной ткани челюсти
- б)*безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
- в)рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
- г)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д)2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

20. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется

- а)костными изменениями типа "тающего сахара"
- б)костными изменениями типа "матового стекла"
- в)*деструкцией кости в виде множественных очагов
- г)резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении разрежения с четкими границами, разделенными костными перегородками
- д)диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

21. Однатома относится к группе

- а)воспалительных заболеваний
- б)опухолеподобных образований
- в)*пороков развития зубных тканей
- г)злокачественных одонтогенных опухолей
- д)доброкачественных одонтогенных опухолей

22. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется

- а)рубцовой контрактурой
- б)бессимптомным течением
- в)периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
- г)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д)*плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижность зубов в этой области

23. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

- а)химиотерапия
- б)криодеструкция
- в)комбинированное лечение
- г)выскабливание опухоли
- д)*удаление опухоли в пределах здоровых тканей

24. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность

- а)*к озлокачествлению
- б)к неинвазивному росту
- в)к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
- г)к метастазированию в регионарные лимфоузлы

25. Синоним гигантоклеточной опухоли

- а)цилиндрома
- б)остеолизома
- в)остеосаркома
- г)*остеокластома, бурая опухоль
- д)ретенционная киста

26. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а)ветвистой
- б)капиллярной
- в)*кавернозной
- г)артериальной
- д)внутримышечной

27. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а)кавернозной
- б)капиллярной

в)*артериальной

28. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

- а)прошивание
- б)электрокоагуляция
- в)лучевое воздействие
- г)склерозирующая терапия
- д)*эмболизация с последующим иссечением

Тема 7. Доброкачественные опухоли челюстей. Первичные костные опухоли и опухолеподобные поражения челюстей. Костеобразующие опухоли:остеома, остеобластома, оссифицирующаяся фиброма (фиброosteома)

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

1. Одонтома относится к группе

- а)воспалительных заболеваний
- б)опухолеподобных образований
- в)*пороков развития зубных тканей
- г)злокачественных одонтогенных опухолей
- д)доброкачественных одонтогенных опухолей

2. Клиническая картина гигантоклеточной опухоли характеризуется

- а)рубцовой контрактурой
- б)бессимптомным течением
- в)периодическими воспалительными реакциями в виде периостита
- г)плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
- д)*плотным безболезненным бугристым выбуханием кости, подвижность зубов в этой области

3. Основным методом лечения гигантоклеточной опухоли является

- а)химиотерапия
- б)криодеструкция
- в)комбинированное лечение
- г)выскабливание опухоли
- д)*удаление опухоли в пределах здоровых тканей

4. Особенностью гигантоклеточной опухоли является способность

- а)*к озлокачествлению
- б)к неинвазивному росту
- в)к метастазированию в отдаленные лимфоузлы
- г)к метастазированию в регионарные лимфоузлы

5. Синоним гигантоклеточной опухоли

- а)цилиндрома
- б)остеолизома
- в)остеосаркома
- г)*остеокластома, бурая опухоль
- д)ретенционная киста

6. Флеболиты определяются при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а)ветвистой
- б)капиллярной
- в)*кавернозной
- г)артериальной
- д)внутримышечной

7. Пульсация определяется при гемангиоме челюстно-лицевой области типа

- а)кавернозной
- б)капиллярной
- в)*артериальной

7. Основными методами лечения артериальной гемангиомы являются

- а)прошивание
- б)электрокоагуляция
- в)лучевое воздействие
- г)склерозирующая терапия
- д)*эмболизация с последующим иссечением

Ситуационные задачи:

Задача 1

У больной , 65 лет, на слизистой оболочке ретромолярной области слева имеется образование на узком основании. Растет медленно, поверхность белесоватая, ворсинчатая, безболезненная, часто травмируется. Коронковые части жевательных зубов верхней и нижней челюсти слева разрушены, полость рта не санирована.

- 1.Поставьте диагноз и проведите его обоснование
- 2.Составьте план лечения

Задача 2

Больной 63 года, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба. Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование в виде небольших мягких выростов на широком основании, покрытие гиперемированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височно-нижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

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

Задача 3.

Больная 28 лет, обратилась в клинику с жалобой на наличие образований на верхней губе. Из анамнеза выяснено, что больная страдает хроническим гайморитом слева. Внешний вид пациентки без особенностей, поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке

верхней губы слева имеется несколько образований округлой формы. Со стороны верхнечелюстной пазухи слева выраженных изменений не выявлено. Выделений из левого наружного носового хода нет. В настоящее время у пациентки ремиссия заболевания.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы, чтобы поставить окончательный диагноз и составить план лечения.
3. Имеет ли значение для составления плана лечения имеющейся хронической гайморит слева.

Задача 4.

Больной, 37 лет, обратился с жалобами на зуд, кровоточивость десен, подвижность зубов. 2 недели назад удалил 5 нижний справа после чего лунки долго не заживают, боли усилились. На рентгенограмме – разрежение тела и альвеолярного отростка нижней челюсти.

Поставьте диагноз. План лечения.

Задача 5.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижнего века, крыла носа, щеки слева. Боли периодические, режущие жгучие, сверлящие. Наблюдаются при осмотре деформация верхней челюсти слева. На рентгенограмме в области верхней челюсти слева определяется интенсивная плотная тень.

Поставьте диагноз. План лечения.

Задача 6.

Больной, 23 лет, обратился с жалобами на деформацию нижней челюсти. При осмотре отмечается утолщение нижней челюсти в области жевательных зубов слева преимущественно с вестибулярной стороны. Слизистая оболочка бледнорозовая. На рентгенограмме нижней челюсти в области жевательных зубов слева отмечается костной плотности.

Поставьте диагноз. Составьте ваш предположительный план лечения.

Дифференциальный диагноз.

Задача 7.

Больному по поводу фолликулярной кисты в поликлинике была проведена цистотомия. При гистологическом исследовании операционного материала установлен диагноз «амелобластома». Какова тактика дальнейшего ведения больного хирургом-стоматологом?

Задача 8.

У больного при удалении нижнего премоляра на нижней челюсти справа, произошел перелом корня. Повторные попытки удалить корень оказались безуспешными. На рентгенограмме: интенсивная тень зубной плотности, округлой формы 1х1 см, связанная с корнем этого зуба. Поставьте диагноз.

Задача 9.

Больной обратился в поликлинику хирургической стоматологии с жалобами на припухлость в области угла нижней челюсти справа. При осмотре: признаки воспаления отсутствуют, при пальпации угла нижней челюсти определяется крепитация. На рентгенограмме отмечается ячеистое строение кости в виде «пузырей мыльной пены». Поставьте диагноз.

Задача 10.

Больная, 37 лет направлена ЛОР врачом к стоматологу на консультацию с диагнозом опухоль верхней челюсти, так как при риноскопии обнаружено выбухание дна носовой полости в переднем отделе. Со стороны полости рта фронтальные верхние зубы интактны. К ЛОР врачу больная обратилась по поводу насморка.

Какой вероятный диагноз. Укажите план лечения.

Задача 11.

У больного 21 год, по переходной складке в области верхнего второго моляра имеется свищ с небольшим гнойным отделяемым. Ранее неоднократно в этой области проводилась перостомия. Верхние премоляры и третий моляр справа переодонтитные.

Ваш предварительный диагноз и план лечения.

Задача 12.

На рентгенограмме больной в области корней 1234 нижних зубов справа имеется тень округлой формы с четкими границами. 5 нижний зуб справа запломбирован на 2/3 длины корня.

План лечения. Методы обследования.

Задача 13.

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на плотное безболезненное образование в правой подглазничной области. Пальпаторно – по нижнему краю правой глазницы определяется плотное неподвижное образование. Заметил около 3-х лет назад. Не беспокоит медленно увеличивается. На рентгенограмме определяется контрастное образование «плюс ткань».

Установите диагноз. План лечения.

Задача 14.

Мужчина 30 лет, обратился с жалобами на постоянные боли в области угла нижней челюсти справа. 6,7 нижние справа отсутствуют. Со слов больного зубы были удалены 2 недели назад, перед удалением были здоровыми, но подвижными. Боли не прекратились, лунки не заживали. На рентгенограмме. Остеопароз кости на нижней челюсти. По нижнему краю определяется симптом козырька.

Предварительный диагноз. План лечения.

Задача 15.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 20 лет с жалобами на постоянное небольшое кровотечение возле нижнего переднего зуба. Кровотечение началось около суток назад после травмы. На рентгенограмме определяется участки разряжения в форме округлых ячеек в области 123 нижних зубов справа.

Предварительный диагноз. Методы обследования. Лечение.

Задача 16.

Больная, 8 лет, обратилась с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти. При осмотре в области срединного шва на альвеолярном отростке в переднем отделе отмечается опухолеподобное выбухание, слизистая оболочка бледно-розового цвета. Имеется диастема верхнего зубного ряда.

Предварительный диагноз. План лечения.

Задача 17.

В приемное отделение стоматологии на скорой помощи была доставлена больная 13 лет в тяжелом состоянии. Жалобы на кровотечение из лунки удаленного зуба, общая вялость, головокружение, отсутствие аппетита. Из анамнеза: сегодня около 5-ти часов назад был удален верхний премоляр слева по ортодонтическим показаниям. Локально бледность кожных покровов. Со стороны полости рта имеется лунка свежее удаленного зуба. На противоположной челюсти симметричный зуб был удален безо всяких осложнений.

Ваш предварительный диагноз. Дополнительные методы обследования.

Задача 18.

У больного, 40 лет, в анализе хроническая травма острыми краями зубов слизистой оболочки мягкой области справа. При осмотре полости рта на слизистой оболочке мягкой области справа имеется белесоватое пятно по линии смыкания зубов, не

возвышающиеся над окружающими воспаленными отечными тканями.

Поверхностные слои образования не при соскабливании.

1) поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2) составьте план лечения.

Задача 19.

Больной, 40 лет, жалуется на длительно существующую трещину в центральном отделе красной каймы нижней губы. Табакокурение с 16 лет. По средней линии красной каймы нижней губы имеется глубокая трещина длиной 1,0 см, характерным признаком которой является спонтанное заживление, но после эпителизации снова рецидивирует. Консервативные методы лечения не эффективны.

1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2) Составьте план лечения.

Задача 20.

Больной, 63 года, жалуется на наличие разрастания в области твердого неба.

Больной пользуется съемным протезом на верхнюю челюсть. На твердом небе имеется образование в вид небольших мягких выростов на широком основании, покрытое гиперемированной слизистой оболочкой. Рост образования медленный, пальпация безболезненная. В области височнонижнечелюстного сустава справа определяется хруст.

1) Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2) Составьте план лечения.

Тема 8. Хрящобразующие опухоли: хондрома, остеохондрома (костно- хрящевой экзостоз). Гигантоклеточная опухоль (остеокластома), миелома. Сосудистые опухоли костей: гемангиома, лимфангиома, промежуточные — гемангиоэндотелиома. Другие соединительнотканые опухоли: десмопластическая фиброма. Опухольеподобные поражения костей — фиброзная дисплазия, херувизм, эозинофильная гранулема. Деформирующий остейд (болезнь Педжета). Центральная (репаративная) гигантоклеточная гранулема.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тема 9. Диагностика опухолей и опухолеподобных образований челюстно-лицевой области. Особенности течения послеоперационного периода у больных после хирургического и комбинированного лечения опухолей челюстно-лицевой области.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тема 10. Общее лечение и уход за больными. Протезирование. Сроки проведения реконструктивных восстановительных операций. Реабилитация и диспансерное наблюдение после лечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

Раздел 7. Злокачественные опухоли ЧЛЮ.

Тема 1. Роль и задачи врача- стоматолога в системе оказания специализированной помощи больным с опухолями челюстно-лицевой области. Значение ранней диагностики. Онкологическая настороженность.

Диспансеризация больных.

Собеседование по контрольным вопросам:

Основные особенности злокачественных опухолей.

Значение ранней диагностики новообразований.

Что подразумевается под онкологической настороженностью?

Роль и задачи врача-стоматолога в системе оказания специализированной помощи больным с опухолями челюстно-лицевой области.

Диспансеризация онкостоматологических больных. Диспансерные группы

Ситуационные задачи:

Тема 2. Злокачественные опухоли эпителиального происхождения: Базальноклеточный и плоскоклеточный рак, аденокистозная карцинома. Рак органов полости рта. Клиника, диагностика.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Тема 3. Лечение злокачественных новообразований в зависимости от стадии поражения (хирургическое, лучевое, криогенное; лазерное, комбинированное воздействие).

Собеседование по контрольным вопросам:

Тема 4. Злокачественные опухоли соединительнотканного происхождения-саркомы. Классификация. Рак верхней челюсти. Течение опухолевого процесса в зависимости от локализации, распространенности, гистологического типа и степени злокачественности. Стадии поражения по системе TNM. Клиника, диагностика, лечение.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Тема 5. Принципы лечения рака верхней челюсти (лучевое, хирургическое, криогенное, лазерное, лекарственное, комбинированное воздействие). Показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам на первичном очаге и на путях регионарного метастазирования. Особенности обезболивания и послеоперационного ведения больных. Показания к проведению интенсивной терапии. Прогноз и критерии излечения.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 6. Рак нижней челюсти. Течение опухолевого процесса в зависимости от локализации, распространенности, гистологического типа и степени злокачественности. Стадии поражения по системе TNM. Клиника, диагностика. Лечение.

Собеседование по контрольным вопросам:

Ситуационные задачи:

Тема 7. Принципы лечения рака нижней челюсти (лучевое, хирургическое, криогенное, лазерное, лекарственное, комбинированное воздействие). Показания и противопоказания к хирургическим вмешательствам на первичном очаге и на путях регионарного метастазирования.

Собеседование по контрольным вопросам:

Тестовый контроль:

Ситуационные задачи:

Тема 8. Особенности обезболивания и послеоперационного ведения онкостоматологических больных. Показания к проведению интенсивной терапии. Прогноз и критерии излечения. Хирургическое вмешательство на первичном очаге и на путях регионарного метастазирования.

Собеседование по контрольным вопросам:

Раздел 8. Травматология ЧЛЮ.

Тема 1. Современная статистика травматологии ЧЛЮ. Травматология мирного и военного времени. Переломы челюстей. Классификация. Локализация и характер повреждения кости в зависимости от причин и механизма травмы.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Этиология и классификация переломов нижней челюсти.
2. Типичные места локализаций линий перелома нижней челюсти. Факторы влияющие на смещение отломков.
3. Переломы нижней челюсти. Клиника диагностика.
4. Вывихи нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
5. Причины и характер смещения отломков при переломе нижней челюсти.
6. Переломы альвеолярного отростка. Клиника, диагностика, лечение.
7. Наиболее часто встречающиеся типы переломов нижней челюсти. Открытые и закрытые переломы.

Тема 2. Методика клинического обследования. Типичные места переломов. Механизм и характер смещения отломков. Общие принципы лечения переломов челюстей — репозиция и иммобилизация отломков, медикаментозное лечение и физиотерапия, профилактика осложнений.

Собеседование по контрольным вопросам:

1. Переломы коронок и корней зубов. Клиника, диагностика.
2. Симптом нагрузки, характеристика, методы и цель проведения.
3. Дополнительные методы исследования при переломах челюстей.
4. Жевательные мышцы, участвующие в движении нижней челюсти, их характеристика.
5. Причины смещения отломков нижней челюсти при ее переломах.
6. Классификация переломов нижней челюсти (по происхождению). Особенности клинического течения и проявления.

Тестовый контроль:

1. Отметьте причины смещения отломков при переломах нижней челюсти мирного и военного времени:
 - !+направление и сила удара
 - !воспалительная контрактура
 - !+тяга жевательных мышц
 - !+масса отломков
 - !подвижность зубов
2. Укажите основные симптомы при переломах нижней челюсти со смещением отломков:
 - !+боли в нижней челюсти и невозможность пережевывания пищи
 - !биоэлектрическая активность жевательных мышц не нарушена
 - !+нарушение прикуса
 - !+наличие «ступеньки» по краю нижней челюсти
 - !+положительный симптом нагрузки
3. Отметьте методы временной и транспортной иммобилизации при переломах нижней челюсти:
 - !+межчелюстное лигатурное связывание
 - !+стандартная подбородочная праща Энтина с опорной головной шапочкой
 - !+мягкая подбородочная праща Померанцевой-Урбанской
 - !назубные проволочные шины
4. Укажите, при каких переломах челюстей применяется шина Ванкевич:
 - !переломы верхней челюсти
 - !переломы альвеолярного отростка челюсти
 - !переломы нижней челюсти с дефектом кости
 - !+переломы нижней челюсти с полным отсутствием зубов
 - !переломы мышечкового отростка нижней челюсти
5. Укажите показания к применению гладкой шины-скобы:
 - !переломы нижней челюсти с полным отсутствием зубов

!переломы тела нижней челюсти за зубным рядом
!+аркообразный перелом, перелом альвеолярного отростка или гребня
!+неполный вывих зуба
!+реплантация зубов

6. Укажите недостатки назубных проволочных шин с межчелюстной резиновой тягой:

!+трудоемкость изготовления
!+нарушение функции жевания
!+неэффективная репозиция отломков нижней челюсти с помощью резиновой тяги
!+травма десны и пародонта
!+необходимость длительного гигиенического ухода за полостью рта

7. Отметьте показания к применению хирургических методов лечения при переломах нижней челюсти:

!+малое количество зубов или их отсутствие
!+оскольчатые переломы нижней челюсти при отсутствии зубов
!+огнестрельные переломы челюсти с дефектом кости
!+переломы мышцелкового отростка с вывихом головки
!+переломы тела нижней челюсти без смещения отломков

8. Отметьте показания к удалению зуба из плоскости перелома:

!интактный неподвижный зуб
!+раздробленные зубы
!+зубы с патологическим очагом в области верхушки корня
!+зубы, мешающие репозиции отломков
!+неполный вывих зуба

9. Укажите причины, способствующие развитию травматического остеомиелита:

!+позднее обращение больного к стоматологу
!+своевременное полноценное шинирование
!+отсутствие фиксации малого отломка
!+наличие зуба в плоскости перелома с патологическим очагом на верхушке корня
!+повреждение сосудисто-нервного пучка

10. При осмотре полости рта при переломе нижней челюсти определяют

!+амплитуду движений нижней челюсти
!+эритему в области нижней челюсти
!+гематому
!+рваную рану слизистой оболочки альвеолярной части
!+прикус

11. Сила, приложенная на узком участке бокового отдела тела челюсти, приведет к перелому

!верхней челюсти
!+подбородочного отверстия
!+в области клыка
!+в области угла челюсти

12. Выберите необходимые параметры биохимического анализа крови у пациентов с переломом нижней челюсти

!+глюкоза крови

!+АСТ, АЛТ
!щелочная фосфатаза
!+С-реактивный белок

13. В первые дни после травмы нижней челюсти рекомендовано

!+тималин
!+витамин С
!глюкокортикостероиды
!+НПВС
!+паратиреоидный гормон

14. При перемещении пальцев по заднему краю ветви и основанию тела при переломе нижней челюсти можно определить

!+костный выступ
!уровень отека мягких тканей
!+болезненную точку
!+дефект кости

15. Наиболее тонкие места нижней челюсти

!+в области углов
!+в области основания и шейки мышечного отростка
!+подбородочного отверстия и клыка
!верхняя линия, проходящая через носовые кости и направленная к скуловой дуге

Ситуационные задачи:

Задача -ПК-7 (уметь) В клинику обратился больной 28 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов. Из анамнеза: 5 часов назад избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При осмотре челюстно-лицевой области определяется нарушение конфигурации лица, за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. При открывании рта подбородок смещается вправо от средней линии. При осмотре полости рта обнаружен разрыв слизистой оболочки альвеолярного отростка между 46 и 45. 45 розового цвета, перкуссия резко болезненна. Перелом коронки 44 со вскрытием полости зуба, пульпа зияет, резкая боль при зондировании. Бугорковый контакт жевательных зубов нижней челюсти справа, в центральном отделе нижней челюсти контакт между зубами антагонистами отсутствует. На ОПГ определяется линия просветления тела нижней челюсти между 46 и 45, и линия просветления в косом направлении корня 44.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. За счет каких мышц произошло смещение отломков?

3. Назовите консервативные методы иммобилизации отломков.

4. Определите объем стоматологического вмешательства.

Задача -ПК-7 (уметь)

В клинику обратился больной 45 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов. Из анамнеза: 5 часов назад был избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При внешнем осмотре контуры лица нарушены за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. Симптом Венсана положителен в области нижней губы и кожи подбородка справа. Открывание рта ограничено, болезненное. Нагрузочные пробы положительные, отмечает боль в области тела нижней челюсти справа. В полости рта слизистая оболочка между 44 и 45 зубами отмечается нарушением целостности, отечна, гиперемирована. При бимануальной пальпации определяется подвижность костных отломков между 44 и 45 зубами.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача -ПК-7 (уметь)

При падении с грузовика на подбородок у мужчины 35 лет произошел двухсторонний перелом обоих суставных отростков нижней челюсти. Вопросы:

1. Укажите наиболее типичные места переломов нижней челюсти (по Линдеманну).
2. Укажите направление смещения отломков.

Задача -ПК-7 (уметь)

При падении с лестницы на подбородок у мужчины 22 лет произошел двухсторонний перелом обоих суставных отростков нижней челюсти. Вопросы:

1. Укажите наиболее типичные места переломов нижней челюсти (по Линдеманну).
2. Укажите направление смещения отломков.

Эталон ответа:

1. Ментальный перелом – смещение отломков происходит по вертикали (односторонний, двухсторонний). Ангулярный перелом – в области угла нижней челюсти, смещение может не происходить (односторонний, двухсторонний).

2. Перелом в области шейки суставного отростка – боковое смещение по горизонтали дуги челюсти в сторону перелома (одностороннее, двухстороннее). Центральный перелом – смещения не наблюдается.

Задача -ПК-7 (уметь)

В клинику обратился больной 34 лет с жалобами на боль в области тела нижней челюсти справа, усиливающиеся при ее движении, жевании, неправильное смыкание зубов. Из анамнеза: 5 часов назад был избит неизвестными, сознание не терял, рвоты, тошноты не было, ретроградной амнезии не определяется. Общее состояние больного удовлетворительное, АД 120/80 мм рт ст, пульс 76 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Травматических повреждений опорно-двигательного аппарата не выявлено. При внешнем осмотре контуры лица нарушены за счет травматического отека мягких тканей в области тела нижней челюсти справа. Симптом Венсана положителен в области нижней губы и кожи подбородка справа. Открывание рта ограничено, болезненное. Нагрузочные пробы положительные, отмечает боль в области тела нижней челюсти справа. В полости рта слизистая оболочка между 44 и 45 зубами отмечается нарушением целостности, отечна, гиперемирована. При бимануальной пальпации определяется подвижность костных отломков между 43 и 44 зубами.

Вопросы:

1. Поставьте развернутый диагноз.
2. Составьте план лечения.