

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

УТВЕРЖДАЮ

  
Руководитель ООП

по программе ординатуры 31.08.74  
«Стоматология хирургическая»  
Кононенко В.И.

«24» 08. 2018 г.

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
высшего образования  
подготовки кадров высшей квалификации  
по программе ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая  
(квалификация врач-стоматолог хирург)**

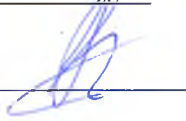
Ростов-на-Дону  
2018г.

Рабочая программа ГИА по специальности 31.08.74 Стоматология  
хирургическая

рассмотрена на заседании кафедры стоматологии №3

Протокол от 27.08.18 № 1

Зав. кафедрой \_\_\_\_\_



Кононенко В.И.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ, ОСВОИВШИХ ПРОГРАММУ ОРДИНАТУРЫ**

**3.1. Область профессиональной деятельности выпускников**, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

**3.2. Объектами профессиональной деятельности выпускников**, освоивших программу ординатуры, являются:

физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

**3.3. Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

профилактическая;

диагностическая;

лечебная;

реабилитационная;

психолого-педагогическая;

организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

**3.4. Выпускник**, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

**профилактическая деятельность:**

предупреждение возникновения стоматологических заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;  
участие в проведении профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;  
проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях стоматологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

**диагностическая деятельность:**

диагностика стоматологических заболеваний и патологических состояний пациентов;

проведение экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

**лечебная деятельность:**

оказание хирургической стоматологической помощи пациентам;  
участие в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

**реабилитационная деятельность:**

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов со стоматологическими заболеваниями;

**психолого-педагогическая деятельность:**

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**организационно-управленческая деятельность:**

применение основных принципов организации оказания стоматологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;  
создание в медицинских организациях стоматологического профиля благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;  
ведение учетно-отчетной документации в медицинских организациях и ее структурных подразделениях;  
организация проведения медицинской экспертизы;  
участие в организации оценки качества оказания стоматологической помощи пациентам;  
соблюдение основных требований информационной безопасности.

## **ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

5.2. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями:**

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);  
готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);  
готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

5.3. Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями:**

**профилактическая деятельность:**

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за пациентами со стоматологической патологией (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о стоматологической заболеваемости (ПК-4);

**диагностическая деятельность:**

готовность к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы (ПК-6);

**лечебная деятельность:**

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи (ПК-7);

готовность к участию в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-8);

**реабилитационная деятельность:**

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов со стоматологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-9);

**психолого-педагогическая деятельность:**

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих, обучению пациентов основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим сохранению и укреплению здоровья, профилактике стоматологических заболеваний (ПК-10);

**организационно-управленческая деятельность:**

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-11);

готовность к проведению оценки качества оказания стоматологической помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-12);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-13).

## **ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**Цель:** установление уровня профессиональной подготовки выпускников требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая

**Задачи:** Проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

## **ПРОЦЕДУРА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая осуществляется посредством проведения государственного экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-стоматолога хирурга в соответствии с содержанием основной образовательной программы и требованиями ФГОС ВО.

**Целью ГИА** является установление уровня подготовки ординатора к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям ФГОС ВО.

**Задачи ГИА:** 1. проверка уровня сформированности компетенций, определённых ФГОС ВО, принятие решения о присвоении квалификации по результатам ГИА и выдаче документа об образовании.

Государственные аттестационные испытания ординаторов по специальности 31.08.74 Стоматология хирургическая проходят в форме государственного экзамена (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования).

2. Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая

3. Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры 31.08.74 Стоматология хирургическая

4. Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из университета, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельной установленному университетом.

## **ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА**

1. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
2. Средства физиотерапии, обладающие анальгезирующим действием, показания к их применению.
3. Способы пластики дефектов мягких тканей, применяемые в настоящее время и более перспективные

4. Назовите основное клетчаточное пространство лица в распространении гнойно-воспалительных процессов лица и шеи.
5. Назовите основные ветви наружной сонной артерии.
6. Осложнения во время удаления зубов
7. Клетчаточные пространства, заинтересованные при флегмоне дна полости рта
8. Принципы антибактериальной терапии при лечении гнойно-воспалительных процессов лица и шеи.
9. Пути венозного оттока из органов полости рта.
10. Факторы эффективности физиотерапии, противопоказания к ФТЛ.
11. Особенности гематогенного остеомиелита челюстей
12. Макролиды: представители, механизм действия, дозировки.
13. Виды шин
14. Перечислите доброкачественные новообразования мягких тканей в зависимости от происхождения.
15. Перечислите особенности злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта.
16. Назовите конечные ветви наружной сонной артерии.
17. Свойства лазерной терапии, показания к ее назначению.
18. Анафилактический шок. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Возможные осложнения лекарственной терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.
20. Сосуды, образующие систему глубоких вен лица и шеи.
21. Ультразвуковая терапия, фонофорез. Механизм действия, свойства, показания к применению.
22. Перечислите все клетчаточные пространства, вовлеченные в процесс при разлитой флегмоне половины лица. Разрезы для вскрытия такой флегмоны
23. Артروزы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
24. Определения группы крови по системе АВО.
25. Классификация заболеваний ВНЧС.
26. Врожденные пороки развития лица и шеи
27. Классификация переломов верхней челюсти по Ле-Фор с указанием, как проходит линия перелома при каждом типе.
28. Цефалоспорины: классификация, представители, механизм действия, дозировки.

29. Пары черепно-мозговых нервов, принимающих участие в иннервации челюстно-лицевой области.
30. Свойства лазерной терапии, показания к ее назначению.
31. Факторы, способствующие развитию тромбоза пещеристого синуса при фурункулах и карбункулах лица
32. Алгоритм действия врача при переливании компонентов крови.
33. Клиника, диагностика, лечение синдрома мышечной болевой дисфункции.
34. Сроки хейло-, вело-, уранопластика
35. Поздние осложнения переломов костей лица и челюстей.
36. Пенициллины: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
37. Большие симптомы СПИДа.
38. Возможные осложнения пластических операций и их предупреждение.
39. Факторы, от которых зависит способ лечения околокорневых кист челюстей. Эти способы.
40. Определение группы крови по системе АВО.
41. Остеогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей.
42. Назовите поздние осложнения переломов костей лица и челюстей.
43. Показания к переливанию плазмы крови.
44. Возможные причины развития неврита лицевого нерва, способы лечения.
45. Чем обусловлены клинические проявления острых сиалоаденитов?
46. Влияние этиологического фактора на тяжесть течения остеомиелитов челюстей
47. Показания к переливанию эритроцитарной массы.
48. Какие методы обследования относятся к лучевой диагностике?
49. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.
50. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
51. Осложнения гемотрансфузии.
52. Какие осложнения возможны при перикоронаритах и чем они обусловлены?
53. Перфоративные синуситы. Тактика врача-стоматолога
54. Дифференциальная диагностика болезни Микулича и синдрома Сьегрена.
55. Клиническая анатомия комка Биша.
56. Назовите средства, применяемые для детоксической терапии при гнойно-воспалительных процессах.



57. Назовите способы хирургического лечения переломов нижней челюсти разделив их на чрезочаговые, внутриочаговые и внеочаговые.
58. Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи. Диагностика и лечение.
59. Классификация антибиотиков.
60. Показания для восстановительных операций челюстно-лицевой области.
61. Вакцины, используемые для профилактики СПИДа?
62. Опухоли, развивающиеся в слюнных железах. Факторы, учитываемые при планировании объема операции
63. Лимфатические узлы, составляющие группу лицевых узлов.
64. Ранние осложнения переломов костей лица и челюстей и способы борьбы с ними.
65. Остеогенные опухоли и опухолеподобные образования челюстных костей.
66. Меры профилактики СПИДа в стоматологической практике.
67. Действия врача при осложнениях при переливании компонентов крови.
68. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
69. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
70. В каких случаях выставляется диагноз «лимфоаденопатия»?
71. Осложнения, возможные при неправильном вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка.
72. Клетчаточные пространства, заинтересованные при флегмоне дна полости рта
73. Местные осложнения местного обезболивания, способы их профилактики и лечения.
74. Врожденные пороки развития лица и шеи относятся
75. На какой период может выдать одновременно листок нетрудоспособности лечащий врач.
76. Приведите классификацию переломов верхней челюсти по Ле-Фор с указанием, как проходит линия перелома при каждом типе.
77. Назовите факультативные предраки слизистой оболочки полости рта и губ.
78. Тактика врача-стоматолога при слюннокаменной болезни
79. На какой срок выдается листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет?
80. Пигментные опухоли кожи: пигментный невус и меланома. Диагностика и лечение.
81. Перечислите виды пластики местными тканями.
82. Особенности огнестрельных ран лица и челюстей. Этапы их обработки.
83. Алгоритм действия врача при переливании компонентов крови.

84. Назовите ранние осложнения переломов костей лица и челюстей и способы борьбы с ними.
85. Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи. Диагностика и лечение.
86. Индивидуальная профилактика СПИДа.
87. Осложнения гемотрансфузии.
88. Назовите возможные осложнения пластических операций и их предупреждение.
89. Облигатные и факультативные предраки кожи.
90. Классификация перелом челюстей.
91. Макролиды: классификация, представители, механизм действия, дозировки.
92. Дизонтогенетические и опухолеподобные процессы мягких тканей. Лечение таких образований?
93. Перечислите все клетчаточные пространства, вовлеченные в процесс при разлитой флегмоне половины лица. Разрезы
94. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при уходе за ребенком до 14 лет
95. Показатели, позволяющие прогнозировать тяжесть течения и осложнения одонтогенной инфекции
96. Обморок, коллапс. Клиника, диагностика, лечение.
97. Пути венозного оттока из органов полости рта.
98. На какой срок выдается листок нетрудоспособности при уходе за ребенком до 7 лет?
99. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
100. Какие осложнения возможны при перикоронаритах и чем они обусловлены?
101. Показания к переливанию плазмы крови.
102. Артрозы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
103. Клиника, диагностика, лечение эпидемических сиалоаденитов.
104. Сердечная недостаточность. Клинические проявления, лечение.
105. Вид медицинских экспертиз.
106. Перечислите рентгенологические укладки, применяемые для обследования больных с патологией челюстно-лицевой области.
107. Перечислите регионарные лимфоузлы челюстно-лицевой области.
108. Назовите проявления СПИДа в полости рта.
109. Определение понятия "здоровья" по ВОЗ.
110. Назовите основные ветви наружной сонной артерии.
111. Реплантация зубов. Перспективы этого метода.

112. Показания к переливанию эритроцитарной массы.
113. Пороки развития лица и шеи, относящиеся к врожденным
114. Основные этиологические факторы в развитии предрака.
115. Что такое "инвалидность"? Группы инвалидности.
116. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
117. Методы обследования, относящиеся к лучевой диагностике
118. Осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
119. Определение понятия МСЭК.
120. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.
121. Способы хирургического лечения переломов нижней челюсти, (чрезочаговые, внутриочаговые и внеочаговые).
122. Показания для восстановительных операций челюстно-лицевой области.
123. Классификация новообразований полости рта и глотки.
124. Клиническая анатомия 2 и 3 ветвей тройничного нерва.
125. Признаки малигнизации предраковых заболеваний.
126. Цель назначения ГБО в комплексном лечении больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области
127. Определение группы крови по системе АВО.
128. Лекарственные препараты, применяемые при лечении артритов ВНЧС в зависимости от этиологии.
129. Перечислите лекарственные вещества, используемые для местного лечения гнойных ран в зависимости от фазы раневого процесса.
130. Поздние осложнения после удаления зубов, их предупреждение и лечение.
131. Осложнения при и после удаления опухолей ОСЖ.
132. Перечислите мышцы, относящиеся к жевательной мускулатуре.
133. Перечислите все известные Вам способы лечения невралгии ветвей тройничного нерва.
134. Артروزы ВНЧС, клиника, диагностика, лечение.
135. Проявления СПИДа в полости рта.
136. Кто имеет право выдавать листок нетрудоспособности?
137. Клинические проявления острых сиалоаденитов?
138. Особенности огнестрельных ран лица и челюстей. Этапы их обработки.
139. Группа аминогликозидов: классификация, представители, механизм действия, дозировки.

140. Основные методы лечения злокачественный опухолей.

141. Виды пластики местными тканями.

### ПЕРЕЧЕНЬ ЗАДАНИЙ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

**Задача 1.** Больной, 38 лет, находится на *лечении* в клинике в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В первые трое суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалительного процесса на переднебоковую поверхность шеи. В настоящее время состояние больного тяжелое. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, землистого оттенка. На коже тела имеется множество гнойничков. Больной находится в коматозном состоянии. При пальпации определяется резкая болезненность в области печени и правого тазобедренного сустава. Тоны сердца приглушены.

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

**Ответ.** Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства. О генерализации процесса свидетельствует наличие гнойничков на коже, болезненность при пальпации печени и правого тазобедренного сустава, которые могут свидетельствовать о развитии там метастатических гнойных очагов.

2. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.

3. План лечебных мероприятий:

1. перевод больного в отделение интенсивной терапии;
2. ревизия вскрытых клетчаточных пространств;
3. консультация хирурга общего профиля;
4. проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержание и восстановление жизненно важных функций.

**Задача 2.** У больного, 48 лет, находящегося на лечении по поводу флегмоны верхнебоковой области шеи, развившейся в результате нагноения боковой кисты шеи справа, после проведенной операции вскрытия флегмоны состояние продолжало ухудшаться, симптомы интоксикации нарастали. Через несколько часов после операции появился сухой кашель, боль в области грудной клетки, нарастала одышка. Боль становилась менее интенсивной при положении головы в опущенном к груди состоянии.

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

**Ответ.**

1. Можно предположить развитие переднего медиастинита.
2. Для переднего медиастинита характерны загрудинные боли, усиливающиеся при перкуссии грудины. Усиление болей при вдохе, пастозность, отек и крепитация в области яремной впадины, вынужденное положение больного. Необходимо уточнить симптомы, характерные для поражения органов переднего средостения. Также не достает данных рентгенологического обследования, указывающих на точную локализацию и объем поражения.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.

**Задача 3.** Больная, 34 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на слизистой оболочке левой щеки, которое заметила случайно. Больная отмечает, что в настоящее время практически здорова, но в анамнезе имеется двусторонний хронический гайморит. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке левой щеки области по линии смыкания зубов определяется новообразование.

1. Поставьте предварительный 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 имеющийся хронический гайморит?

**Ответ.**

1. Можно предположить любое мягкотканое новообразование левой щечной области справа.
2. В качестве дополнительных сведений необходимо выяснить длительность заболевания, наличие раздражающих агентов в полости рта. В качестве клинических данных необходимы: характерный вид очага поражения (экзофитное новообразование на ножке без инфильтрации прилегающих тканей); соотношение края патологического очага с окружающими тканями (возвышается над окружающей слизистой оболочкой, четкость границ), а также характер поверхности, болезненность, смещаемость.
3. Для составления плана лечения наличие хронического гайморита значения не имеет.

**Задача 4.** Больной, 56 лет, обратился с жалобами на наличие образования на нижней губе слева, которое появилось месяц назад. Из анамнеза выяснено, что появлению образования предшествовало прикусывание слизистой оболочки нижней губы слева. Рана на губе заживала самостоятельно, за медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает на ишемическую болезнь сердца, стенокардию, язву двенадцатиперстной кишки. В настоящее время по общему статусу чувствует себя удовлетворительно. Внешний вид пациента без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. На слизистой оболочке нижней губы слева имеется образование округлой формы синюшного цвета мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 см. в диаметре.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Наметьте план лечения.

**Ответ.** Анамнестические данные о прикусывании нижней губы, характерная локализация новообразования синюшный цвет, свидетельствующий о застойных явлениях, а также его форма и отсутствие болезненности при исследовании обосновывают диагноз.

1. Ретенционная киста в области слизистой оболочки нижней губы слева.
2. Удаление образования в пределах здоровых тканей с наложением швов на слизистую оболочку. Материал отправляется на гистологическое исследование.

**Задача 5.** Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на наличие образования на нижней губе. Образование появилось около 8 месяцев назад, постепенно увеличивалось. Из анамнеза выяснено, что около года назад у больной был перелом нижней челюсти во фронтальном отделе. Внешний вид больной без особенностей, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на слизистой оболочке нижней губы справа в проекции 43,42,41 имеется новообразование, возвышающееся над поверхностью, мягкое, безболезненное, бледно-розового цвета, на широком основании, размером 1,0 см. в диаметре. На 43 опорная коронка мостовидного протеза. Перкуссия 43,42,41 безболезненная. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется утолщение кости по нижнему краю нижней челюсти в области 41,31, определяемое при пальпации.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествовавший перелом нижней челюсти?

**Ответ.** Характерная локализация, форма, размеры, цвет и безболезненность при исследовании, а также раздражающий фактор - опорная коронка мостовидного протеза на 43 обосновывают диагноз.

1. Фиброма нижней губы справа.
2. Удаление образования путем иссечения в пределах здоровых тканей. Устранение раздражающего фактора (снятие мостовидного протеза). Материал отправляется на гистологическое исследование.
3. Для составления плана лечения предшествовавший перелом нижней челюсти значения не имеет.

**Задача 6.** В клинику обратился больной, 28 лет, с жалобами на периодически возникающую кровоточивость в области боковой поверхности языка слева. Когда и в связи, с чем появились указанные жалобы, пациент точно сказать не может. Около восьми месяцев назад у больного был оскольчатый перелом тела нижней челюсти слева, по поводу чего проведена операция остеосинтеза. При обследовании обнаружено нарушение конфигурация лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева, поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены, на боковой поверхности языка слева определяется новообразование синюшного цвета, с бугристой поверхностью, с элементами изъязвления и кровоточивости, мягкой консистенции, безболезненное при пальпации размером 1,5 x 2,5

см. Подвижности на месте бывшего перелома нижней челюсти слева нет, но при пальпации по нижнечелюстному краю в проекции 35,37 определяется утолщение кости.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Составьте план лечения.
4. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания, и дайте им объяснение.

**Ответ.**

1. Явление кровоточивости в области языка слева, новообразование синюшного цвета с бугристой поверхностью и элементами изъязвления обосновывают данный диагноз.
2. Кавернозная гемангиома в области боковой поверхности языка слева.
3. Иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с предварительным прошиванием окружающих тканей. Этот метод может сочетаться с введением склерозирующих веществ и последующим иссечением склерозированной части языка.
4. Не характерными признаками для данного заболевания являются: отек мягких тканей в области тела нижней челюсти слева, связанная, видимо, с лимфостазом из-за травмы и оперативного вмешательства в данной области. Утолщение нижнечелюстного края в проекции 36,37 вызвано явлениями консолидации и образования костной мозоли в области линии перелома.

**Задача 7.** Больной, 50 лет, обратился с жалобами на безболезненную припухлость в области нижней челюсти справа, появившееся 5 лет назад, которая медленно увеличивается, безболезненное. Нижняя челюсть справа значительно утолщена, безболезненная, местами имеет плотную консистенцию. Кожные покровы над утолщением в цвете не изменены, подвижны. Полость рта санирована. Зубы на нижней челюсти справа интактны. Чувствительность нижней губы не изменена. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, безболезненные. При рентгенологическом обследовании определяется разрежение участка костной ткани в области тела нижней челюсти справа с четкими границами, напоминающее поликистозное образование.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Наметьте план дальнейшего обследования и лечения.
3. Как правильно собрать анамнез у стоматологического больного, имеющего новообразование?

**Ответ.**

1. Предположительный диагноз - амелобластома нижней челюсти справа. Диагноз ставится на основании данных клинического и рентгенологического обследований.
2. Для уточнения диагноза необходимо гистологическое исследование - биопсия. В плане лечения – удаление новообразования нижней челюсти справа в пределах здоровых тканей.
3. При правильном сборе анамнеза заболевания необходимо определить момент обнаружения жалоб на наличие новообразования и связь с предшествующими факторами, длительность существования и скорость нарастания симптомов, их динамика. Следует выяснить проводилось ли лечение ранее и какое? Из анамнеза жизни обращается внимание на наследственность заболевания, перенесенные и

сопутствующие заболевания, профессиональные вредности, неблагоприятные метеорологические условия, вредные привычки.

**Задача 8.** Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость рта, хруст и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе. Со слов больной, образование обнаружено врачом при диспансерном осмотре три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, эпидемический паротит, частые простудные заболевания. В нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0 - 3,5 см., подвижность которого несколько ограничена, поверхность бугристая, плотноэластической консистенции, пальпация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно собираются в складку, открывание рта свободное. Слюна из околоушного протока выделяется пенистая, слизистая оболочка рта недостаточно увлажнена, отмечается отсутствие жевательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Больной проводилось цитологическое исследование пунктата образования.

1. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания и дайте им объяснение.

**Ответ.**

1. Полиморфная аденома околоушной слюнной железы слева.
2. Удаление опухоли вместе с прилежащими тканями железы (субтотальная резекция).
3. Жалобы на хруст и щелканье в височно-нижнечелюстном суставе, отсутствие зубов.

**Задача 9.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на деформацию альвеолярного отростка верхней челюсти слева. При осмотре полости рта определяется деформация альвеолярного отростка за счет его «вздутия» с вестибулярной стороны в области 23,24,25 размером 1,0 x 1,0 см. Пальпация этой области безболезненная, в области наибольшего выбухания определяется симптом "пергаментного хруста".

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

**Ответ.**

1. Радикулярная киста верхней челюсти справа в области 17,16,15.
2. На основании клинико-рентгенологической картины (наличие деформации альвеолярного отростка и соответствующего ему участка разрежения костной ткани с четкими контурами), состояния зубов.

**Задача 10.** Больная, 41 года, обратилась с жалобами на наличие болезненного новообразования в области боковой поверхности верхнего отдела шеи справа. Боль несколько усиливается при повороте головы. Впервые появилось образование и болезненность около 2 лет назад. В районной поликлинике был поставлен диагноз



«хронический гиперпластический лимфаденит в области боковой» поверхности шеи справа. Проведена санация полости рта, назначалось противовоспалительное и физиолечение. После чего боль прошла, образование уменьшилось, размягчилось и практически не определялось при пальпации. После переохлаждения, простудного заболевания вновь увеличивалось, становилось болезненным. Врач районной поликлиники повторял курсы противовоспалительного и физиолечения. После проведенного обследования поставлен диагноз «боковая киста шеи справа в стадии воспаления».

1. В чем заключалась диагностическая и тактическая ошибка врача в районной поликлиники?

**Ответ.**

1. Диагностическая ошибка заключается в том, что больному не полностью проведено обследование. Не проведено цитологическое исследование (диагностическая пункция), по результатам которой можно было бы с большей вероятностью предположить диагноз боковой кисты шеи. Тактическая ошибка заключалась в том, что, не исключив при помощи дополнительных методов обследования опухоли или опухолеподобного заболевания, неоднократно назначалось физиолечение, которое могло способствовать малигнизации. Ошибочным также было и то, что, несмотря на повторные рецидивы воспаления, после проведенной санации, курс лечения повторялся и не проводилось дообследование

**Задача 11.** Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом, С. °С. При поступлении: температура тела 39,5°, подъемом температуры тела до 38,8. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации. 44,45 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 44,45 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте и обоснуйте и диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

**Ответ.**

1. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.
2. План лечения: удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное.

Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

3. Нехарактерным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

**Задача 12.** Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и С. При°сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей°поступлении: температура тела 39,5 нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больной отмечает медленный рост образования.

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

**Ответ.**

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.
3. План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, терапия гипербарической оксигенацией.
4. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

**Задача 13.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые

поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 567 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров. По переходной складке верхней челюсти справа имеется разрастание слизистой оболочки, фартукообразно свисающее на альвеолярный отросток. Больного не беспокоит, отмечает медленное увеличение размера образования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

#### **Ответ.**

1. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины позволяют поставить диагноз: хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Лечение: удаление 35,36,37 секвестров, промывание свищевых ходов растворами антисептиков. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования - произвести секвестрэктомии в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.
3. Нехарактерным признаком для данного заболевания является разрастание слизистой оболочки по переходной складке верхней челюсти справа.

**Задача 14.** Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадиирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. С. Из анамнеза выявлено, что неделю назад температура тела повышена до 37,5 заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боль в зубе прошла, однако накануне обращения к врачу появилась боль при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. При осмотре: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта ограничено до 1,0 см между резцами, резко болезненное. При внутриротовом осмотре выявлено: коронка 27 частично разрушена, перкуссия ее слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26,27,28 отечна, гиперемирована, сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.
2. Опишите методику оперативного вмешательства.
3. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

## Ответ.

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.
2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25,26,27,28. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.
3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

**Задача 15.** Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную, постоянную боль в правой половине головы, боль при глотании и открывании рта, нарушения зрения. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°C, головокружение, тошнота, рвота, озноб, нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта. Из анамнеза выявлено, что три дня назад заболел 18. Беспокоила постоянная, ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. К врачу не обращалась, принимала анальгетики. Два дня назад боль распространилась на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировала в ухо, в висок. Появилась боль при глотании и открывании рта. Симптомы быстро нарастали, вскоре появились симптомы нарушения зрения: диплопия, снижение остроты зрения правого глаза. При осмотре: определяется отек в околоушно-жевательной и височной областях справа, отмечается симптом "песочных часов". Пальпация в этих областях безболезненная. Значительно выражен отек век справа, глаз полностью закрыт. Конъюнктивы обеих век гиперемирована. Определяется также отек век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. Открывание рта полностью ограничено, в 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, подвижность II степени. Слизистая оболочка по переходной складке и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемирована, отечна, определяется отек в области крыловидно-нижнечелюстной складки справа. При надавливании на мягкие ткани по направлению к бугру верхней челюсти справа определяется болезненный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании в области 18 определяется разрежение костной ткани в области верхушек корней с четкими контурами, размером 0,4-0,5 см.

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

## Ответ.

1. Флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18. План лечения: удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их дренирование. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.
2. Для вскрытия флегмоны подвисочной и крылонебной ямок используют сочетание внутриротового (по переходной складке на уровне моляров) и внеротового (по переднему краю височной мышцы) разрезов. Из этих разрезов проникают и вскрывают гнойные очаги в подвисочной, крылонебной ямках, производят ревизию височной области. В контрапертуру вводятся сквозные дренажи. Для вскрытия флегмоны орбиты производится вскрытие верхнечелюстной пазухи с соответствующей стороны традиционным способом. Гнойный очаг вскрывается путем трепанации верхне-задней стенки пазухи. Эвакуация гнойного отделяемого осуществляется через соустье с нижним носовым ходом.
3. Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку.
4. Офтальмолога, невропатолога.

**Задача 16.** У больного, 43 лет, при осмотре обнаружен резко болезненный воспалительный инфильтрат в левой височной области, занимающий передние 2/3 этой области. Кожа над ним гиперемирована, в складку не собирается. В передненижних отделах инфильтрата определяется симптом флюктуации. Открывание рта и боковые движения челюсти ограничены, резко болезненны. Полость рта не санирована.

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

**Ответ.**

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при

распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.

3. Необходимо учитывать два обстоятельства:

1. наличие и характер причин развития воспаления;
2. точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

**Задача 17.** Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась постоянная ноющая боль в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела  $-38,5^{\circ}\text{C}$ . В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограничено собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движение языка, особенно его смещение вперед, резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

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

**Ответ.**

1. Флегмона дна полости рта. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.
2. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.

3. Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

**Задача 18.** Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боль усиливается при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза выяснено, что три дня назад, после переохлаждения появилась слабоболезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется припухлость тканей в левой поднижнечелюстной области. При пальпации тканей усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка 41 разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области слева определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого Вартонова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При бимануальной пальпации определяется увеличение и болезненность левой поднижнечелюстной слюнной железы. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

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

**Ответ.**

1. Обострение хронического периодонтита 41. Абсцесс подъязычной области. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
2. Лечение следует начинать с устранения причины абсцедирования - лечения хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно

- проведение операции резекции верхушки корня 41. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного и физиолечения.
3. Под местной анестезией с премедикацией производится рассечение слизистой оболочки подъязычной области. При локализации абсцесса в центре области, разрез проводится в сагиттальной плоскости по центру от корня языка к внутренней поверхности подбородочного отдела нижней челюсти. При локализации абсцесса в боковых отделах области, разрез проводится параллельно вартоновым протокам, во избежание их травмирования. После рассечения слизистой оболочки тупым путем распаровываются ткани до проникновения в полость абсцесса и получения гноя. Проводится ревизия полости абсцесса, вводится резиновая дренажная полоска.
  4. Несущественные признаки: увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, выделение слюны с примесью гноя через расширенное устье левого вартонова протока. Данные симптомы могут быть связаны с наличием хронического сиалоаденита левой поднижнечелюстной слюнной железы. Сиалоаденит часто развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, которая имеется у больного.

**Задача 19.** Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, уплотненная, болезненная правая поднижне-челюстная слюнная железа. В подподбородочной области пальпируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: 48,46,45,34,35,36,38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъязычной области справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массаже поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

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

**Ответ.**

1. Не хватает анамнестических данных: наличия у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик. Недостаёт данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достаёт данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
2. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
3. Необходимо выполнение рентгенограмм дна полости рта и правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов. При подтверждении диагноза слюнно-каменной болезни и уточнении локализации конкремента необходимо провести вскрытие абсцесса с



последующим дренированием его полости. При локализации конкремента в протоке он может самостоятельно выйти вместе с гноем. По мере полного устранения острых воспалительных явлений необходимо повторное рентгенологическое исследование. Если при этом обнаруживаются конкременты, их необходимо удалить в плановом порядке.

4. При наличии конкремента крупных размеров возможно прободение стенки протока, выход его и слюны с элементами воспаления в мягкие ткани, что может привести к возникновению абсцесса. Возникновение абсцесса возможно также при продвижении конкремента по протоку, когда возникает его острая травма. При ретенции слюны с элементами воспаления в результате увеличения давления в протоке возможна диффузия бактериальных антигенов в окружающие ткани и развитие абсцесса по типу инфекционно-аллергической реакции.

**Задача 20.** Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение, около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастали. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта до 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в челюстно-язычном желобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

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

**Ответ.**

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В

этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.

4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

**Задача 21.** Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

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

**Ответ.**

1. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а также на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
2. Диагноз: перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
3. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии и физиотерапии на область перелома.
4. Предшествующий перелом скуловой кости не имеет значения для составления плана лечения по поводу перелома нижней челюсти.

**Задача 22.** Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышечкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечкового отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы

неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Ответ.**

1. Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышцелкового отростка: болезненная пальпация слева в области ветви, надавливание на подбородок вызывает боль в области мышцелкового отростка слева. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.
2. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением.
3. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.
4. Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет.

**Задача 23.** Больной, 24 лет, обратился с жалобами на припухлость в области левой подбородочной области и болезненность здесь во время приема пищи. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад на работе получил удар металлической деталью в область подбородка. Сразу не придавал этому значения. 8 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется отечность мягких тканей лица в области подбородка, рот открывается на 2,5 см. Пальпация в области подбородка и ветви нижней челюсти слева слегка болезненна. Надавливание на подбородок вызывает боль в области височно-нижнечелюстного сустава слева. В полости рта: прикус не нарушен, подвижности фрагментов нижней челюсти не выявлено, в том числе и на месте бывшего перелома, 48 отсутствует. Имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в области угла.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

**Ответ.**

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышцелкового отростка, либо острый посттравматический артрит слева.
2. В качестве клинического теста надо попросить больного медленно открывать и закрывать рот, предварительно введя концы мизинцев в наружные слуховые проходы. Это позволяет определять подвижность мышцелковых отростков. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.

3. Для составления плана лечения перелом нижней челюсти справа в области 48 в стадии консолидации значения не имеет.

**Задача 24.** В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти справа в области 48. При осмотре определяется небольшая ссадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см., более широкое открывание рта затруднено и болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в области ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

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

**Ответ.**

1. Ограничение открывания рта, болезненная пальпация в области ветви и венечного отростка слева, характерное смещение челюсти во время ее опускания в сторону повреждения, а также характер травмы в область подбородка обосновывает данный диагноз.
2. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
3. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями и межчелюстная фиксация.
4. Нехарактерными признаками для данного заболевания является утолщение костной ткани в области угла нижней челюсти справа за счет процесса консолидации и отсутствие 48 в линии бывшего перелома.

**Задача 25.** Больной, 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, частые простудные заболевания, аппендэктомия. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагментов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом “ступеньки”. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа.

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

**Ответ.**

1. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями по нижним векам, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние, Недостает данных рентгенологического обследования.
2. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
3. Назубные бимаксиллярные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Медикаментозное лечение включает в себя антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, поливитамины. Также показана физиотерапия.

**Задача 26.** Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пищи. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, кровянистое отделяемое из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и потерю чувствительности кожи в подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы “ступеньки” в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

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

**Ответ.**

1. Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, сопровождающееся болью в области подглазничного отверстия и анестезией тканей подглазничной области, имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие “ступенек”. Недостает данных рентгенографии
2. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
3. Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксиллярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки, оперативное лечение с использованием спиц Киришнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Назначаются противовоспалительные десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины.

**Задача 27.** В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные

ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти,. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1.Какое патологическое состояние Вы можете предположить?

2.Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?

3.Какое обследование необходимо провести для этой цели?

**Ответ.**

1. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе.
2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений – особенности получения травмы (какой частью лица ударилась).
3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

**Задача 28.** Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия бимаксиллярных шин снова появилась припухлость в околочелюстных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. Три дня назад появились припухлость и боль в поднижнечелюстной области справа, усиливающиеся при приеме пищи. По общему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в нижнем отделе щечной и поднижнечелюстной областях справа, имеется гиперемия кожи здесь, пальпируется плотный инфильтрат, в центре которого определяется свищевой ход с гнойным отделяемым. При бимануальной пальпации определяется конкремент, диаметром 0,5 см. в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы, из протока справа слюна не выделяется. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1.Поставьте предварительный диагноз.

2.Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?

3.Имеет ли отношение состояние подчелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?

**Ответ.**

1. Перелом коронковой части 21. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе.
2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений - особенности получения травмы (какой частью лица ударились).
3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

**Задача 29.** Больная, 27 лет, поступила в клинику с жалобами на значительное ухудшение самочувствия, сильную боль в области лица, наличие пузырей на лбу, щеках, подбородке, обугливание лица в области носа, губ и бровей. Из анамнеза выяснено, что полтора часа назад при попытке разжечь газовую плиту пламенем опалило лицо. Врач “скорой помощи” ввел наркотические анальгетики, сердечные средства, на раны была наложена асептическая повязка. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический двухсторонний гайморит в течение 3 лет. Общее состояние тяжелое, больная заторможена, артериальное давление 100/60 мм. рт. ст., пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. При осмотре определяется гиперемия и наличие тонкостенных пузырей с серозным содержимым, чередующихся с толстостенными пузырями, заполненными геморрагическим содержимым на коже щечных, подбородочной и лобной областях. Ткани носа и губ расположены ниже уровня поверхности остальной кожи, сморщенные, сухие, обугленные, пальпация их менее болезненная, чем в остальных участках лица. Из носа определяется гнойное отделяемое

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз и определите степень поражения.
3. Составьте план лечения.
4. Имеет ли значение для составления плана лечения гноетечение из носа? Соответствует ли этот симптом поставленному диагнозу?

**Ответ.**

1. Травматический остеомиелит нижней челюсти справа, слюннокаменная болезнь.
2. Следует выяснить, какое лечение проводили больному, провести рентгенологическое исследование зубов нижней челюсти и поднижнечелюстной железы.
3. Состояние правой подчелюстной слюнной железы, по всей вероятности соответствует слюннокаменной болезни и не имеет отношения к травматическому остеомиелиту нижней челюсти справа.

**Задача 30.** Больной, 84 лет, доставлен в клинику с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, головокружение, наличие трещин на губах и языке, свищевого хода с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти справа в области премоляров, наличие новообразования в области первого моляра на слизистой оболочке альвеолярного отростка. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад был перелом нижней челюсти в области 16,15, травму получил в зоне повышенной радиации (300 рад.), лечился в госпитале. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, простудные заболевания, новообразование в области альвеолярного отростка нижней челюсти в течение двух лет. При осмотре отмечается бледность кожи лица, наличие кровоточащих трещин на губах, участков некроза и покрытых зеленой слизью язв, новообразования на слизистой оболочке альвеолярного отростка в области первого

моляра справа размером 2,0 x 3,0 см., плотно-эластической консистенции, наличие свищевого хода с гнойным отделяемым этой же локализации.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Есть ли взаимосвязь между новообразованием и свищом с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти?

**Ответ.**

1. Комбинированное радиационное поражение лучевая болезнь - III период, постлучевой остеорадионекроз нижней челюсти справа.
2. Следует выяснить какое лечение проводили в госпитале, продолжительность I и II периода лучевой болезни, каково общее состояние в настоящее время, анализ крови.
3. Между новообразованием и свищевым ходом связи нет, т.к. новообразование, по всей вероятности, соответствует эпулису, который больной обнаружил за два года до травмы, а свищевой ход сформировался по мере развития постлучевого остеорадионекроза.

**Описание показателей и критериев оценивания компетенций на этапах их формирования, описание шкал оценивания**

	Уровни сформированности компетенций		
	<i>пороговый</i>	<i>достаточный</i>	<i>повышенный</i>
Критерии	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется достаточный уровень самостоятельности устойчивого практического навыка	Компетенция сформирована. Демонстрируется высокий уровень самостоятельности высокая адаптивность практического навыка

**Показатели оценивания компетенций и шкалы оценки**

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или повышенный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний,	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение	Обучаемый демонстрирует способность к полной



<p>знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений.</p> <p>Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на повышенном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке</p>	<p>самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>
--	---	--	---

### Критерии оценивания форм контроля.

#### Собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа

удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

**Ситуационных задач:**

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию,	Удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	Удовлетворительные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе

	выполнены			
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	Низкая способность анализировать ситуацию	Недостаточные навыки решения ситуации	Отсутствует

**УТВЕРЖДАЮ РОСТОВСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ**

**проректор по  
последипломному  
образованию Рост ГМУ, д.м.н.  
профессор М.Ф. Черкасов**

**Государственная итоговая аттестация по программе  
ординатуры 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия** «\_\_»\_\_\_\_\_20\_\_г

**БИЛЕТ № 1**

1. Чрезочаговые способы хирургического лечения переломов нижней челюсти.
2. Пороки развития лица и шеи, относящиеся к врожденным. Классификация.
3. Околоушные свищи и кисты: этиология, клиника, диагностика, лечение.
4. Специализированное лечение ожогов лица.

Задача 41. Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31. Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

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

**Руководитель ОПОП, д.м.н., доцент**

**Максюков С.Ю.**

« 27 « августа 2018г.