

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

ФАКУЛЬТЕТ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ

Кафедра стоматологии № 3

Оценочные материалы
по дисциплине челюстно-лицевая хирургия
Специальность 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Ростов-на-Дону

2023г.

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной

Код и наименование универсальной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной компетенции
<p>УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.</p>	<p>УК-1. ИД-1. Готов критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации. Может определить возможности и способы применения достижений в медицине и фармации. УК-1. ИД-2. Владеет алгоритмом использования возможностей достижений медицины при лечении заболеваний и травм челюстно-лицевой области.</p>
<p>ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.</p>	<p>ОПК-1. ИД-1. Знает методы обследования и раннюю диагностику основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛЮ. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты клинико-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. может формировать на основании полученных результатов план дальнейшего обследования, диспансеризации, лечения и реабилитации. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.</p>
<p>ОПК-5: Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.</p>	<p>ОПК-5. ИД-1. Знает и умеет назначать лечение основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛЮ. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты лечения, контролировать его эффективность и безопасность. Может формировать на основании результатов лечения план дальнейшего лечения. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.</p>
<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациента медицинскую экспертизу.</p>	<p>ОПК-1. ИД-1. Знает методы медицинской экспертизы и раннюю диагностику основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛЮ. ОПК-1. ИД-2. Осуществляет взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на</p>

	последующие лечение и реабилитацию.
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8. ИД-1. Способен на раннюю диагностику и профилактику основных заболеваний и травматических повреждений челюстно-лицевой области. Способен оценить влияние лекарственной терапии на течение заболеваний и травм челюстно-лицевой области. ОПК-8. ИД-2. Владеет алгоритмом использования лекарственных средств в лечении стоматологических заболеваний, навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении на санаторно-курортное лечение.
ПК-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.	ПК-1. ИД-1. Знает методы ранней диагностики и профилактики основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛО. ПК-1. ИД-2. Оценивает результаты клинико-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. Формирует на основании полученных результатов план дальнейшего обследования, диспансеризации, лечения и реабилитации. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.

УК-1.

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Жалобы - постоянная боль, "чувство выросшего зуба" характерны для:

1. хронического пульпита
2. острого периодонтита
3. хронического пульпита

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Наиболее значимое влияние на сохранение и укрепление здоровья населения оказывают все факторы, кроме:

1. уровня культуры населения
2. экологических факторов среды
3. качества и доступности медицинской помощи

Эталон ответа: 1. уровня культуры населения

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Под медицинской статистикой понимают:

1. отрасль статистики, изучающей здоровье населения

2. совокупность статистических методов, необходимых для анализа деятельности учреждения здравоохранения

3. отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением

Эталон ответа: 3. отрасль статистики, изучающей вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Грамотрицательные бактерии окрашиваются:

1. метиленовым синим

2. генцианвиолетом

3. фуксином

Эталон ответа: 3. фуксином

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К облигатным анаэробам относится:

1. возбудители дизентерии

2. брюшнотифозная палочка

3. (верно) клостридии столбняка

Эталон ответа: 3. (верно) клостридии столбняка

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Проявления СПИДа в полости рта:

1. афты

2. (верно) кандидозный стоматит, волосистая лейкоплакия

3. пузыри, гнойники

Эталон ответа: 3. пузыри, гнойники

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

1. под кожей

2. под мышцей

3. под надкостницей

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

1. гнойные выделения из носа

2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти

3. свищ на десне

Эталон ответа: 2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной

2. скуловой

3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи
2. атипические клетки при цитологическом исследовании пунктата
3. двустороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Вид местной анестезии, используемой при стоматологических вмешательствах:

1. интубационная
2. проводниковая
3. эпидуральная

Эталон ответа: 2. проводниковая

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Вид инфильтрационной анестезии, используемой в полости рта:

1. подкожная
2. интубационная
3. интралигаментарная

Эталон ответа: 3. интралигаментарная

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Клинические ситуации, указывающие на невозможность местного обезболивания:

1. аллергические реакции на анестетики
2. множественный кариес зубов
3. высокая температура

Эталон ответа: 1. аллергические реакции на анестетики

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При удалении премоляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. инфильтрационную
2. торусальную
3. резцовую

Эталон ответа: 1. инфильтрационную

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При удалении моляров верхней челюсти применяют местную анестезию:

1. торусальную
2. инфраорбитальную
3. туберальную

Эталон ответа: 3. Туберальную

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Подготовка больного к операции удаления зуба из линии перелома челюсти заключается:

1. в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании
2. в измерении артериального давления

3. в снятии зубного камня

Эталон ответа: 1. в предупреждении больного о длительности вмешательства, медикаментозной подготовке (премедикации), обезболивании

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методика удаления зубов заключается:

1. в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов на зуб под углом 30-40° к его оси
2. в удалении моляров или премоляров прямыми щипцами
3. в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции

Эталон ответа: 3. в отделении слизистой десны от шейки зуба, наложении щипцов параллельно оси зуба, тракции, экстракции

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гемисекция - это:

1. удаление коронковой части зуба с одномоментным пломбированием каналов
2. удаление зуба с последующим установлением на прежнее место после его предварительной обработки
3. расчленение зуба вместе с корнем

Эталон ответа: 3. расчленение зуба вместе с корнем

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают:

1. с невротомии
2. с трактотомии
3. с блокад анестетиком

Эталон ответа: 3. с блокад анестетиком

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится:

1. параневрально
2. в курковую зону
3. по типу инфльтрационной анестезии

Эталон ответа: 1. параневрально

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять:

1. наряду с блокадами анестетиков
2. при впервые диагностированном состоянии
3. после безуспешной консервативной терапии

Эталон ответа: 3. после безуспешной консервативной терапии

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Эталон ответа: 3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. метод Адамса

Эталон ответа: 3. метод Адамса

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. остеосинтез по Макиенко

Эталон ответа: 3. остеосинтез по Макиенко

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. лобно-челюстной остеосинтез

Эталон ответа: 3. лобно-челюстной остеосинтез

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 20 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.

Ситуационные задачи

Задание 1.

Пациентка 28 лет обратилась в клинику для лечения последствий автомобильной травмы полугодовой давности. При ДТП пациентка получила полный вывих зубов 12, 11, 21. В последующем в поликлинике по месту жительства пациентке был изготовлен съемный частичный пластиночный протез на верхнюю челюсть, не удовлетворяющий ее по эстетике и фонетике. Пациентка с ее слов соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. При обследовании пациентки выявлено: Состояние удовлетворительное, сознание ясное, ориентирована во времени и пространстве, поведение адекватно ситуации. Конфигурация лица не изменена. Кожа лица и шеи нормального цвета без повреждений. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта в пределах нормы. Слизистая оболочка полости рта и преддверия нормального увлажнения, бледно-розового цвета. Прикус ортогнатический. На верхней челюсти располагается частичный съемный пластиночный протез, замещающий отсутствующие 12, 11, 21 зубы. Протез при нагрузке не стабилен, искусственные зубы сильно отличаются от нативных по цвету. Альвеолярный отросток

верхней челюсти в области отсутствующих зубов истончен из-за недостатка костной ткани с вестибулярной стороны. Десна в указанной зоне не изменена. Зубы верхней челюсти, соседствующие с дефектом стабильны, в цвете и подвижности не изменены. При снятии протеза отмечается сильное западение верхней губы. На представленной ортопантограмме отмечается уменьшение высоты альвеолярного отростка верхней челюсти на 2 мм и увеличение его прозрачности.

1. Поставьте диагноз.
2. Необходимо ли проведение дополнительных методов обследования.

Эталон ответа:

1. Диагноз: частичное вторичное отсутствие зубов верхней челюсти (отсутствие 12, 11, 21). Посттравматический дефект альвеолярного отростка верхней челюсти в области отсутствующих зубов.
2. Дополнительное обследование в виде рентгеновской компьютерной томографии потребуется при выборе второго варианта лечения.

Задание 2.

Больной Д., 52 года, обратился с жалобами на наличие язвы на нижней губе. Из анамнеза: в течение 25 лет работал каменщиком. Сухость и шелушение красной каймы верхней и нижней губы замечал давно, затем 3 года назад на нижней губе появилась незаживающая трещина, 2 месяца назад трещина изъязвилась, лечение мазями не помогает. Курит. Наследственность не отягощена. Объективно: на красной кайме нижней губы справа определяется язва овальной формы, размером 2x1 см с плотными бугристыми краями, мало болезненна при пальпации, ткани нижней губы по периферии язвы инфильтрированы. В правой поднижнечелюстной области определяется безболезненный, подвижный, плотный лимфатический узел размером 1x2 см. Прикус – ортогнатический О О О С О О О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О О О О О О О На верхней и нижней челюстях частичные съемные протезы с удерживающими кламмерами 14, 25, 35 и 44 зубах. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. Коронка 12 зуба разрушена на 1/3, полость зуба вскрыта, зондирование и перкуссия безболезненны. ЭОД – 120мкА. На внутриротовой рентгенограмме в области 12 зуба выявлено равномерное расширение периодонтальной щели у верхушки корня.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз, предварительный диагноз основного заболевания.
2. Назначьте дополнительные методы исследования.
3. Какое фоновое заболевание и предрасполагающие факторы способствовало развитию заболевания?
4. Выберите метод хирургического лечения. Дайте рекомендации.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: рак нижней губы 2 ст. (T1, N1, Mo). Хронический фиброзный периодонтит 12 зуба. Частичная вторичная верхнечелюстная и нижнечелюстная адентия I класса по Кеннеди.
2. а) рентгенография костей лицевого скелета: обзорная или ОПГ, б) цитологическое исследование мазков-отпечатков, биопсия.
3. Хроническая трещина верхней губы. Курение, условия работы.
4. Под общим обезболиванием операция – прямоугольная резекция нижней губы с одномоментным восстановлением формы и функции губы пластикой местными тканями и радикальное иссечение всего лимфатического аппарата верхнего отдела шеи и поднижнечелюстной области

Задание 3.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию больной пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О О П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Укажите дополнительные методы диагностики.
3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
3. Внутрикостная имплантация.

Задание 4.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Этапы планирования.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.
3. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 5.

В стоматологическую клинику обратился больной Д, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П С О О О

1. Составьте план лечения.
2. Укажите дополнительные методы диагностики.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?
4. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
2. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
3. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию. Под высотой костной ткани понимают

расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.

4. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 6.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Этапы планирования.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.;
4. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 7.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 8.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 9.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 10.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна.

На внутривисочной рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Как закрыть перфоративное отверстие?
4. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.
3. Перфоративное отверстие закрыть следующим образом: Обеспечить хороший доступ с помощью инструментального и химического расширения. Коагуляция грануляционной ткани. Антисептическая обработка, гемостаз. Закрытие перфорационного отверстия стеклоиномерным цементом или амальгамой. Обработка и пломбирование основного канала.
4. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решение данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 11.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К__ К О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопантограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбировочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз
2. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?
3. Назначьте общее и местное лечение
4. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперэстезия.

2. Плотность костной ткани определяют с помощью эхоостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.
3. Надесневой электрофорез 1% р-ра тиамин бромид с новокаином Аппликации 10% р-ра глюконата кальция, 2% р-ра фтористого натрия в чувствительные участки зубов, покрытие силановым фторлаком Лоскутная операция с остеоплатикой в области 24 Рациональное протезирование с восстановлением высоты прикуса. Общее лечение: Tab. Trichopoli 0,25 N 20 (по 1 таб. 4 раза в день); Sol. Calcii chloride 10% 200 ml. (по 1 стол. л. 3 раза в день); Sol. Ac. Ascorbinici 5% - 1 ml. (по 1 мл подкожно ежедневно). Местно: Sol. Dioxydini 0,5% - 5 ml. (для аппликаций 4-6 раз в день); Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0,05% - 100 ml (для полосканий).;
4. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 12.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Кариез 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 13.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
4. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
4. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 14.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года

назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Выберите способ удаления штифтовой вкладки.
4. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.
3. Вкладку удаляют с помощью ультразвука или механическим выпиливанием.
4. При наличии анатомических условий желателно изготовить керамические коронки на имплантатах.

Задание 15.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К _____ К О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопатограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?
3. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперестезия.
2. Плотность костной ткани определяют с помощью эхоостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.

3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 16.

Больной 40 лет, обратился с жалобами на стреляющие боли в 26 зубе, отдающие в ухо, висок в ночное время. Также беспокоит безболезненное образование на нижней губе справа, появившееся после травмы. Из анамнеза: 26 лечен по поводу глубокого кариеса, 2 месяца назад пломба выпала, появились боли на температурные раздражители. Накануне появились приступы боли в ночное время, которые снимал анальгетиками. После прикусывания слизистой оболочки нижней губы месяц назад рана на губе зажила самостоятельно, на месте травмы появилось образование, возвышающееся под слизистой оболочкой. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Рот открывает в полном объеме. На слизистой оболочке нижней губы справа имеется образование округлой формы синюшного цвета, эластической консистенции, безболезненное при пальпации, около 1,5 см в диаметре. Прикус ортогнатический. На жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта в одной точке, резкая боль при зондировании, на холодное, ЭОД 25 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Проведите дифференциальную диагностику новообразования.
4. Выберите рациональный способ протезирования.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического фиброзного пульпита 26 зуба. Ретенционная киста в области слизистой оболочки нижней губы справа. Частичная вторичная адентия правой верхней челюсти II класс по Кеннеди и нижней челюсти III класс по Кеннеди.
2. Санация полости рта, лечение 26. удаление образования в пределах здоровых тканей, гистологическое исследование. Протезирование.
3. Дифференцировать с гемангиомой, лимфангиомой, опухолями малых слюнных желез. Анамнестические данные о прикусывании нижней губы, сроки образования, локализация, цвет, округлая форма, отсутствие болезненности характерны для ретенционной кисты. Сосудистые опухоли не всегда имеют четкие контуры, не связаны с травматическими повреждениями. Кавернозные гемангиомы меняют свои размеры при наклоне головы.
4. Металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 43 и 46, 13 и 16 зубы. При отсутствии противопоказаний возможно ортопедическое лечение на имплантатах.

Задание 17.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О О П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П П П

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Укажите дополнительные методы диагностики.
3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Необходимо определить: вид адентии, состояние оставшихся зубов, протяженность дефектов зубных рядов, состояние гигиены полости рта, прикус, межальвеолярную

высоту в области дефектов зубных рядов, состояние слизистой оболочки полости рта, глубину преддверия полости рта, линию улыбки.

3. Внутрикостная имплантация.

Задание 18.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Этапы планирования.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.;

Задание 19.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?

Эталон ответа:

1. Кариез 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию.

Задание 20.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.

4. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-стоматологом ортопедом.
4. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 21.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.
3. При наличии анатомических условий желателен изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желателен восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решение данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 22.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Этапы планирования.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.

3. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.
4. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 23.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?
4. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Кариез 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.
4. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространенной, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 24.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.;
3. Совместная консультация с врачом-ортопедом.

Задание 25.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутривидовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. При наличии анатомических условий желателен изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желателен восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решение данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 26.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К _____ К О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопантомограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз
2. Составьте план лечения.
3. Выберите метод хирургического лечения в области 24.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперэстезия.
2. План лечения: Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.
3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 2.5.

Задание 27.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент И. 35 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Совместная консультация с врачом-ортопедом

Задание 28.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутривидовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Как закрыть перфоративное отверстие?
3. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. Перфоративное отверстие закрыть следующим образом: Обеспечить хороший доступ с помощью инструментального и химического расширения. Коагуляция грануляционной ткани. Антисептическая обработка, гемостаз. Закрытие перфорационного отверстия стеклоиномерным цементом или амальгамой. Обработка и пломбирование основного канала.
3. При наличии анатомических условий желателен изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желателен восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решения данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 29.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный

протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопантограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Поставьте диагноз

2. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?

3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Пародонтоз легкой степени. Локализованный пародонтит средней тяжести в области 24. Патологическая стираемость зубов I степени. Гиперэстезия.

2. Плотность костной ткани определяют с помощью эхоостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.

3. План лечения: Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.

Задание 30.

Больной 40 лет, обратился с жалобами на стреляющие боли в 26 зубе, отдающие в ухо, висок в ночное время. Также беспокоит безболезненное образование на нижней губе справа, появившееся после травмы. Из анамнеза: 26 лечен по поводу глубокого кариеса, 2 месяца назад пломба выпала, появились боли на температурные раздражители. Накануне появились приступы боли в ночное время, которые снимал анальгетиками. После прикусывания слизистой оболочки нижней губы месяц назад рана на губе зажила самостоятельно, на месте травмы появилось образование, возвышающееся под слизистой оболочкой. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений. Поднижнечелюстные лимфатические узлы не увеличены. Рот открывает в полном объеме. На слизистой оболочке нижней губы справа имеется образование округлой формы синюшного цвета, эластической консистенции, безболезненное при пальпации, около 1,5 см в диаметре. Прикус ортогнатический. На жевательной поверхности 26 зуба глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином, полость зуба вскрыта в одной точке, резкая боль при зондировании, на холодное, ЭОД 25 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.

2. Окажите неотложную стоматологическую помощь при острой боли.

3. Проведите дифференциальную диагностику новообразования.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического фиброзного пульпита 26 зуба. Ретенционная киста в области слизистой оболочки нижней губы справа. Частичная вторичная адентия правой верхней челюсти II класс по Кеннеди и нижней челюсти III класс по Кеннеди.

3. Под туберальной анестезией раскрыть полость зуба, провести ампутацию, экстирпацию, гемостаз, после определения рабочей длины корня расширить и запломбировать корневые каналы под контролем рентгенограммы, восстановить дефект твердых тканей зуба пломбированием.

3. Дифференцировать с гемангиомой, лимфангиомой, опухолями малых слюнных желез. Анамнестические данные о прикусывании нижней губы, сроки образования, локализация, цвет, округлая форма, отсутствие болезненности характерны для ретенционной кисты. Сосудистые опухоли не всегда имеют четкие контуры, не связаны с травматическими повреждениями. Кавернозные гемангиомы меняют свои размеры при наклоне головы.

Задание 31.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какую методику имплантации лучше применить в данном случае и почему?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Внутрикостная двухэтапная методика имплантации. Двухэтапная методика является наиболее распространённой, универсальной операцией с доказанной эффективностью, так как может применяться в любой клинической ситуации. Местных противопоказаний по сравнению с одноэтапным методом (острый костный гребень, недостаточность при первоначальной стабильности имплантата, небольшое количество прикрепленной десны, необходимость проведения направленной регенерации кости) у двухэтапного нет.

Задание 32.

В стоматологическую поликлинику обратился на консультацию пациент С. 30 лет с жалобами на отсутствие фронтальных зубов. Из анамнеза выявлено, что 12,11,21,22 зубы были потеряны в результате автодорожной аварии полгода назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, прикус ортогнатический. О О О О П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28
48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Укажите основные методы диагностики.
3. Определите возможные методы имплантации.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Внутрикостная имплантация.

Задание 33.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?;

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.
3. Определяют состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 34.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 35.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Составьте план обследования.
2. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.

Эталон ответа:

1. 2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
2. Совместная консультация с врачом-ортопедом.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.

Задание 36.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К _____ К П К О
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна.

На внутривисочной рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Составьте план лечения.
2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. План лечения: Снять мостовидный протез. Изготовить временный протез. Удалить штифтовую вкладку из 12. Эндодонтическое лечение 12 с закрытием перфорационного отверстия амальгамой или стеклоиномером. Кюретаж костной ткани в области свища с остеопластикой. Изготовление постоянного протеза.
2. При наличии анатомических условий желательно изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желательно восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решение данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 37.

В стоматологическую клинику обратился на консультацию пациентка Ю. 42 года с жалобами на отсутствие 16,15,14,25 зубов с целью возможной имплантации. Из анамнеза выявлено, что зубы ранее удалены по поводу хронического периодонтита. В течение 2-х лет пользуется частично-съёмным протезом на верхней челюсти. П О О О О П
18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41
31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Консультации каких специалистов необходима для проведения планирования имплантации.
4. Этапы планирования.

Эталон ответа:

1. Частичная адентия правой и левой верхних челюстей.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Врач-ортопед.
4. Определение оптимального варианта протезирования; определение типа, размеров и количества имплантатов, которые позволят осуществить рациональное протезирование; разработка тактики ведения хирургического и ортопедического этапов лечения.

Задание 38.

В стоматологическую клинику обратился пациент А, 32 года, с жалобами на отсутствие зубов в боковом отделе на нижней челюсти. Из анамнеза: 3 года назад в следствие травмы лишился 36, 37 зубов. Объективно: конфигурация лица не изменена, СОПР бледно-розового цвета, открывание рта в полном объеме. Прикус ортогнатический. О П П П П О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37
38 О П С О О О

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ у данного пациента?

Эталон ответа:

1. Кариес 44 зуба, частичная адентия нижней челюсти.
2. Санация полости рта, лечение 44. Имплантирование. Протезирование.

3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации, топографию Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: нижнечелюстного канала.

Задание 39.

В стоматологическую клинику на консультацию обратился пациент Ф. 25 лет с жалобами на отсутствие фронтального зуба. Из анамнеза выявлено, что 22 зуб был потерян в результате автодорожной травмы год назад. Объективно: конфигурация лица не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, рот открывается в полном объеме, альвеолярный отросток верхней челюсти по II типу архитектоники, прикус ортогнатический. О П П П 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П

1. Поставьте предварительно диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите дополнительные методы диагностики.
4. Что необходимо учитывать при анализе КТ данного пациента?

Эталон ответа:

1. Частичная вторичная адентия верхней челюсти.
2. Сбор анамнеза, осмотр полости рта и рентгенологическое обследование.
3. Ортопантомография, КТ диагностика, диагностические модели челюстей.
4. Необходимо учитывать состояние оставшихся зубов и высоту костной ткани в месте предполагаемой имплантации. Под высотой костной ткани понимают расстояние от гребня альвеолярного отростка до границ анатомических образований: дна верхнечелюстных пазух, грушевидного отверстия.

Задание 40.

Больная В., 42-х лет, обратилась с жалобами на потемнение пластмассовых облицовок мостовидного протеза во фронтальном отделе верхней челюсти. Протезировалась 4 года назад в районной поликлинике, часто беспокоили боли в области 12 и 23, периодически появлялись свищи на десне. При внешнем осмотре конфигурация лица без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не увеличены. О П П П К__ К П К О 18,17,16,15,14,13,12,11 21,22,23,24,25,26,27,28 48,47,46,45,44,43,42,41 31,32,33,34,35,36,37,38 П П Местный статус: на альвеолярной десне между 12 и свищ с гнойным отделяемым. 12 покрыт металлической коронкой, перкуссия слабо болезненна. На внутриротовой рентгенограмме отмечается подобие медиальной стенки корневого канала 12 штифтовой вкладкой в средней трети, очаг просветления костной ткани в виде «языков пламени», проекция свищевого отверстия. В периапикальной области – расширение, деформация периодонтальной щели.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Выберите наиболее эстетический метод решения данной проблемы.

Эталон ответа:

1. Включенный дефект фронтального отдела верхней челюсти IV класс по Кеннеди. 12 – перфорация медиальной стенки корня. Хронический гранулирующий периодонтит.
2. При наличии анатомических условий желателен изготовить керамические коронки на имплантатах. Если данной возможности нет, то желателен восстановление культей зубов стекловолоконными штифтами с последующим протезированием на них безметалловыми коронками на основе оксида алюминия и диоксида циркония. Более экономичное решение данной проблемы – восстановление зубного ряда металлокерамической конструкцией на штифтовых вкладках в опорных зубах.

Задание 41.

Больной К., 54-х лет, обратился с жалобами на неприятный запах изо рта, чувствительность зубов к холоду. Из анамнеза: 14 лет назад изготовлен мостовидный протез. При осмотре отмечено снижение высоты нижнего отдела лица, выраженность носогубных складок. Стираемость зубов, убыль твердых тканей на $\frac{1}{4}$ высоты коронки, оголение шеек и корней на 2-3 мм, повышение чувствительности к холодному, прикосновению зубной щетки или зубочистки. Десна бледного цвета, межзубные промежутки зияют. О П П К К О 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 О П П О Местный статус: стальной мостовидный протез на 24 и 26, пародонтальный карман глубиной 5 мм с дистальной поверхности 24, после удаления мостовидного протеза обнаружена подвижность 24 в дистальном направлении II степени, в вестибулооральном – в пределах нормы. На ортопантограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на $\frac{1}{3}$ длины корня, остеосклероз. Односторонний костный карман у дистальной поверхности 24 на $\frac{1}{2}$ длины корня, корневые каналы заполнены слабоконтрастным пломбирочным материал до верхушки. Расширение периодонтальной щели в периапикальной области.

1. Какие методы исследования позволяют определить плотность костной ткани в области дефекта?
2. Составьте план лечения.
3. Назначьте общее и местное лечение.

Эталон ответа:

1. Плотность костной ткани определяют с помощью эхоостеометрии в сравнении со здоровым частком симметричной стороны.
2. Снять мостовидный протез Противовоспалительное лечение пародонтального кармана.
3. Хирургическое лечение: 1) открытый кюретаж; 2) лоскутная операция с заполнением костного дефекта; 3) удаление зуба; 4) вживление имплантата в области отсутствующего 25.

Задание 42.

Больная, 20 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

1. Необходима консультация ревматолога.

Задание 43.

Больной, 19 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
3. Нет недостаточно.
3. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа.

Задание 44.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном слюнотечении. Из анамнеза выяснено, что час назад больная зевнула, после чего не смогла закрыть рот. Объективно: конфигурация лица изменена за счет удлинения нижней трети его и смещения подбородка кпереди. Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой. Собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков. Ткани впереди козелка уха слева и справа западают, а под скуловой дугой (с двух сторон симметрично) пальпируются сместившиеся головки мышечковых отростков. Пальпировать их через наружный слуховой проход не удастся. При попытке закрыть больной рот надавливанием на подбородочный отдел снизу вверх нижняя челюсть оказывает пружинящее сопротивление, что сопровождается болевыми ощущениями. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта справа и слева четко определяются сместившиеся кпереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

1. Какие данные необходимы для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях (на рентгенограммах, выполненных в боковых проекциях, будут четко определяться головки нижней челюсти, расположенные на передних скатах суставных бугорков, как справа, так и слева. Правая и левая суставные впадины будут свободны).

Задание 45.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?

2. Консультация каких специалистов необходима?

Эталон ответа:

1. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.

2. Консультация у оториноларинголога и невропатолога.

Задание 46.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.

2. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.

Задание 47.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?

Эталон ответа:

1. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 48.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики.

Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после травматического удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?

2. Консультация какого специалиста Вы назначите.

Эталон ответа:

1. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба.

2. Врача невролога.

Задание 49.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5°. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева).

Задание 50.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5. 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.

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

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Общее тяжелое состояние, ознобы, реакция лимфоузлов с обеих сторон, в полости рта коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.
3. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, общий анализ крови и мочи.

Задание 51.

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.

1. Ваш диагноз.

2. Его обоснование.

2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины.

3. Удаление 35,36,37 зубов, 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 секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание 52.

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. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

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.

3. 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.

Задание 53.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее лечила, но не до конца. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы. При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Ваш диагноз.

2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?

3. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

1. Данные жалобы, анамнеза, местного статуса соответствуют клинической характеристике острого гнойного периостита нижней челюсти слева.

2. Из анамнеза больной выяснено, что начало заболевания, связано с 38 зубом, который ранее недолечен. Учитывая то, что коронка его разрушена, можно полагать, что хронический воспалительный процесс в стадии обострения вначале локализовался в периодонтальной щели 38 зуба. По мере нарастания воспалительных явлений экссудат по системе фолькмановских и гаверсовых каналов проник через кортикальную пластинку нижней челюсти под надкостницу, тем самым давление в области периодонта уменьшилось, отчего и боли в 38 зубе стихли.

3. Ротовая полость не санирована. Имеет место наличие хронического воспалительного очага интоксикации и аллергизации организма.

Задание 54.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Дифференциальная диагностика с острым одонтогенным периоститом.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2. 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.

3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание 55.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание 56.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Несанированная полость рта.

Задание 57.

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 уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Не достаёт анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё 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.

Задание 58.

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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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 ограниченно 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 организуемым 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. Выставлен диагноз флегмона днв полости рта.

1. Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

1. 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.

Задание 59.

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 слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см. Выставлен диагноз обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.

1. Проведите обоснование диагноза

2. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.

2. Наличие хронического очага интоксикации и аллергизации организма у верхушки корня 41 зуба.

Задание 60.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной

области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное.

1. Каких данных не достаёт для постановки окончательного диагноза?

2. Ваш предполагаемый диагноз.

Эталон ответа:

1. Не достаёт данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

Задание 61.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.

2. Тактика лечения больного.

3. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.

3. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание 62.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова.

Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.

2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

Задание 63.

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

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса.

Задание 64.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопроотеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.

Задание 65.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.
4. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. 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.

3. Диагноз обоснован неполностью: отсутствует рентгенологическое исследование для выявления причинного зуба. Больному рекомендовано: рентгенологическое исследование нижней челюсти для выявления «причинного» зуба. Проведение общеклинических методов исследования (показатели крови, мочи и др).

4. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

Вопросы для собеседования.

1. Актуальность и цель системного анализа в медицине

Системный подход - знания мира, основанные на представлении о мире как о системе. Система рассматривается как комплекс элементов и отношений, взаимосвязанных между собой и функционирующих как единое целое. Явления и процессы, протекающие в природе и обществе, вещи и предметы рассматриваются как целостные системы, состоящие из подсистем и определенного набора элементов. Множество элементов, находящихся в отношениях и связях между собой, образуют определенную целостность, единство. Поэтому представление об изучаемом объекте как о целостной системе является исходным пунктом системного подхода, всякого системного изучения.

2. Что изучает статистика и какова ее роль в здравоохранении?

Количественные закономерности, состояние и динамику населения и системы здравоохранения, а также разрабатывающая методы статистического анализа клинических и лабораторных данных. Метод социальной диагностики, поскольку она позволяет дать оценку состояния здоровья населения страны, региона и на этой основе разработать меры, направленные на улучшение общественного здоровья.

3. Основные разделы медицинской статистики.

1. Статистика здоровья населения - изучает состояние здоровья населения в целом или его отдельных групп (путем сбора и статистического анализа данных о численности и составе населения, его воспроизводстве, о естественном движении, физическом развитии, распространенности различных заболеваний, продолжительности жизни и т.д.). Оценка показателей здоровья проводится в сопоставлении с общепринятыми оценочными уровнями и уровнями, полученными по различным регионам и в динамике.

2. Статистика здравоохранения - решает вопросы сбора, обработки и анализа информации о сети учреждений здравоохранения (их размещении, оснащении, деятельности) и кадрах (о численности врачей, среднего и младшего медицинского персонала, о распределении их по специальностям, стажу работы, о их переподготовке и т.д.). При анализе деятельности лечебно-профилактических учреждений осуществляется сопоставление полученных данных с нормативными уровнями, а также уровнями, полученными по другим регионам и в динамике.

3. Клиническая статистика - это использование статистических методов при обработке результатов клинических, экспериментальных и лабораторных исследований. Она позволяет с количественной точки зрения оценить достоверность результатов исследования и решить ряд других задач (определение объема необходимого числа наблюдений при выборочном исследовании, сформировать экспериментальную и контрольную группы, изучить наличие корреляционных и регрессионных связей, устранить качественную неоднородность групп и т. д.).

4. Основные направления применения статистических методов в медицине.

Эффективный сбор данных и обобщение полученных результатов. Сравнение и определение достоверности различия двух и более групп. Результаты. Изучение взаимосвязи между факторами и явлениями. Анализ динамики процессов. Анализ прогностических факторов.

5. Важнейшие медико-социальные проблемы современности.

Проблема численности и состава населения, проблема старения населения, проблема миграций + урбанизация, проблема рождаемости населения, проблема аборт (12,8 % в РБ), проблема смертности населения.

6. Задачи медицинской статистики

Изучение состояния здоровья населения, анализ количественных характеристик общественного здоровья. Выявление связей между показателями здоровья и различными факторами природной и социальной среды. Оценка влияния этих факторов на уровни здоровья населения, изучение материально-технической базы здравоохранения, анализ деятельности лечебно-профилактических учреждений, оценка эффективности (медицинской, социальной, экономической) проводимых лечебных, профилактических, противоэпидемических мероприятий и здравоохранения в целом, использование статистических методов при проведении клинических и экспериментальных медико-биологических исследований.

7. Основные показатели статистики населения

Возрастная структура населения - распределение населения по возрастным группам. Как правило, население распределяется по одногодичным или пятилетним группам и изображается графически в виде пирамиды возрастов (или показателей структуры — секторной диаграммой). Половая структура населения — распределение населения по полу. Как правило, изображается графически в виде секторной или внутрисклонной диаграммы по удельному весу мужчин и женщин среди населения. Наиболее наглядным и информативным является графическое изображение возрастной структуры населения в комбинации с половой структурой в виде возрастно-половой пирамиды.

8. Что такое системный анализ?

Метод научного анализа, метод решения крупных проблем, основанный на концепции систем. Системный анализ имеет выраженное прикладное направление, является методом решения конкретных проблем, и совокупность его методических приемов каждый раз должна соответствовать решаемой конкретной задаче. Основные принципы системного анализа вытекают из общих положений и методологических идей системного подхода, под влиянием и на основе которых он и возник.

9. Этапы и содержание проведения системного анализа

Анализ конкретной системы и ее компонентов, выявление и анализ имеющихся проблемных ситуаций, разработка моделей оптимизации системы, синтез оптимизированной системы, анализ результатов функционирования оптимизированной системы.

10. Методы проведения системного анализа

- а) по содержанию применения;
- вербальные методы;
- графические методы;
- экспертные методы;

- математического описания и моделирования систем, ее компонентов, проблемных ситуаций.

б) по цели использования

- методы упрощения систем используются для уменьшения сложности системы;

- методы оценки структурной адекватности позволяют оценить, насколько соответствуют друг другу отдельные подсистемы;

- методы оценки взаимодействия структурных частей направлены на изучение связей в системе;

- методы оценки устойчивости систем во времени и пространстве.

ОПК-4

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Жалобы - постоянная боль, "чувство выросшего зуба" характерны для:

1. хронического пульпита

2. острого периодонтита

3. хронического пульпита

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Если больной доставлен в приемное отделение без сознания:

1. жалобы и анамнез в истории болезни не записываются

2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

3. история болезни заполняется после нормализации состояния

Эталон ответа: 2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

1. под кожей

2. под мышцей

3. под надкостницей

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

1. гнойные выделения из носа

2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти

3. свищ на десне

Эталон ответа: 2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной

2. скуловой

3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи
2. атипические клетки при цитологическом исследовании пунктата
3. двустороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

1. зонд свободно проходит через лунку в пазуху
2. кровотечение из лунки
3. перелом альвеолярного отростка

Эталон ответа: 1. зонд свободно проходит через лунку в пазуху

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рентгенологическая картина хронического одонтогенного гайморита:

1. имеет место затемнение пазухи
2. изменения рисунка пазухи отсутствует
3. верного ответа нет

Эталон ответа: 1. имеет место затемнение пазухи

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:

1. симптом «слюнной колики»
2. ограниченное открывание рта II-III степеней
3. двустороннее поражение

Эталон ответа: 1. симптом «слюнной колики»

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы хронического паренхиматозного сиалоаденита:

1. симптом слюнной колики
2. редкие обострения процесса
3. из протока выделяется слюна с примесью слизи и иногда - гнойных включений

Эталон ответа: 3. из протока выделяется слюна с примесью слизи и иногда - гнойных включений

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Парез мимической мускулатуры имеет место при повреждении:

1. первая ветвь тройничного нерва
2. вторая ветвь тройничного нерва
3. лицевого нерва

Эталон ответа: 3. лицевого нерва

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения
2. наличие локальной гематомы, отек

3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. широкая возможность инфицирования ран

2. наличие локальной гематомы, отек

3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. широкая возможность инфицирования ран

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. артрит ВНЧС

2. нижняя макрогнатия

3. снижение высоты суставного бугорка

Эталон ответа: 3. снижение высоты суставного бугорка

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея

2. кровотечение из носа

3. патологическая подвижность нижней челюсти

Эталон ответа: 1. ликворея

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области

2. деформация носа, гематома

3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

Эталон ответа: 3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины околокорневой кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"

2. с нечеткими границами в области образования

3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Эталон ответа: 3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"

2. с четкими границами и тенью зуба в полости

3. с нечеткими границами в области образования и тенью зуба в полости

Эталон ответа: 2. с четкими границами и тенью зуба в полости

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1. гиперсаливация

2. частичная адентия
3. предраковые заболевания

Эталон ответа: 3. предраковые заболевания

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:

1. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
2. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

Эталон ответа: 3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:

1. жевания
2. сосания
3. нарушены все указанные функции

Эталон ответа: 2. Сосания

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:

1. слуха
2. речи
3. нарушены оба функции.

Эталон ответа: 2. речи

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

1. у хирурга-стоматолога
2. у хирурга-стоматолога и ортодонта
3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Эталон ответа: 3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптом перелома нижней челюсти:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. нарушение прикуса

Эталон ответа: 3. нарушение прикуса

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 20 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.

Задание 2.

Больной, 19 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта. Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
3. Нет недостаточно.
3. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа.

Задание № 3.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном слюнотечении. Из анамнеза выяснено, что час назад больная зевнула, после чего не смогла закрыть рот. Объективно: конфигурация лица изменена за счет удлинения нижней трети его и смещения подбородка кпереди. Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой. Собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков. Ткани впереди козелка уха слева и справа западают, а под скуловой дугой (с двух сторон симметрично) пальпируются сместившиеся головки мышечных отростков. Пальпировать их через наружный слуховой проход не удастся. При попытке закрыть больной рот надавливанием на подбородочный отдел снизу вверх нижняя челюсть оказывает пружинящее сопротивление, что сопровождается болевыми ощущениями. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта справа и слева четко определяются сместившиеся кпереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные необходимы для уточнения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. Рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях (на рентгенограммах, выполненных в боковых проекциях, будут четко определяться головки нижней челюсти, расположенные на передних скатах суставных бугорков, как справа, так и слева. Правая и левая суставные впадины будут свободны).

Задание 4.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица

не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Консультация каких специалистов необходима?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1. зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.
3. Консультация у оториноларинголога и невропатолога.

Задание 5.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва справа.

Задание 6.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.

2. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 7.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики.

Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после травматического удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Консультация какого специалиста Вы назначите.

Эталон ответа:

1. Неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба.
3. Врача невролога.

Задание 8.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5°. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева)

Задание 9.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5. 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.

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

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Общее тяжелое состояние, ознобы, реакция лимфоузлов с обеих сторон, в полости рта коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.
3. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, общий анализ крови и мочи.

Задание 10.

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.

1. Ваш диагноз.
2. Его обоснование.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины.

Задание 11.

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. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

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.
 3. 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.

Задание 12.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее лечила, но не до конца. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы. При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Ваш диагноз.
2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?
3. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

1. Данные жалобы, анамнеза, местного статуса соответствуют клинической характеристике острого гнойного периостита нижней челюсти слева.
2. Из анамнеза больной выяснено, что начало заболевания, связано с 38зубом, который ранее лечен, но не до конца. Учитывая то, что коронка его разрушена, можно полагать, что хронический воспалительный процесс в стадии обострения вначале локализовался в периодонтальной щели 38 зуба. По мере нарастания воспалительных явлений экссудат по системе фолькмановских и гаверсовых каналов проник через кортикальную пластинку нижней челюсти под надкостницу, тем самым давление в области периодонта уменьшилось, отчего и боли в 38 зубе стихли.
3. Ротовая полость не санирована. Имеет место наличие хронического воспалительного очага интоксикации и аллергизации организма.

Задание 13.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дифференциальная диагностика с острым одонтогенным периоститом.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. 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.
3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 окологлазничных 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. 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.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 2.7. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Несанированная полость рта.

Задание № 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 уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Не достаёт анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё 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.

Задание № 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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.

2. 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.

Задание № 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 слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
3. Наличие хронического очага интоксикации и алергизации организма у верхушки корня 41 зуба.

Задание № 19.

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, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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 челюстно-язычного желобка справа. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.
2. Более полный диагноз зависит от результатов рентгенологического исследования.

Задание № 20.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

1. Не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

Задание № 21.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения больного.
3. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.

3. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 22.

Больной, 32 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.

2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 23.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадищелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.

2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

Задание № 24.

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

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.

2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса

Задание № 25.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным

потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительн, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопроотеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Ваш предворительный диагноз.
2. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры как минимум.

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.
4. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. 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.
3. Диагноз обоснован не полностью: отсутствует рентгенологическое исследование для выявления причинного зуба. Больному рекомендовано: рентгенологическое исследование нижней челюсти для выявления «причинного» зуба. Проведение общеклинических методов исследования (показатели крови, мочи и др).
4. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 окологлазничных 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. Какой важный симптом острого одонтогенного остеомиелита не обозначен?
4. План лечения больного.

Эталон ответа:

1. 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. Симптом Венсана, но он непостоянен.
4. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 28.

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 35, 36, 37 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Когда приступают к оперативному вмешательству фистулосеквестрнекрэктомии?
4. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.

Задание № 29.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел

27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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 на ткани 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.

2. 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.

Задание № 30.

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°С, 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. Конъюктива 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. Ваш диагноз.

2. С чем связано наличие отека обеих век левого глаза? И участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18.
2. 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. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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?

Эталон ответа:

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 левой височной области.
3. 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.

Задание № 32.

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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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

ограниченно 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 организуемым кровяным сгустком, покрытым фибриновым 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. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.
3. На каком основании ставится диагноз?
4. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).
3. 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.
4. 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.

Задание № 33.

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. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.
3. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

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. 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.
3. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание № 34.

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 поднижнечелюстная 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 массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?
2. Каких данных объективного и дополнительного методов исследования недостает для постановки диагноза.
3. Предложите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования Вы предложите для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Недостает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достает данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
3. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
4. 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.

Задание № 35.

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 нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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, гиперемизированные. 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?

Эталон ответа:

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.

Задание № 36.

Больная, 53 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненной припухлости в левой щечной области, ограниченное открывание рта. Из анамнеза выявлено, что в течение четырех лет она находится на диспансерном наблюдении и лечении у стоматолога по поводу хронического двустороннего паренхиматозного паротита. Около двух месяцев назад находилась на лечении в стоматологическом стационаре по поводу флегмоны левой щечной области. Произведено вскрытие флегмоны, получен гнойный экссудат. Зубы не удалялись. Около трех недель назад вновь появилось уплотнение и припухлость в нижних отделах левой щечной области. В течение нескольких дней боль отсутствовала, затем появилась незначительная болезненность. Четыре дня назад боль усилилась, появилось покраснение кожи. Объективно: в нижних отделах левой щечной области определяется воспалительный инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см. с нечеткими границами, слегка болезненный. Кожа над ним незначительно гиперемизирована, синюшна, в складку не собирается. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, слабо болезненный лимфатический узел. Открывание рта ограничено за счет болезненности, однако постепенно удалось открыть рот полностью. Слизистая оболочка левой щеки отечна, цианотична. Из левого околоушного протока слюна не выделяется. Из правого околоушного протока слюна выделяется в небольшом количестве с хлопьями.

1. Каких сведений не хватает для постановки диагноза?

2. В чем ошибка врачей, ранее лечивших больную?

4. Какие сведения являются несущественными для постановки основного диагноза?

Эталон ответа:

1. Данных клинического осмотра о наличии или отсутствии симптома флюктуации, симптомов интоксикации, состояния зубов; данных рентгенологического обследования о наличии и характере очагов инфицирования клетчатки; данных цитологического исследования пунктата или отделяемого гнойного очага на предмет выявления признаков, характеризующих специфический воспалительный процесс.

2. Ошибка врачей, ранее лечивших больную, в том, что они, по-видимому, не выявили и не провели лечения очагов хронического одонтогенного (или другого) инфицирования, т.к. в анамнезе эти сведения отсутствуют. Это вероятнее всего послужило причиной повторного обострения воспалительного процесса.

4. Несущественными для данного заболевания являются сведения, характеризующие наличие у больной хронического двустороннего паротита, как сопутствующего заболевания

Задание № 37.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное. Патологической подвижности фрагментов определить не удалось из-за наличия инфильтрации тканей.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Назначьте план обследования для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. Для постановки окончательного диагноза не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

3. Необходимо рентгенологически обследовать область перелома на предмет выявления деструкции костной ткани, образования теней секвестров.

Задание № 38.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резкой болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через

лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижне-челюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 35 со смещением отломков.
2. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать: нагноение мягких тканей, нагноение гематомы, абсцедирование лимфатического узла, нагноение костной раны, развитие хронического посттравматического остеомиелита.
3. Признаком, несущественным для диагностики флегмоны, является онемение нижней губы и кожи подбородка на пораженной стороне. Эти признаки характерны для симптома Венсана, который развивается при остром остеомиелите нижней челюсти в области моляров.

Задание № 39.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат,

локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.
2. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 47,46. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Задание № 40.

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

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение, и формирование абсцесса.
3. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующей о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно

применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?
2. С чем связано абсцедирование?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.
2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).

Задание № 42.

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

Предварительный диагноз - Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит.

Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.

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

Эталон ответа:

1. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
2. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.
3. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
2. 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.
3. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.

Задание № 44.

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?

Эталон ответа:

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 хватает данных рентгенологического обследования, указывающих на точную локализацию и объем поражения.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточно раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.

Задание № 45.

Больной, 28 лет, поступил в клинику с диагнозом: слепое осколочное ранение позадищелюстной области и верхнебоковой области шеи слева. В результате ранения перенес массивную кровопотерю. Диагностирован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удалено инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с

введением дренажей. Через двое суток стали нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю переднебоковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боль в области раны усиливалась, затем присоединилась боль в области грудной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.

Задание № 46.

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. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Для чего назначается антибактериальная терапия при переломах?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
2. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а так же на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.

3. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.
4. Нет, не имеет.

Задание № 47.

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 мышечного отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечного 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 – линия перелома в области основания мышечного отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. На какое время накладывается эластическая тяга и почему?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышечного отростка со смещением отломков.
2. Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышечного отростка: болезненная пальпация слева в области ветви, надавливание на подбородок вызывает боль в области мышечного отростка слева. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
4. Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет, т.к. перелом консолидирован.

Задание № 48.

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

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышечного 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 мышечковых 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.

Задание № 49.

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 яма 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. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?
4. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
2. 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.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
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.

Задание № 50.

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. Поставьте диагноз.
2. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
3. Проведите обоснование диагноза.
4. Принцип лечения переломов верхней челюсти.

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Не хватает данных рентгенологического обследования.

3. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в область нижних век с обеих сторон, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние.
4. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).

Задание № 51.

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. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
4. Консультация какого специалиста необходима для больного?

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. 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 нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».
3. Не достаёт данных рентгенологического обследования.
4. Консультация врача-невропатолога.

Задание № 52.

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 осмотре полости рта виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом 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. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?
4. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
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.
4. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

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 двучелюстных назубных шин снова появилась припухлость в окологлазничных 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?
4. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический 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
4. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый

приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой и III-ей ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?
4. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, скорее всего, к курковым зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва.
2. Следует провести обследование больного у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы - В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
3. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии, что соответствует вирусной теории в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.
4. Нет, не является.

Задание № 55.

Больная, 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у врача-невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к врачу-стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Чем обусловлена необходимость консультации больной у врача-стоматолога?
3. Имеет ли значение в описанной клинической ситуации операция аппендэктомии?

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

2. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.
3. Не имеет.

Задание № 56.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.
3. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.

Задание № 59.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Врач-стоматолог хирург удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Пальпация точек Валле безболезненна. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба, несостоятельная биологическая «повязка» лунки (сгусток).
3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации подбородочного нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.
4. От невралгии неврит отличается тем, что при невралгии имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.

Задание № 60.

Больной 63 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа.

Продолжительность болей 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше. Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, вскрыта оболочка кисты, эвакуирован гнойный экссудат, рана дренирована. Адекватное медикаментозное лечение. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, страдает артериальной гипертензией. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Правильна ли тактика лечения врача-стоматолога?
4. Чем объяснить то обстоятельство, что после устранения причины боли остаются?

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Вероятная причина - грубая хирургическая травма.
3. В целом тактически врач действовал верно.
4. Во время цистэктомии и ампутации верхушки корня 15 зуба, вероятно, была допущена ошибка: слишком большой захват прилежащих костных структур и повреждение средних верхних зубных сплетений.

Задание № 61.

Больная 27 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные сильные боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Боли иррадиируют в ухо и височную область справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения 45 зуба по поводу периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы справа увеличены незначительно, малоболезненны. Определяется гипестезия в области кожи подбородка и нижней губы справа. В 45 зубе на жевательной поверхности - пломба, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа : канал 45 зуба запломбирован, за верхушкой корня 45 зуба имеется рентгеноконтрастная тень размером 0,5 на 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.

1. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
2. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
3. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).

Эталон ответа:

1. Причина развития заболевания – избыточное выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, сдавление конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна.
2. Сдавлением конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна. Этим и обусловлено резкое ухудшение проводимости нерва и выраженные боли в нем в сочетании с нарушениями чувствительности.
3. Избыток пломбировочного материала, попавшего в нижнечелюстной канал, необходимо удалить, тем самым провести декомпрессию нервного ствола и облегчить состояние больного, в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.

Задание № 62.

Ребенок 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. При осмотре: температура 38,0° С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид. анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.

Задание № 63.

Пациентка 58 лет, полного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождалось резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз.
2. Имеющихся данных достаточно.
3. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД.

Задание № 64.

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнояного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойнокрошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
4. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсибилизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.
3. Наиболее патогномичные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.
4. Для уточнения диагноза необходимо использовать кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутривожно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично, вводится столько же стерильного мясоептонного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введённый антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуноспецифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщу из зоны поражения.

Задание № 65.

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно 56 уменьшается, вместе с этим ослабевают интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения конкремента.
3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.

1. Дайте классификацию методов обследования больного.

Эталон ответа:

1. Основные.

- Выяснение жалоб
- Анамнез заболевания
- Анамнез жизни
- Сопутствующие и перенесённые болезни
- вредные привычки
- аллергия и непереносимость
- профессиональные вредности,
- эпидемиологический анамнез и др.

2. Осмотр

- Общий осмотр
- Осмотр челюстно-лицевой области

3. Дополнительные

- Рентгенологические
- Магниторезонансная томография
- Сонография (УЗС)
- Электроодонтометрия
- Трансиллюминация (диагностика кариеса)
- Флюоресценция (диагностика рака полости рта)
- Прочие

4. Лабораторные

- Анализы крови (общий, биохимический и др.)
- Микробиологические исследования
- Морфологическое исследование
- Другие

2. В каких случаях противопоказано рентгенологическое обследование?

Эталон ответа:

Противопоказана женщинам в период вынашивания малыша, ведь радиация может оказать негативное воздействие на плод. Также необходимо отказаться от процедуры при общем тяжелом состоянии пациента, а также наличии у него пневмоторакса или сильного кровотечения. Еще причиной отказа от исследования может крыться в повышенной чувствительности к препаратам йода, заболеваниях щитовидной железы, тяжелых повреждениях печени и почек, активном туберкулезе, поражениях сердечной мышцы, нарушениях сердечного ритма, высоком или низком АД, повышенной свертываемости крови.

3. Дайте определения сиалографии.

Эталон ответа:

Контрастное рентгенографическое исследование слюнных желез. Данное исследование проводится пациентам с подозрением/наличием болезни Шегрена. Исследование выполняет врач-стоматолог. Проводится введение контраста в проток слюнной железы с последующим рентгенографическим исследованием.

4. Преимущества к проведению рентгенографии

Эталон ответа:

Не требует специальной подготовки, широкая доступность и легкость ее выполнения, возможность полученный результат использовать у докторов разного направления, дешевизна, кроме диагностирования, когда результаты получают в цифровом виде.

5. Для чего используют морфологическое исследование в челюстно-лицевой хирургии?

Эталон ответа:

Это объективные методы исследования, которые являются неотъемлемой частью современного лечебно-диагностического процесса и позволяют получать достоверную информацию о состоянии органов и тканей больного. В современной медицине материал для морфологического исследования получают, преимущественно, при хирургических операциях и при проведении биопсии (прижизненное взятие небольшого образца ткани с диагностической целью).

6. Местные признаки воспаления.

Эталон ответа:

Краснота (rubor), припухлость (tumor), повышение местной температуры, или жар (calor), боль (dolor), нарушение функций (functio laesa).

7. Общие признаки воспаления.

Эталон ответа:

Комплекс системных изменений, сопровождающих острое воспаление, называют ответом острой фазы или синдромом системного воспалительного ответа. Лейкоцитоз - реакция системы крови, изменение СОЭ, чаще всего в сторону ускорения (из-за изменения соотношения белковых фракций крови), лихорадка - изменение температурного гомеостаза под влиянием пирогенов.

8. Можно ли выполнять электроодонтометрию при наличии у пациента кардиостимулятора?

Эталон ответа:

Электроодонтодиагностика противопоказана пациентам с кардиостимуляторами. Также её нельзя провести на зубе с пломбой из амальгамы, с искусственной коронкой из металлокерамики и на зубах, расположенных близко к вышеуказанным, поскольку близость металла исказит результаты.

9. Методы диагностики рака полости рта.

Эталон ответа:

1. Первичная:

- а) биопсия опухоли;
- б) пункционная биопсия лимфатических узлов.

2. Уточняющая:

- а) ультразвуковое исследование шеи;
- б) рентгенография костей черепа;
- в) рентгенография грудной клетки.

10. С чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании у больного с флегмоной подвисочной ямки.

Эталон ответа:

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.

ОПК-5

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли

Эталон ответа: 3. иссечение опухоли

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. криодеструкцию
3. лучевую терапию

Эталон ответа: 2. криодеструкцию

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К хирургическим методам лечения злокачественных новообразований челюстно-лицевой области относят:

1. химиотерапию
2. СВЧ-гипертерапию
3. лучевую терапию

Эталон ответа: 2. СВЧ-гипертерапию

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Показаниями к удалению зубов являются:

1. хронический периодонтит, не подлежащий лечению, зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления, корни и периодонтитные зубы из линии перелома
2. гангренозный пульпит, кариес
3. боли в области нижней челюсти

Эталон ответа: 1. хронический периодонтит, не подлежащий лечению, зубы с непроходимыми каналами, острые воспаления, корни и периодонтитные зубы из линии перелома

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают:

1. с невротомии
2. с трактотомии
3. с блокад анестетиком

Эталон ответа: 3. с блокад анестетиком

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится:

1. параневрально
2. в курковую зону
3. по типу инфльтрационной анестезии

Эталон ответа: 1. параневрально

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять:

1. наряду с блокадами анестетиков
2. при впервые диагностированном состоянии
3. после безуспешной консервативной терапии

Эталон ответа: 3. после безуспешной консервативной терапии

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва проводят раствором спирта в концентрации:

1. 20%
2. 40%
3. 80%

Эталон ответа: 3. 80%

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Эталон ответа: 3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. метод Адамса

Эталон ответа: 3. метод Адамса

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. остеосинтез по Макиенко

Эталон ответа: 3. остеосинтез по Макиенко

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. лобно-челюстной остеосинтез

Эталон ответа: 3. лобно-челюстной остеосинтез

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. метод Адамса
3. остеосинтез минипластинами

Эталон ответа: 3. остеосинтез минипластинами

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для фиксации фрагментов нижней челюсти используются внеротовые аппараты:

1. шина Порта
2. аппарат Збаржа
- 3) аппарат Рудько

Эталон ответа: 3. аппарат Рудько

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Остеосинтез по Макиенко проводится:

1. спицей
 2. минипластинами
 3. стальной проволокой
- Эталон ответа:* 1. спицей

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. ежедневно
 2. ежемесячно
 3. еженедельно
- Эталон ответа:* 3. еженедельно

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диета пациентов с переломами челюстей:

1. трубочная (1)
 2. трубочная (15)
 3. общий стол (15)
- Эталон ответа:* 2. трубочная (15)

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1. Порта
 2. Ванкевича
 3. Тигерштедта
- Эталон ответа:* 1. Порта

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти применяется шина:

1. Порта
 2. Ванкевича
 - 3) Тигерштедта
- Эталон ответа:* 1. Порта

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются:

1. из стали
 2. из бронзы
 3. из титана
- Эталон ответа:* 3. из титана

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. шпатель
 2. распатор
 3. крючок Лимберга
- Эталон ответа:* 3. крючок Лимберга

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для реопозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. шпатель
2. распатор
3. крючок Карапетяна

Эталон ответа: 3. крючок Карапетяна

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна:

1. внеротовой
2. внутриротовой
3. через верхнечелюстную пазуху

Эталон ответа: 2. внутриротовой

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

1. у хирурга-стоматолога
2. у хирурга-стоматолога и ортодонта
3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Эталон ответа: 3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить:

1. язык
2. скуловую кость
3. лицевую артерию

Эталон ответа: 3. лицевую артерию

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Разрез при флегмонах дна полости рта достаточен, если он сделан:

1. в области флюктуации
2. в проекции корня языка
3. на всю ширину инфильтрата

Эталон ответа: 3. на всю ширину инфильтрата

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 20 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Необходима консультация ревматолога.

Задание 2.

Больной, 19 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта.

Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес

остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
3. Нет недостаточно.
3. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа.

Задание № 3.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном слюнотечении. Из анамнеза выяснено, что час назад больная зевнула, после чего не смогла закрыть рот. Объективно: конфигурация лица изменена за счет удлинения нижней трети его и смещения подбородка кпереди. Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой. Собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков. Ткани впереди козелка уха слева и справа западают, а под скуловой дугой (с двух сторон симметрично) пальпируются сместившиеся головки мышечковых отростков. Пальпировать их через наружный слуховой проход не удастся. При попытке закрыть больной рот надавливанием на подбородочный отдел снизу вверх нижняя челюсть оказывает пружинящее сопротивление, что сопровождается болевыми ощущениями. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта справа и слева четко определяются сместившиеся кпереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. Вправление вывиха, НПВС, иммобилизация на 10-12 дн.

Задание 4.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Консультация каких специалистов необходима?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Консультация у оториноларинголога и невропатолога.

Задание 5.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.

Задание 6.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.

Задание 7.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после травматического удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Консультация какого специалиста Вы назначите.

Эталон ответа:

1. Неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Врача невролога.

Задание 8.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5°. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. План лечения: Госпитализация больного, удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

Задание 9.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5. 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.

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

Эталон ответа:

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, общий анализ крови и мочи.

Задание 10.

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.

1. Ваш диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Удаление 35,36,37 зубов, 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 секвестрэктомия в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание 11.

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.

Эталон ответа:

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.

Задание 12.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее лечила, но не до конца. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы. При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Ваш диагноз.

2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?

Эталон ответа:

1. Данные жалобы, анамнеза, местного статуса соответствуют клинической характеристике острого гнойного периостита нижней челюсти слева.
2. Из анамнеза больной выяснено, что начало заболевания, связано с 38 зубом, который ранее недолен. Учитывая то, что коронка его разрушена, можно полагать, что хронический воспалительный процесс в стадии обострения вначале локализовался в периодонтальной щели 38 зуба. По мере нарастания воспалительных явлений экссудат по системе фолькмановских и гаверсовых каналов проник через кортикальную пластинку нижней челюсти под надкостницу, тем самым давление в области периодонта уменьшилось, отчего и боли в 38 зубе стихли.

Задание 13.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дифференциальная диагностика с острым одонтогенным периоститом.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.

2. 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.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.

2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.

2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения.

Задание № 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 уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Не достаёт анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё 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.

Задание № 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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. 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 организуемым 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. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. 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.

Задание № 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 слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Ваш диагноз.
2. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.
2. Наличие хронического очага интоксикации и аллергии организма у верхушки корня 41 зуба.

Задание № 19.

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, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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 челюстно-язычного желобка справа. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.
2. Более полный диагноз зависит от результатов рентгенологического исследования.

Задание № 20.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастают. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

1. Не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

Задание № 21.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на

наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения больного.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.

Задание № 22.

Больной, 32 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 23.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадищелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова.

Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Операция вскрытия и дренирование гнояника. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 24.

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

1. Ваш диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.

2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса

Задание № 25.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопропротеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры как минимум.

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.
3. План лечения: комплексное - госпитализация больного, удаление «причинного» зуба. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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. План лечения больного.
3. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.
3. 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.

Задание № 28.

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 35, 36, 37 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Когда приступают к оперативному вмешательству фистулосеквестрнекрэктомии?
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.

3. Удаление 35,36,37 мелких 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 секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание № 29.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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 на ткани 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план лечения.

3. Местное лечение.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.

2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения. Перевязки.

3. Больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами.

Дренажи в последующем или меняются с промыванием раны растворами антисептиков, или подтягиваются до момента прекращения гноетечения.

Задание № 30.

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°С, 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. Конъюктива обоих 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. Ваш диагноз.
2. План лечения.
3. Целесообразно ли в данном случае применение активного дренирования раневого диализа.
4. С чем связано наличие отека обоих век левого глаза? И участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18.
2. Удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их, дренирование раны. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.
3. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа.
4. 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. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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. В каком случае присоединяется отек век?
3. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения?

Эталон ответа:

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. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.
3. Необходимо учитывать два обстоятельства: наличие и характер причин развития воспаления; точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Задание № 32.

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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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 ограниченно 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 организуемым 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. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.
3. Опишите методику оперативного лечения.
4. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).
3. Под наркозом или под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией 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 и фиксируются. Накладывается асептическая повязка. Берется мазок для определения чувствительности к микрофлоры к антибиотикам.
4. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеоомы.

Задание № 22.

Больной, 32 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено

удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 33.

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.

Эталон ответа:

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. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного лечения. Устранение причины абсцедирования - лечение хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно проведение операции резекции верхушки корня 41, или его удаление.

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 расщепляются 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.

Задание № 34.

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 поднижнечелюстная 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 анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?

2. Какие дополнительные методы исследования Вы предложите для уточнения диагноза?

3. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.

2. 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.

3. 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.

Задание № 35.

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 нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

Эталон ответа:

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. 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.
3. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.

Задание № 36.

Больная, 53 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненной припухлости в левой щечной области, ограниченное открывание рта. Из анамнеза выявлено, что в течение четырех лет она находится на диспансерном наблюдении и лечении у стоматолога по поводу хронического двустороннего паренхиматозного паротита. Около двух месяцев назад находилась на лечении в стоматологическом стационаре по поводу флегмоны левой щечной области. Произведено вскрытие флегмоны, получен гнойный экссудат. Зубы не удалялись. Около трех недель назад вновь появилось уплотнение и припухлость в нижних отделах левой щечной области. В течение нескольких дней боль отсутствовала, затем появилась незначительная болезненность. Четыре дня назад боль усилилась, появилось покраснение кожи. Объективно: в нижних отделах левой щечной области определяется воспалительный инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см. с нечеткими границами, слегка

болезненный. Кожа над ним незначительно гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, слабо болезненный лимфатический узел. Открывание рта ограничено за счет болезненности, однако постепенно удалось открыть рот полностью. Слизистая оболочка левой щеки отечна, цианотична. Из левого околоушного протока слюна не выделяется. Из правого околоушного протока слюна выделяется в небольшом количестве с хлопьями.

1. Каких сведений не достает для постановки диагноза?
2. В чем ошибка врачей, ранее лечивших больную?
3. Консультация какого специалиста Вы назначите больной?
4. Какие сведения являются несущественными для постановки основного диагноза?

Эталон ответа:

1. Данных клинического осмотра о наличии или отсутствии симптома флюктуации, симптомов интоксикации, состояния зубов; данных рентгенологического обследования о наличии и характере очагов инфицирования клетчатки; данных цитологического исследования пунктата или отделяемого гнойного очага на предмет выявления признаков, характеризующих специфический воспалительный процесс.
2. Ошибка врачей, ранее лечивших больную, в том, что они, по-видимому, не выявили и не провели лечения очагов хронического одонтогенного (или другого) инфицирования, т.к. в анамнезе эти сведения отсутствуют. Это вероятнее всего послужило причиной повторного обострения воспалительного процесса.
3. Врач-инфекционист.
4. Несущественными для данного заболевания являются сведения, характеризующие наличие у больной хронического двустороннего паротита, как сопутствующего заболевания

Задание № 37.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное. Патологической подвижности фрагментов определить не удалось из-за наличия инфильтрации тканей.

1. Каких данных не достает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назначте план обследования для уточнения диагноза.
4. Наметете план обследования и лечения.
5. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Для постановки окончательного диагноза не достает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.
3. Необходимо рентгенологически обследовать область перелома на предмет выявления деструкции костной ткани, образования теней секвестров.
4. При подтверждении диагноза остеомиелита необходимо произвести удаление секвестров из линии перелома, вскрыть и провести лечение флегмоны.
5. После стихания острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 38.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижне-челюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
4. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 35 со смещением отломков.
2. Вскрытие флегмоны. Антисептическая обработка лунки 35 и ее рыхлая тампонада йодоформным тампоном для разобщения костной раны от полости рта. Наложение резиновой тяги.
3. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать: нагноение мягких тканей, нагноение гематомы, абсцедирование лимфатического узла, нагноение костной раны, развитие хронического посттравматического остеомиелита.
4. Признаком, несущественным для диагностики флегмоны, является онемение нижней губы и кожи подбородка на пораженной стороне. Эти признаки характерны для симптома Венсана, который развивается при остром остеомиелите нижней челюсти в области моляров.

Задание № 39.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите особенности оперативного вмешательства.
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.
2. Вскрытие флегмоны, удаление «причинного» 47, проведение общего и местного противовоспалительного, общеукрепляющего, симптоматического лечения в условиях стационара.
3. Особенности оперативного вмешательства является то, что вскрытие флегмоны, учитывая объем воспаления, должно проводиться внеротовым доступом из поднижнечелюстной области. При этом надо вскрыть поднижнечелюстное, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства справа.
4. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 47,46. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Задание № 40.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. Объективно: в правой поднижнечелюстной

области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см.

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Какова тактика ведения больного после выписки из отделения?

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение, и формирование абсцесса.
3. Вскрытие абсцесса корня языка внеротовым доступом, госпитализация для проведения местного и общего консервативного лечения в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.
4. В случае сформирования свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. В 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?
2. С чем связано абсцедирование?
3. Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.
2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
3. Под местной инфильтрационной или под язычной анестезией справа производится разрез слизистой оболочки языка в продольном направлении на боковой поверхности ближе к спинке, во избежание повреждения язычной артерии, вены и нерва. Разрез проводится на всю длину инфильтрата. Далее тупым путем проникают в полость абсцесса, эвакуируют гнойное отделяемое, делают ревизию и вводят резиновые выпускники.

Задание № 42.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована

одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, появились коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопроотеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие исследования необходимо дополнительно провести для подтверждения диагноза?
3. Где дальше (после вскрытия флегмоны) должен лечиться больной?
4. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии неадекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Необходимо перевести больного в стационар общехирургического профиля, где будут исследованы печень и почки, так как есть клинические данные за развитие в них метастатических гнойных очагов.
4. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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.
2. В каком отделении должен лечиться больной?
3. Каков план лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
2. В отделение интенсивной терапии, т.к. нуждается в интенсивном лечении.
3. Ревизия вскрытых клетчаточных пространств.

Консультация хирурга общего профиля. Проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержание и восстановление жизненно важных функций.

Задание № 44.

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. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?
4. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие переднего медиастинита.
2. С торакальным хирургом и врачом-анестезиологом.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточно раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.
4. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 45.

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

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. С чем может быть связано развитие осложнений?
3. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.
2. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.
3. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 46.

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. 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. 1. Поставьте диагноз.

1. Составьте план лечения.
2. Для чего назначается антибактериальная терапия при переломах?

Эталон ответа:

1. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии.
2. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.

Задание № 47.

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 мышцелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышцелкового 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 – линия перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. На какое время накладывается эластическая тяга и почему?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением отломков.
2. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
4. Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет, т.к. перелом консолидирован.

Задание № 48.

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. 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.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки диагноза?
3. План лечения при переломе.
4. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

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. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга.
4. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 49.

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. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?
4. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
2. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями и межчелюстная фиксация на период лечения.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
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.

Задание № 50.

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. Поставьте диагноз.
2. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
3. Принцип лечения переломов верхней челюсти.
4. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Не хватает данных рентгенологического обследования.
3. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).
4. Оперативное лечение подвешивания верхней челюсти с использованием минипластин. Назубные двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением працевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 51.

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. Поставьте диагноз.
2. Консультация какого специалиста необходима для больного?
3. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. Консультация врача-невропатолога.
3. Оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон, минипластины и др.), подвешивания верхней челюсти. Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксилярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением працевидной повязки. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 52.

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 осмотре полости рта виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?

2. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должен лечиться больной?
3. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?
4. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
2. В отделении сочетанной травмы.
3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.
4. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. 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 двучелюстных назубных шин снова появилась припухлость в окологлазничных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. 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. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический остеомиелит нижней челюсти справа,
2. Общеклиническое обследование больного. При наличии секвестра с сформированной секвестральной «капсулой» - операция фистулосеквестрнекрэктомии в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Адекватное медикаментозное лечение.
3. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой и III-ей ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Наметьте план лечения.

3. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, скорее всего, к курковым зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва.

2. Следует провести обследование больного у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным.

Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы - В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.

3. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии, что соответствует вирусной теории в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.

Задание № 55.

Больная, 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у врача-невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к врачу-стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. План лечения.

3. Чем обусловлена необходимость консультации больной у врача-стоматолога?

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

2. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным.

Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.

3. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.

Задание № 56.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по

поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1. зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы -В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
3. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парэстезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.
4. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
4. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева.
2. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
3. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
4. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?
4. Перечислите основные этапы хирургического вмешательства, которое может быть показано в данном случае?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.
3. Необходимо тщательно выполнять требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.
4. После анестезии выкраивается полуовальный или трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, обращенный основанием к переходной складке с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти на уровне 4.5-4.7 зубов. Бором перфорируется, а затем удаляется компактная пластинка в проекции пломбировочного материала. Осторожно удаляя губчатую кость, обнаруживают и убирают пломбировочный материал. Костный дефект возможно заместить биосинтетическим остеоиндуктивным материалом. Рану ушивают.

Задание № 59.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Врач-стоматолог хирург удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Пальпация точек Валле безболезненна. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. От невралгии неврит отличается тем, что при невралгии имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.
3. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарств («коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1-1мл, витамины В1 и В6 по 1 мл.). Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить большой транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов(тегретол, этосуксимид). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект.

Задание № 60.

Больной 63 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность болей 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше. Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, вскрыта оболочка кисты, эвакуирован гнойный экссудат, рана дренирована. Адекватное медикаментозное лечение. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, страдает артериальной гипертензией. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Поскольку причина (околокорневая киста) удалена, следует лечить возникшее состояние травматического неврита: использование лекарств («коктейля»: лидокаин 2% 4 мл, платифиллин 0,1 1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл по типу инфильтрационной анестезии. процедура-1 раз в сутки, в течение 7-8 дней). Также назначить транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков. Также назначить физиотерапию. Комплексное лечение в течение 3-4 недель.

Задание № 61.

Больная 27 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные сильные боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Боли иррадиируют в ухо и височную область справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения 45 зуба по поводу периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы справа увеличены незначительно, малоболезненны. Определяется гипосестезия в области кожи подбородка и нижней губы справа. В 45 зубе на жевательной поверхности - пломба, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа : канал 45 зуба запломбирован, за верхушкой корня 45 зуба имеется рентгеноконтрастная тень размером 0,5 на 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.

2. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
3. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Сдавлением конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна. Этим и обусловлено резкое ухудшение проводимости нерва и выраженные боли в нем в сочетании с нарушениями чувствительности.
3. Избыток пломбировочного материала, попавшего в нижнечелюстной канал, необходимо удалить, тем самым провести декомпрессию нервного ствола и облегчить состояние больного, в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.
4. Местная проводниковая анестезия, обнажения костной ткани в проекции нахождения избытка пломбировочного материала. С помощью бормашин вскрытие кортикальной пластинки нижней челюсти, создание «окна» в кости, аккуратное удаление пломбировочного материала. Промывание костной полости антисептиками, закрытие дефекта в кости ранее выпиленной костной пластинкой, ушивание раны. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, анальгетики, антигистамины. Ежедневный уход за швами, контроль за процессом заживления. Обычно такая тактика приводит к успеху: исчезают болевые ощущения, нормализуется тактильная и температурная чувствительность в зоне подбородочного нерва. Однако это процесс длительный, занимает несколько недель или даже месяцев.

Задание № 62.

Ребенок 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. При осмотре: температура 38,0° С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5 мл. подкожно.

Задание № 63.

Пациентка 58 лет, полного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождалось резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
3. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?
4. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента?

амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз.
2. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД.
3. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы.
4. Амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией.

Задание № 64.

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойнокрошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Лечение может быть иммунонеспецифическим (большие дозы антибиотиков, противогрибковые препараты, соли тяжёлых металлов, малые дозы рентгеновского излучения) и иммуноспецифическим (лечение актинолизатом). Актинолизатотерапия проводится с учётом рекомендаций большого русского учёного Безредки: начиная с дозы «переносимости» (около 0,3 мл) с повышением ежедневно на 0,2 мл до дозы «терпимости» (около 1,6 мл). После этого выдерживается «плато» на максимально терпимой организмом дозе в течение недели и начинается снижение дозировки по 0,2 мл в сутки до первоначальных 0,3 мл. Через два месяца при необходимости курс повторяется. Лечение актинолизатом по методу Сутеева: внутримышечно, за один раз, вводится максимальная доза – 3 мл. При отсутствии отрицательных реакций через три дня вводится ещё столько же. Подобное лечение длится в течение месяца и даёт хороший клинический результат.

Задание № 65.

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали

постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
3. Возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в 57 ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.
3. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.

Задание № 66.

Объясните,

1. Почему фурункул носа считается смертельно опасным заболеванием? Какие грозные осложнения могут быть у пациента с фурункулом носа?
2. Куда и каким путем инфекция может распространяться из очага инфекции при этом заболевании?

Эталон ответа:

1. Он может привести к опасному внутричерепному осложнению – тромбозу кавернозного синуса и сепсису.
2. Инфекция из гнойного очага в мягких тканях лица распространяется гематогенно по ветвям лицевой вены через угловую и глазничную вену в кавернозный синус и/или по ветвям лицевой вены через внутреннюю яремную вену в общий кровопоток.

Задание № 67.

Больной жалуется на отечность и боль в области правого крыла носа, век правого глаза, слабость, лихорадку, головную боль, рвоту. Несколько дней тому назад во время бритья поранил кожу носа. На следующий день в этом месте появились боль и уплотнение. Пытался выдавить гной. Через несколько часов появились отек век, тошнота, рвота. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное, выраженный отек век и конъюнктивы справа, экзофтальм, офтальмоплегия. В области правого крыла носа – инфильтрат с кратерообразным углублением в центре.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Фурункул носа, подозрение на флегмону орбиты.
2. Консультация окулиста и невропатолога, МРТ головного мозга, рентгенография органов грудной клетки. Лабораторные исследования крови, мочи. Интенсивная

антибактериальная и противовоспалительная терапия, дезинтоксикация с дегидратацией, дезагреганты. При необходимости – хирургическое вскрытие очагов инфекции в мягких тканях наружного носа и орбиты.

Задание № 68.

У больного сильная головная боль, гнойный насморк, озноб, плохое общее состояние, рвота в течение 5 дней после перенесенного гриппа. В анамнезе – правосторонний хронический гнойный гайморит. Объективно: состояние средней тяжести, PS–102 удара в минуту. Ригидность мышц затылка - 3 поперечных пальца, симптом Кернига - под углом 100°. Болезненность при пальпации наружных стенок лобной и гайморовой пазух справа. Гнойное отделяемое в правой половине носа. На рентгенограмме придаточных пазух носа - гомогенное интенсивное затемнение лобной, гайморовой пазух и клеток решетчатого лабиринта справа. При пункции правой гайморовой пазухи получен зловонный гной.

1. Предположительный диагноз. Гнойный менингит.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического правостороннего гайморита.
2. ОАК, ОАМ, люмбальная пункция с исследованием ликвора, МРТ головы, консультация невропатолога, окулиста.

Задание № 69.

При рентгенологическом исследовании у больного выявлен перелом костей носа со смещением.

1. Назовите костные анатомические образования наружного носа, которые чаще всего могут быть сломаны при сочетанной челюстно-лицевой травме.

Эталон ответа:

1. Носовые кости, лобные отростки верхней челюсти.

Задание № 70.

У больного в момент челюстно-лицевой травмы из полости носа потекла светлая прозрачная жидкость.

1. Что это значит?
2. О повреждении какой стенки полости носа говорит этот симптом?

Эталон ответа:

1. Этот симптом свидетельствует о переломе верхней стенки полости носа, чаще всего в месте, где она образована продырявленной пластиной решетчатой кости (*lamina cribrosa*). При этом в полость носа вытекает ликвор.

Задание № 71.

Больной жалуется на ощущение тяжести и давления в проекции левой верхнечелюстной пазухи, гнойные выделения из левой половины носа. Считает себя больным 3 дня после того, как врач-стоматолог поставил пломбу в каналы второго левого верхнего моляра.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика лечения. Где должен лечиться такой пациент?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз – острый гнойный одонтогенный верхнечелюстной синусит должен быть подтвержден при рентгенографии пораженного зуба и верхнечелюстной пазухи.
2. Тактика лечения заключается в пункции, дренировании и промывании пораженной пазухи, антибактериальная терапия. Пациент с острым гнойным одонтогенным верхнечелюстным синуситом должен лечиться у хирурга-стоматолога, но помощь ему может быть оказана и оториноларингологом.

Задание № 72.

Пациент К., 67 лет. В течение 6 лет наблюдается по поводу поверхностной лейкоплакии Слизистой оболочки правой щеки. Контроль у онколога и стоматолога каждые 6 месяцев. Выполнена санация кариозных зубов коррекция прикуса. Постоянно осуществляется Орошение рта антисептиками, стимуляторами регенерации. 7 месяцев назад в центре Очага лейкоплакии появилось веррукозное (бородавчатое) образование 0,5 см в диаметре, Безболезненное, белесое, слегка уплотненное. 5 месяцев назад осмотрен стоматологом. Выполнена биопсия, гистологическое заключение – веррукозная лейкоплакия с дисплазией эпителия 3 степени. Назначен контроль через 6 месяцев. За последние 3 месяца образование увеличилось до 0,8 см, появилась незначительная болезненность при контакте.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите на ошибки в обследовании пациента.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз - рак слизистой оболочки щеки.
2. План обследования включает отофарингоскопию, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ларингоскопия, Ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, повторную биопсию опухоли, возможно полное удаление с гистологическим исследованием.
3. Ошибка – при выявлении тяжелой дисплазии в патологическом очаге небольших размеров следует решить вопрос о хирургическом лечении или повторе биопсии через непродолжительное время (3-4 недели). Это связано с тем, что малигнизация нередко возникает в основании патологического очага и не выявляется при заборе материала с поверхности при инцизионной (частичной) биопсии.

Задание № 73.

Пациент А. 59 лет. 2 месяца назад появилась боль в области 36 зуба, постоянная, ноющая с усилением при механической нагрузке. Обращался к стоматологу, осмотрен, выполнена дентальная рентгенограмма. Визуально – кариозное разрушение коронки 36 зуба, локальная припухлость и незначительная гиперемия десны. На снимке - очаговая резорбция альвеолярного отростка в области верхушки 36 зуба. Диагноз хронический гранулирующий периодонтит. Выполнено удаление 36 зуба, кюретаж лунки, удалены фрагменты грануляционной ткани, проведено противовоспалительное лечение. С 6–7 суток после удаления – постепенное нарастание боли. При осмотре – в лунке фибриновый сгусток, незначительная локальная припухлость. Назначено противовоспалительное лечение – без эффекта. Еще через 2 недели появилась на стороне поражения боли в области уха, через 4 недели – для купирования боли потребовался ежедневный прием анальгетиков. Повторное обращение к стоматологу, осмотр - незначительное усиление припухлости в области 34-35-36 зубов, в лунке 36 зуба – разрастание грануляционной ткани, локальная болезненность при пальпации, увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,5 см, узел округлый, смещаемый, плотноэластический, слегка болезненный.

1. План обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Укажите на ошибки обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Тщательный сбор анамнеза, отофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография нижней челюсти, биопсия и мазки-отпечатки с

последующей морфологической верификацией; пункция измененного лимфоузла.
2. Предположительный диагноз злокачественная опухоль нижней челюсти.
3. Диагностическая ошибка – не было назначено повторное рентгенологическое исследование при отсутствии эффекта от проводимого лечения, не было выполнено Гистологическое исследование удаленных тканей, не была выполнена биопсия из Патологического очага на фоне атипичного течения заболевания.

Задание № 74.

Пациент Е. 64 года. В течение 1 месяца – боль в области 11-12-13 зубов, постоянная, ноющая, постепенно нарастает. Обращался к стоматологу, выполнен осмотр, дентальный снимок, ортопантограмма. Визуально и рентгенологически определяемой патологии не выявлено. Диагноз – невралгия II ветви тройничного нерва. Назначенное медикаментозное лечение дало временный эффект, через 2 недели боль возобновилась. При повторном осмотре обнаружена гипестезия кожи и слизистой оболочки в зоне Иннервации II ветви п. Trigemini справа, других патологических изменений не выявлено. Лечение дополнено физиопроцедурами, иглорефлексотерапией. Через 10 дней эффекта не наступило, появилась припухлость в области собачьей ямки справа.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите на ошибки обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Злокачественная опухоль верхней челюсти.
2. Не было проведено полное обследование с целью выявления причин нарушения функции нерва.

Задание № 75.

Пациент Д., 30 лет. В течение 12 лет, наблюдается узловое образование в левой околоушной области. За это время его диаметр увеличился с 1,5 до 2 см. При профилактических осмотрах пациент обращал внимание врачей на наличие этого образования. Выставлялся диагноз «Аденома левой околоушной слюнной железы». Был информирован о возможности удаления опухоли (резекция околоушной слюнной железы), но в связи с отсутствием тенденции к росту и риском повреждения лицевого нерва было рекомендовано динамическое наблюдение. Объективно в левой околоушной области пальпаторно определяется опухоль, безболезненная, 2 см в диаметре. Консистенция плотноэластическая, очертания полициклические, поверхность гладкая. В верхней трети шеи слева – плотноэластический смещаемый лимфатический узел 1 см в диаметре, округлый, безболезненный.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите на ошибки обследования пациента

Эталон ответа:

1. Рак околоушной слюнной железы, метастатическое поражение лимфоузлов шеи.
2. Пациент не был информирован о риске малигнизации, что повлекло ошибочный выбор выжидательной тактики (при размере опухоли менее 2 см риск травмы лицевого нерва намного ниже, чем риск озлокачествления опухоли). Не выполнялось исследование пунктата новообразования.

ОПК-7

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Экспертиза трудоспособности - это вид медицинской деятельности, целью которой является:

1. оценка состояния здоровья пациента

2. определение сроков и степени нетрудоспособности
3. все вышеперечисленное

Эталон ответа: 3. все вышеперечисленное

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Задачи экспертизы трудоспособности:

1. научно обоснованное установление утраты трудоспособности при заболевании, травме, а также по другим причинам
2. правильное оформление документов, удостоверяющих нетрудоспособность граждан
3. все вышеперечисленное

Эталон ответа: 3. все вышеперечисленное

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные принципы экспертизы нетрудоспособности:

1. общедоступность
2. коллегиальность
3. все перечисленное

Эталон ответа: 3. все перечисленное

Задание 4.

Осуществлять экспертизу трудоспособности имеют право следующие учреждения здравоохранения:

1. только государственные (муниципальные)
2. ЛПУ с любой формой собственности
3. любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности

Эталон ответа: 3. любое ЛПУ, в том числе частнопрактикующий врач, имеющий лицензию на осуществление экспертизы трудоспособности

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Условия, при которых в учреждении здравоохранения создается ВК:

1. при наличии поликлиники (поликлинического отделения)
2. при наличии 20 и более врачебных должностей
3. по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

Эталон ответа: 3. по приказу руководителя учреждения, если имеется лицензия на проведение экспертизы трудоспособности

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания листок нетрудоспособности выдается:

1. с 1-го дня нетрудоспособности
2. с 3-го дня нетрудоспособности
3. со дня окончания отпуска

Эталон ответа: 3. со дня окончания отпуска

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Случаи, при которых в городской больнице (поликлинике) устанавливается должность заместителя главного врача по ЭВН:

1. при наличии поликлиники (поликлинического отделения)
2. при наличии 30 и более врачебных должностей
3. при наличии 20 и более врачебных должностей амбулаторного приема

Эталон ответа: 1. при наличии поликлиники (поликлинического отделения)

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Непосредственно подчиняется заместитель главного врача многопрофильной больницы по клинико-экспертной работе:

1. главному врачу
2. заместителю главного врача больницы по медицинскому обслуживанию населения
3. заместителю главного врача больницы по организационно — методической работе

Эталон ответа: 1. главному врачу

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите сроки направления на медико-социальную экспертизу болеющих, (кроме туберкулеза):

1. не позднее 4 месяцев при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе
2. не позднее 10 месяцев при благоприятном трудовом прогнозе
3. все вышеперечисленное верно

Эталон ответа: 3. все вышеперечисленное верно

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Кто имеет право на выдачу листков нетрудоспособности?

1. лечащие врачи государственной системы здравоохранения
2. лечащие врачи муниципальной системы здравоохранения
3. все вышеперечисленные

Эталон ответа: 3. все вышеперечисленные

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Срок единоличного продления листка нетрудоспособности лечащим врачом:

1. до 10 дней
2. до 30 дней
3. до 45 дней

Эталон ответа: 2. до 30 дней

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Максимальный срок, на который может продлить ВК-листок нетрудоспособности:

1. до 2 месяцев
2. до 3 месяцев
3. до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев

Эталон ответа: 3. до 10 месяцев, а в некоторых случаях до 12 месяцев

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Случаи, когда ВК может продлить листок нетрудоспособности до 12 месяцев:

1. после инфаркта миокарда
2. после инсульта
3. при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций

Эталон ответа: 3. при травмах, туберкулезе и после реконструктивных операций

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В ЛПУ имеет право направлять граждан на медико-социальную экспертизу:

1. руководители ЛПУ и поликлиник
2. лечащий врач самостоятельно
3. лечащий врач с утверждением направления ВК ЛПУ

Эталон ответа: 3. лечащий врач с утверждением направления ВК ЛПУ

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Документ, предъявляемый пациентом в медучреждении для получения листка нетрудоспособности:

1. справка с места работы
2. документ о семейном положении
3. документ, удостоверяющий личность пациента

Эталон ответа: 3. документ, удостоверяющий личность пациента

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности не выдается:

1. обратившимся за медицинской помощью в медицинскую организацию, если у них не выявлено признаков временной нетрудоспособности
2. проходящим медицинское освидетельствование, медицинское обследование или лечение по направлению военных комиссариатов
3. всем перечисленным

Эталон ответа: 3. всем перечисленным

2. острого периодонтита

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Медицинские работники, не имеющие право выдавать листки нетрудоспособности:

1. учреждений скорой медицинской помощи
2. учреждений переливания крови
3. все перечисленные

Эталон ответа: 3. все перечисленные

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности выдают следующие медицинские работники:

1. лечащие врачи медицинских организаций государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, имеющих лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по экспертизе временной нетрудоспособности (далее - медицинские организации)
2. фельдшеры и зубные врачи медицинских организаций - в отдельных случаях, по решению органа управления здравоохранением субъекта РФ, согласованному с региональным отделением Фонда социального страхования РФ (далее - фельдшеры и зубные врачи)
3. все перечисленные

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком старше 7 лет при амбулаторном лечении выдается на срок:

1. до 7 дней
2. до 15 дней
3. до 30 дней

Эталон ответа: 3. до 30 дней

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет при стационарном лечении выдается на:

1. 5 дней
2. 10 дней

3. весь срок лечения
Эталон ответа: 2. 10 дней

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При заболеваниях и травмах лечащий врач продлевает единолично листок нетрудоспособности на срок до:

1. 15 календарных дней
2. 25 календарных дней
3. 40 календарных дней

Эталон ответа: 3. 40 календарных дней;

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Листок нетрудоспособности не выдает

1. врач скорой медицинской помощи
2. лечащий врач МСЧ
3. врач стационара

Эталон ответа: 1. врач скорой медицинской помощи

2. острого периодонтита

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне ЛПУ, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более

1. 10 дней
2. 15 дней
3. 40 дней

Эталон ответа: 3. 40 дней

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Максимальный срок, на который лечащим врачом выдается листок нетрудоспособности по уходу за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях:

1. до 3 дней
2. до 7 дней
3. до 10 дней

Эталон ответа: 3. до 10 дней

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В случае одновременного заболевания двух и более детей по уходу за ними выдается:

1. один листок нетрудоспособности
2. два листка нетрудоспособности
3. один листок и справка

Эталон ответа: 1. один листок нетрудоспособности

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 22 лет, обратилась с жалобами на косметический дефект вследствие деформации нижней половины лица, затруднения при откусывании пищи, нарушение речи. При обследовании выявляется выступание верхней челюсти вперед по отношению к нормально развитой нижней челюсти. Передняя группа зубов на верхней челюсти выступает вперед, режущие края которых касаются нижней губы. Верхняя губа укорочена

и несколько вздернута вверх, губы не смыкаются. При разговоре произношение губных звуков затруднено.

1. О каком виде деформации челюсти идет речь?
2. Мероприятия при реабилитации больных с данной патологией

Эталон ответа:

1. На основании описанной клинической картины можно предположить верхнюю прогнатию.
2. Реабилитационный период должен включать физиотерапевтическое лечение, ЛФК, механотерапию

Задание 2.

Больная, 22 лет, обратилась в клинику с жалобами на деформацию нижнего отдела лица, затрудненное разжевывание пищи. В раннем детстве пациентка перенесла правосторонний отит и остеомиелит нижней челюсти справа. С 11 лет заметила искривление нижнего отдела лица справа. Лечилась у ортодонта. При осмотре отмечается уменьшение размера тела нижней челюсти справа, смещение подбородка на 2,0 см. вправо от средней линии и кзади. Прикус нарушен, перекрестный. Открывание рта свободное.

1. Укажите основной метод лечения.
2. Мероприятия при реабилитации больных с данной патологией

Эталон ответа:

1. При правосторонней микрогении с нарушением прикуса (перекрестный прикус) используется основной метод хирургического лечения - правосторонняя остеотомия: ступенчатая остеотомия тела нижней челюсти справа, остеотомия ветви нижней челюсти справа со смещением челюсти вперед, удлинение тела нижней челюсти за счет костного (реберного) трансплантата.
2. Реабилитационный период должен включать физиотерапевтическое лечение, ЛФК

Задание 3.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. Решить вопрос, откуда взять костный трансплантат (аутопластика: ребро, гребешок подвздошной кости) или гомотрансплантат?
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев. Физиотерапевтическое лечение, ЛФК.

Задание 4.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы – в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница - в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки. Для решения ситуационной задачи возможно использование информационных технологий

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?
2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции? Какие методы реабилитации возможно применить в данном случае?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или плеча.
2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше. Послеоперационный период необходимо дополнить санаторно-курортным лечением.

Задание 5.

Больной, 35 лет, обратился в клинику с жалобами на затрудненное пережевывание пищи, невнятность речи, деформацию нижнего отдела лица справа. Из анамнеза выяснено, что два года назад получил огнестрельное ранение нижнего отдела щечной области справа, лежал в госпитале. Рана мягких тканей полностью зарубцевалась, однако остался дефект в области тела нижней челюсти справа. При осмотре на коже выявляется втянутый рубец в правом поднижнечелюстном треугольнике, подвижный. Открывание рта в полном объеме, однако отмечается нарушение прикуса из-за смещения фрагментов нижней челюсти вправо. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти обнаружен дефект тела нижней челюсти справа, размером 3,0-3,5 см. в области отсутствующих 4.6, 4.5. Края костных фрагментов склерозированы и смещены.

1. Составьте план лечения больного.
2. Какие требования необходимо выполнить для снижения вероятности отторжения костного трансплантата в послеоперационном периоде?

Эталон ответа:

1. Костная пластика.
2. Для успешного лечения и положительного исхода операции костной пластики нижней челюсти справа необходимо обеспечить рациональную фиксацию фрагментов нижней челюсти с хорошим послеоперационным уходом больного (питание, уход за шинами). Динамическое наблюдение на протяжении 1,5-2,0 месяцев.

Задание 6.

После ожога кислотой у больной, 40 лет, определяются множественные рубцы слизистой оболочки щечной области справа, приведшие к ограничению открывания рта. Установлен диагноз - рубцовая контрактура нижней челюсти справа (мукозогенная).

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план хирургического лечения.
5. Методы послеоперационного ведения?

Эталон ответа:

1. Мукозогенная контрактура нижней челюсти.
2. Принцип хирургического вмешательства – рассечение рубцов с пластическим замещением образовавшегося дефекта.
3. В послеоперационном периоде рекомендуется механотерапия, физиотерапия.

Задание 7.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

1. Поставьте диагноз.

2. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Эталон ответа:

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Задание 8.

У больного, 55 лет, имеется дефект мягких тканей лобной области после ожога III степени. Верхняя граница дефекта начинается от начала волосистой части головы, боковые границы – в месте перехода лобной области в височные, нижняя граница – в области надбровья. Глубина дефекта на уровне кожи и подкожно-жировой клетчатки.

1. Какой вид хирургического лечения показан в данном случае?

2. Имеет ли значение давность образования дефекта для предстоящей операции?

Эталон ответа:

1. В данном случае для устранения дефекта тканей лобной области показано закрытие свободным кожным трансплантатом, взятым с живота или с плеча.

2. Гранулирующую поверхность после ожогов III степени желательно закрывать как можно раньше.

Задание 9.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см., откол коронок 4.2, 3.1, подвижность 4.1, отсутствие 3.2.

1. На основании клинической картины поставьте диагноз.

2. Имеет ли значение для составления плана лечения состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2?

Эталон ответа:

1. Посттравматический дефект нижней губы (укушенная рана). Травматический откол коронковой части 4.2, 3.1. Подвывих 4.1. Полный вывих 3.2.

2. Для составления плана лечения по поводу дефекта нижней губы состояние 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 имеет значение: острые края 4.2, 4.1 должны быть устранены, подвижный 3.1 должен быть фиксирован к соседним зубам.

Задание 10.

Больной Д., 64 лет поступил в приемное отделение ГКБ с жалобами на боль в скуловой области слева, на потерю чувствительности в подглазничной, скуловой областях, в области крыла носа, верхней губы, отек мягких тканей скуловой области слева, нарушение движения глазного яблока, затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: три часа назад получил удар кулаком в скуловую область. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Перенесенные сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, хронический гастрит, хронический панкреатит. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,80С. АД – 120/80 мм рт.ст., пульс – 68 ударов в минуту. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей скуловой области слева, имеется кровоизлияние под кожу скуловой области, в нижнее веко. При пальпации скуловой области определяется болезненность, западение тканей, симптом «ступеньки» в области скуловой дуги, по нижнему краю глазницы. Боковые движения нижней челюсти затруднены, открывание рта ограничено до 1,0 см.

1. Поставьте диагноз основного стоматологического заболевания.
2. Какой срок временной нетрудоспособности по основному стоматологическому заболеванию?

Эталон ответа:

1. Бытовой травматический перелом скулового комплекса со смещением отломков и повреждением верхнечелюстной пазухи. План лечения основного стоматологического заболевания:
2. На весь период лечения.

Задание 11.

У больного, 53 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. Предположительная причина заболевания.
2. Какой срок временной нетрудоспособности по основному стоматологическому заболеванию?

Эталон ответа:

1. 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.
2. На весь период лечения.

Задание 12.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее лечила, но не до конца. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы. При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?
2. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

1. Из анамнеза больной выяснено, что начало заболевания, связано с 38зубом, который ранее недолечен. Учитывая то, что коронка его разрушена, можно полагать, что хронический воспалительный процесс в стадии обострения вначале локализовался в периодонтальной щели 38 зуба. По мере нарастания воспалительных явлений экссудат по системе фолкмановских и гаверсовых каналов проник через кортикальную пластинку нижней челюсти под надкостницу, тем самым давление в области периодонта уменьшилось, отчего и боли в 38 зубе стихли.
2. Ротовая полость не санирована. Имеет место наличие хронического воспалительного очага интоксикации и аллергизации организма.

Задание 13.

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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.

1. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Эталон ответа:

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.

Задание № 14.

Больной, 22 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.

2. Какие данные являются несущественными?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.

2. 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.

Задание № 15.

Больной, 49 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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Несанированная полость рта.

Задание № 16.

У больного, 48 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 уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Не достает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает 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.

Задание № 17.

Больной, 43 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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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 ограниченно 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 обеих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организуемым 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. Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа:

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.

Задание № 18.

Больной, 34 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 слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Ваш диагноз.

2. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.

2. Наличие хронического очага интоксикации и алергизации организма у верхушки корня 41 зуба.

Задание № 19.

Больной, 55 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, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастали. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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 челюстно-язычного желобка справа. 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. Ваш предположительный диагноз.

2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.

2. Более полный диагноз зависит от результатов рентгенологического исследования.

Задание № 20.

Больной, 35 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

1. Не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

Задание № 21.

Больной, 28 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.

2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 22.

Больной, 32 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.

2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 23.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадищелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова.

Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное

затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

Задание № 24.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после операции обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность языка стала медленно восстанавливаться. Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностях гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см. Полость рта санирована.

1. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

2. Развитие абсцесса языка может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса

Задание № 25.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротейнемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как уточнить диагноз?
3. На какой период лечения больной нуждается в освобождении от работы?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.

2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры как минимум.
3. На весь период лечения.

Задание № 26.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.
3. На какой период лечения больной нуждается в освобождении от работы?

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.
3. На весь период лечения.

Задание № 27.

Больной, 22 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?

Эталон ответа:

1. 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. 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.

Задание № 28.

Больной, 36 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 35, 36, 37 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Когда приступают к оперативному вмешательству фистулосеквестрнекрэктомии?

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.

Задание № 29.

Больной, 30 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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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 на ткани 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.

2. 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.

Задание № 30.

Больная, 27 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 аналгетики. 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. Конъюктива 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. Ваш диагноз.

2. С чем связано наличие отека обеих век левого глаза? И участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18.

2. Наличие отека обеих 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. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

У больного, 34 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?

Эталон ответа:

1. Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает 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 левой височной области.

3. 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.

Задание № 32.

Больной, 43 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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. 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 обеих 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. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.

3. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.

2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).

3. 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.

Задание № 33.

Больной, 34 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. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.

3. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

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. 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.

3. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание № 34.

Больной, 49 лет, 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 поднижнечелюстная 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 массировании

поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?
2. Каких данных объективного и дополнительных методов исследования недостает для постановки диагноза.
3. Какие дополнительные методы исследования Вы предложите для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Недостает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достает данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
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.

Задание № 35.

Больной, 60 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 нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
2. 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.

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

Задание № 36.

Больная, 49 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненной припухлости в левой щечной области, ограниченное открывание рта. Из анамнеза выявлено, что в течение четырех лет она находится на диспансерном наблюдении и лечении у стоматолога по поводу хронического двустороннего паренхиматозного паротита. Около двух месяцев назад находилась на лечении в стоматологическом стационаре по поводу флегмоны левой щечной области. Произведено вскрытие флегмоны, получен гнойный экссудат. Зубы не удалялись. Около трех недель назад вновь появилось уплотнение и припухлость в нижних отделах левой щечной области. В течение нескольких дней боль отсутствовала, затем появилась незначительная болезненность. Четыре дня назад боль усилилась, появилось покраснение кожи. Объективно: в нижних отделах левой щечной области определяется воспалительный инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см. с нечеткими границами, слегка болезненный. Кожа над ним незначительно гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, слабо болезненный лимфатический узел. Открывание рта ограничено за счет болезненности, однако постепенно удалось открыть рот полностью. Слизистая оболочка левой щеки отечна, цианотична.

1. Какие заболевания Вы можете предположить?
2. В чем ошибка врачей, ранее лечивших больную?
3. Консультация какого специалиста Вы назначите больной?
4. Какие сведения являются несущественными для постановки основного диагноза?

Эталон ответа:

1. Можно предположить следующие заболевания: неспецифические воспалительные заболевания: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона щечной области; специфические воспалительные заболевания: подкожная или подкожно-межмышечная форма актиномикоза щечной области; нагноившаяся эпидермальная киста левой щечной области.
2. Ошибка врачей, ранее лечивших больную, в том, что они, по-видимому, не выявили и не провели лечения очагов хронического одонтогенного (или другого) инфицирования, т.к. в анамнезе эти сведения отсутствуют. Это вероятнее всего послужило причиной повторного обострения воспалительного процесса.
3. Врач-инфекционист.

Задание № 37.

Больной, 20 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен

незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное. Патологической подвижности фрагментов определить не удалось из-за наличия инфильтрации тканей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
3. Назначте план обследования для уточнения диагноза.
4. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.
2. Необходимо рентгенологически обследовать область перелома на предмет выявления деструкции костной ткани, образования теней секвестров.
3. При подтверждении диагноза остеомиелита необходимо произвести удаление секвестров из линии перелома, вскрыть и провести лечение флегмоны.
4. После стихания острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 38.

Больной, 20 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксиллярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижне-челюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 35 со смещением отломков.
2. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать: нагноение мягких тканей, нагноение гематомы, абсцедирование лимфатического узла, нагноение костной раны, развитие хронического посттравматического остеомиелита.

3. После снятия острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 39.

Больная, 49 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадищелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.
2. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 47,46. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Задание № 40.

Больной, 55 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. Из анамнеза выявлено, что полгода назад

проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после операции обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность языка стала медленно восстанавливаться. Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностях гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см.

Полость рта санирована.

1. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
2. Какова тактика ведения больного после выписки из отделения?
3. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение, и формирование абсцесса.
2. В случае сформирования свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.
3. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующей о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Задание № 41.

Больная, 59 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?
2. С чем связано абсцедирование?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.
2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).

Задание № 42.

Больной, 42 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Больной находится в заторможенном состоянии, появились коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положителен, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопроотеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

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

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.

Задание № 43.

Больной, 34 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.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
2. 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.
3. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.

Задание № 44.

У больного, 49 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. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

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 хватает данных рентгенологического обследования, указывающих на точную локализацию и объем поражения.
3. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 45.

Больной, 23 лет, поступил в клинику с диагнозом: слепое осколочное ранение позадищелюстной области и верхнебоковой области шеи слева. В результате ранения перенес массивную кровопотерю. Диагностирован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удалено инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю переднебоковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боль в области раны усиливалась, затем присоединилась боль в области грудной клетки, покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке нарастали. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.
2. С торакальным хирургом.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.

Задание № 46.

Больной, 32 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. Для чего назначается антибактериальная терапия при переломах?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом скуловой кости?

Эталон ответа:

1. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а так же на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
2. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.
3. Нет, не имеет.

Задание № 47.

Больной, 22 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 мышечного отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечного 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 – линия перелома в области основания мышечного отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.
2. На какое время накладывается эластическая тяга и почему?
3. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышечного отростка со смещением отломков.
2. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
3. Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет, т.к. перелом консолидирован.

Задание № 48.

Больной, 34 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 придал этому значения. 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.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. План лечения при переломе.
3. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышечного отростка, либо острый посттравматический артрит слева.
2. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 49.

В клинику обратился больной, 33 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. Диагностирован перелом нижней челюсти в области венечного отростка слева. Наложены шины с зацепными петлями, эластическое вытяжение. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева в области венечного отростка. Прикус восстановлен.

1. Поставьте диагноз.
2. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
2. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 50.

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. Поставьте диагноз.
2. Принципы лечения переломов верхней челюсти.

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).

Задание № 51.

Больной, 32 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. Поставьте диагноз проведите его обоснование.
2. Консультация какого специалиста необходима для больного?

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II. 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 нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».
2. Консультация врача-невропатолога.

Задание № 52.

В клинику поступила больная, 25 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 осмотре полости рта виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должна лечиться больная?
3. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
2. В отделении сочетанной травмы.
3. Врач-травматолог, врач-невропатолог.

Задание № 53.

Больной, 29 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 двучелюстных назубных 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. Имеет ли отношение состояние поднижнечелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?
3. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический остеомиелит нижней челюсти справа, слюннокаменная болезнь.
2. Состояние правой подчелюстной слюнной железы, по всей вероятности соответствует слюннокаменной болезни и не имеет отношения к травматическому остеомиелиту нижней челюсти справа
3. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой и III-ей ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?
3. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, скорее всего, к курковым зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва.
2. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии, что соответствует вирусной теории в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.
3. Не является.

Задание № 55.

Больная, 40 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у врача-невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к врачу-стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомию в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Ваш диагноз.

3. Чем обусловлена необходимость консультации больной у врача-стоматолога?

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

2. Невралгия II ветви тройничного нерва слева.

3. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.

Задание № 56.

Больная 39 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.

2. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 26 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием

бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева.
2. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
3. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

Больной, 49 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?

Эталон ответа:

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. Необходимо тщательно выполнять требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

Задание № 59.

Больная, 33 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Врач-стоматолог хирург удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Пальпация точек Валле безболезненна. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками

анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?
3. Проведите дифференциальный диагноз.

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Выпадение чувствительности в зоне иннервации подбородочного нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.
3. От невралгии неврит отличается тем, что при невралгии имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.

Задание № 60.

Больной 63 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность болей 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше. Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, вскрыта оболочка кисты, эвакуирован гнойный экссудат, рана дренирована. Адекватное медикаментозное лечение. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, страдает артериальной гипертензией. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем объяснить то обстоятельство, что после устранения причины боли остаются?

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Вероятная причина - грубая хирургическая травма.
3. Во время цистэктомии и ампутации верхушки корня 15 зуба, вероятно, была допущена ошибка: слишком большой захват прилежащих костных структур и повреждение средних верхних зубных сплетений.

Задание № 61.

Больная 27 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные сильные боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Боли иррадиируют в ухо и височную область справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения 45 зуба по поводу периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы справа увеличены незначительно, малоболезненны. Определяется гипостезия в области кожи подбородка и нижней губы справа. В 45 зубе на жевательной поверхности - пломба, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа :

канал 45 зуба запломбирован, за верхушкой корня 45 зуба имеется рентгеноконтрастная тень размером 0,5 на 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
4. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).

Эталон ответа:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Причина развития заболевания – избыточное выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, сдавление конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна.
3. Сдавлением конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна. Этим и обусловлено резкое ухудшение проводимости нерва и выраженные боли в нем в сочетании с нарушениями чувствительности.
4. Избыток пломбировочного материала, попавшего в нижнечелюстной канал, необходимо удалить, тем самым провести декомпрессию нервного ствола и облегчить состояние больного, в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.

Задание № 62.

Ребенок 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. При осмотре: температура 38,0° С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному ребенку?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.

Задание № 63.

Пациентка 59 лет, полного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождались резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
3. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз.
2. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД.
3. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы.

Задание № 64.

Больной Б., 34 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойнокрошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
3. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Наиболее патогномичные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.
3. Для уточнения диагноза необходимо использовать кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутрикожно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично, вводится столько же стерильного мясопептонного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введённый антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуноспецифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщину из зоны поражения.

Задание № 65.

Больной Б., возраст 41 год обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно 56 уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения конкремента.
3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.

Вопросы для собеседования

1. Дайте характеристику медицинской экспертизе.

Эталон ответа:

Медицинской экспертизой является проводимое в установленном порядке исследование, направленное на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности осуществлять трудовую или иную деятельность, а также установления причинно-следственной связи между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья гражданина.

2. Уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности.

Эталон ответа:

Различают следующие уровни проведения экспертизы временной нетрудоспособности:

- первый – лечащий врач;
- второй – врачебная комиссия медицинской организации;
- третий – врачебная комиссия органа управления здравоохранением.

3. Звенья управления экспертизы временной нетрудоспособности в ЛПУ.

Эталон ответа:

1. лечащий врач;
2. заведующий отделением;
3. заместитель главного врача по экспертизе временной нетрудоспособности;
4. главный врач.

4. Дайте определение временной нетрудоспособности.

Эталон ответа:

Временная нетрудоспособность (ВН) – это состояние организма человека, обусловленное заболеванием, травмой и другими причинами, при которых нарушения функций сопровождаются невозможностью выполнения профессионального труда в обычных производственных условиях в течение определенного промежутка времени, т.е. носят обратимый характер. Установление факта ВН является медицинским действием, поскольку оно направлено на устранение неблагоприятных факторов и означает начало лечения.

5. Дайте определение врачебной комиссии (ВК)

Эталон ответа:

Врачебная комиссия медицинской организации (далее - врачебная комиссия) создается в медицинской организации в целях совершенствования организации оказания медицинской помощи гражданам. В своей деятельности врачебная комиссия руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и

распоряжениями Правительства Российской Федерации, нормативными правовыми актами федеральных органов исполнительной власти, включая Порядок, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

6. Дайте определение медико-социальной экспертизе (МСЭ)

Эталон ответа:

Занимается определением в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма. Является одним из видов медицинской экспертизы.

7. Дайте определение военно-врачебной экспертизе.

Эталон ответа:

Специальное медицинское освидетельствование граждан, проводимое с целью определения их годности по состоянию здоровья к военной службе, степени тяжести и причинной связи увечий (ранений, травм, контузий), заболеваний с прохождением ими военной службы (военных сборов), а также вида, объёма и сроков осуществления медико-социальной помощи военнослужащим и их реабилитации.

8. В каких случаях проводятся судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы?

Эталон ответа:

Судебно-медицинская и судебно-психиатрическая экспертизы проводятся в целях установления обстоятельств, подлежащих доказыванию по конкретному делу, в медицинских организациях экспертами в соответствии с законодательством Российской Федерации о государственной судебно-экспертной деятельности.

9. Кем проводится экспертиза профессиональной пригодности и экспертиза связи заболевания с профессией?

Эталон ответа:

Экспертиза профессиональной пригодности проводится в целях определения соответствия состояния здоровья работника возможности выполнения им отдельных видов работ. Экспертиза профессиональной пригодности проводится врачебной комиссией медицинской организации с привлечением врачей-специалистов по результатам предварительных медицинских осмотров и периодических медицинских осмотров. По результатам экспертизы профессиональной пригодности врачебная комиссия выносит медицинское заключение о пригодности или непригодности работника к выполнению отдельных видов работ.

10. Экспертиза качества медицинской помощи.

Эталон ответа:

Выявление нарушений при оказании медицинской помощи, в том числе оценка своевременности ее оказания, правильности выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации, степени достижения запланированного результата.

ОПК-8

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выберите правильное определение термина «гигиеническое воспитание»:

1. просветительная деятельность, направленная на формирование позитивного в отношении здоровья общественного мнения

2. обучающая деятельность, направленная на формирование умений и навыков, позитивных в отношении здоровья

3. комплексная просветительная, обучающая и собственно воспитательная деятельность, направленная на формирование позитивного в отношении здоровья стиля жизни индивидуума, группы лиц, общества в целом

Эталон ответа: 3. комплексная просветительная, обучающая и собственно воспитательная деятельность, направленная на формирование позитивного в отношении здоровья стиля жизни индивидуума, группы лиц, общества в целом

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите конечную цель гигиенического воспитания:

1. расширение кругозора по медико-генетическим вопросам

2. Обучение распознаванию первых признаков инфекционных и неинфекционных заболеваний

3. положительные изменения в ресурсах здоровья (стиле жизни), приводящие к улучшению потенциала здоровья и баланса здоровья

Эталон ответа: 3. положительные изменения в ресурсах здоровья (стиле жизни), приводящие к улучшению потенциала здоровья и баланса здоровья

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Непосредственной целью гигиенического воспитания является:

1. улучшение потенциала и баланса здоровья

2. положительные изменения в гигиенической культуре, стилях жизни

3. увеличение количества законодательных актов в области сохранения здоровья

Эталон ответа: 2. положительные изменения в гигиенической культуре, стилях жизни

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите задачи гигиенического воспитания:

1. овладение определенной информацией по вопросам профилактики заболеваний

2. формирование системы взглядов, позитивных в отношении здоровья

3. все ответы верны

Эталон ответа: 3. все ответы верны

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Санитарное просвещение – отражает следующие виды деятельности:

1. распространение знаний

2. выработка умений и навыков

3. формирование свойств характера

Эталон ответа: 1. распространение знаний

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гигиеническое обучение направлено на:

1. формирование системы взглядов

2. формирование умений и навыков

3. формирование общественного мнения

Эталон ответа: 2. формирование умений и навыков

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Воспитание в отношении здоровья направлено на:

1. формирование убеждений, взглядов

2. формирование ценностных ориентаций

3. выше перечисленные

Эталон ответа: 3. выше перечисленные

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К принципам гигиенического воспитания относятся:

1. актуальность и научность
2. доступность и иллюстративность
3. выше перечисленные

Эталон ответа: 3. выше перечисленные

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Научными основами гигиенического воспитания являются:

1. научные данные философии
2. научные данные юриспруденции
3. выше перечисленные

Эталон ответа: 3. выше перечисленные

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Последовательность формирования уровней гигиенической культуры у населения в процессе гигиенического воспитания:

1. знания, убеждения, навыки, умения
2. знания, убеждения, умения, навыки
3. знания, умения, убеждения, навыки

Эталон ответа: 2. знания, убеждения, умения, навыки

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выработка способности правильно выполнять медицинские, гигиенические процедуры или следовать рациональному сочетанию различных компонентов здорового поведения – это:

1. умения
2. знания
3. навыки

Эталон ответа: 1. умения

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выработка динамического стереотипа поведения в выполнении комплекса гигиенических мероприятий — это:

1. умения
2. знания
3. навыки

Эталон ответа: 3. навыки

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Овладение определенной информацией о необходимости соблюдения гигиенических правил это:

1. знания
2. умения
3. навыки

Эталон ответа: 1. знания

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Трансформация в сознании человека знаний в твердую уверенность их достоверности и необходимости – это:

1. знания, убеждения, навыки, умения
2. убеждения
3. умения, навыки

Эталон ответа: 2. убеждения

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Содержание гигиенического воспитания представляет собой:

1. совокупность медицинских знаний, предназначенных для усвоения и практического применения индивидуумом, группой лиц, социальной общностью
2. способы управления познавательной и практической деятельностью индивидуума, группы лиц, социальной общности
3. способы применения отдельного средства или совокупности средств в определенной последовательности

Эталон ответа: 1. совокупность медицинских знаний, предназначенных для усвоения и практического применения индивидуумом, группой лиц, социальной общностью

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какое понятие гигиенического воспитания характеризует способы управления познавательной и практической деятельностью людей, направленные на формирование позитивных в отношении здоровья стилей жизни:

1. Средства гигиенического воспитания
2. Методы гигиенического воспитания
3. Формы гигиенического воспитания

Эталон ответа: 2. Методы гигиенического воспитания

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Формы гигиенического воспитания представляют:

1. Способы применения отдельных средств или совокупности средств в определенной последовательности для осуществления процесса гигиенического воспитания
2. Способы реализации методов гигиенического воспитания, основанные на речи, изображении, действии, а также реальных предметах, имеющие отношение к гигиенической тематике
3. нет верного ответа

Эталон ответа: 1. Способы применения отдельных средств или совокупности средств в определенной последовательности для осуществления процесса гигиенического воспитания

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Причина отстранения продавца от работы по решению санитарного врача:

1. наличие у продавца длинных ногтей
2. отсутствие на руках медицинской книжки
3. использование продавцом косынки вместо специальной шапочки

Эталон ответа: 1. наличие у продавца длинных ногтей

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Допускается ли нормами СанПин продажа продовольственных и непродовольственных товаров в едином помещении сельского магазина?:

1. да, если это крупный или сетевой магазин
2. да по согласованию с территориальным центром госсанэпиднадзора
3. верного ответа нет

Эталон ответа: 2. да по согласованию с территориальным центром госсанэпиднадзора

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Перед посещением туалета работник торгового предприятия должен:

1. вымыть руки с мылом
2. снять санитарную одежду
3. переодеться в домашнюю одежду

Эталон ответа: 2. снять санитарную одежду

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Привлечение учащихся средних общеобразовательных школ, профессионально-технических училищ, студентов специальных учебных заведений и техникумов для прохождения практики в магазине допускается при:

1. допускается при наличии медицинской книжки
2. допускается после прохождения медицинского обследования и гигиенической подготовки
3. верного ответа нет

Эталон ответа: 2. допускается после прохождения медицинского обследования и гигиенической подготовки

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Курение персонала на предприятиях торговли допускается:

1. в специально отведенных местах
2. только в складских помещениях
3. верного ответа нет

Эталон ответа: 1. в специально отведенных местах

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Государственной системой наблюдения за качеством окружающей среды и состоянием здоровья населения является:

1. система санитарно-эпидемиологического нормирования
2. гигиеническая диагностика
3. социально-гигиенический мониторинг

Эталон ответа: 3. социально-гигиенический мониторинг

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Методы обеззараживания воды:

1. коагуляция
2. хлорирование
3. фторирование

Эталон ответа: 2. хлорирование

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Инфекция, которую могут принести яйца водоплавающей птицы:

1. стафилококковой интоксикации
2. ботулизма
3. сальмонеллеза

Эталон ответа: 3. сальмонеллеза

Ситуационные задачи

Задание 1.

На консультацию пришли родители подростка. Сыну 16 лет. В общении ведет себя странно: стал нервным, скрытным. Часто у него «блестят глаза». Ухудшились успеваемость и поведение. О санации полости рта даже слушать не хочет.

1. Сформулируйте возникшие у вас гипотезы о возможных причинах трудностей ребенка
2. По каким признакам родители могут определить, что их ребенок стал употреблять спиртное (другие психоактивные вещества)?
3. Определите основные этапы работы над проблемой.

Эталон ответа:

1. Гипотезы: ухудшились детско-родительские отношения; ухудшились отношения с ровесниками или учителями, подростковая депрессия, употребление алкоголя и других психоактивных веществ.
2. Признаки: друзья ребенка выпивают; от него пахнет спиртным; пропадают деньги; изменения в поведении; душевная травма; перемена настроения; ребенок находится в состоянии депрессии; родители не знают где, находится ребенок.
3. Беседа с родителями с целью выяснения причины и объяснения необходимости больше общаться с ребенком. Индивидуальное консультирование подростка.

Задание 2.

Измученная женщина пришла к психологу. Ее интересовал вопрос, как вести себя со своей 63-летней мамой, которой поставили диагноз: рак околоушной слюнной железы. Врачи за месяц проживания женщины в больнице расписались в собственном бессилии и на днях выписывают ее домой. Мама, женщина мужественная, прожившая тяжелую жизнь, еще не знает о действительных масштабах своей болезни.

1. Что говорить, как вести с ней. Откуда черпать силы перед лицом такого несчастья?
2. О чем бы Вы разговаривали с женщиной? На что необходимо ее сориентировать?

Эталон ответа:

1. Необходимо предупредить женщину, что принимать решения о том, что, как и когда говорить матери, придется ей самой, полагаясь на собственную интуицию и знание индивидуальных особенностей родного человека. Однако важно хорошо понимать, что происходит и будет происходить с неизлечимым больным. Надо рассказать клиентке о стадиях умирания и основных чертах поведения на каждой из них: 1-я: Отрицание, неприятие. «Нет, не я. Не может этого быть». Необходимо понять человека и дать ему надежду. 2-я: Протест. «Почему я?» Набраться терпения, эта стадия пройдет. 3-я: Просьба об отсрочке. «Не сейчас, - еще немного». Больной может обращаться к Богу. Теперь можно ему помочь. 4-я: Депрессия. Слабеет и, видя это, соглашается. Человек уже готовится принять смерть. 5-я: Принятие. Спокойствие. Это победа человека. Нужно быть рядом, пусть и без слов.
2. Также необходимо не бросать привычные занятия, научиться принимать помощь и поддержку, подумать о самом себе, о духовном.

Задание 3.

Вы решили создать консультационный психологический центр.

1. Что необходимо для того, чтобы центр начал функционировать?
2. Какую организационную форму юридического лица выбрать?

Эталон ответа:

1. Стоит ответить на три вопроса: зачем (для чего); на что (на чьи финансы); критерии, которым должно отвечать здание. Для чего: причины, указывающие на необходимость оказания помощи, есть, а психологических консультаций нет. И, когда консультации есть, но количество клиентов превышает их возможности. На что: центр может быть частным, корпоративным или государственным. Критерии: месторасположение и интерьер.
2. Гражданский кодекс РФ предлагает два вида организации юридического лица: коммерческая организация и некоммерческая организация. Основным различием являются цели создания организации и способы распределения поступающих в собственность организации денежных средств. Так коммерческая организация вольна расходовать средства по своему усмотрению на любые цели, а целью создания

организации является получение прибыли. Некоммерческая организация создается для оказания услуг направленных на достижение уставных целей и задач, где указываются общественно полезные цели. Некоторые виды деятельности, например образовательная, могут осуществляться только некоммерческими организациями.

Задание 4.

Система медико-социальной помощи населению в России. Функции социальной работы

1. Охарактеризуйте систему медико-социальной помощи населению в России.
2. Перечислите основные функции социальной работы?

Эталон ответа:

1. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения профилактические, реабилитационные, психотерапевтические и др.; в системе социальной защиты населения социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организацию дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др. Наряду с этим в данной сфере деятельности могут использоваться также формы и методы, сложившиеся в педагогике, психологии, правовой сфере. Конкретная структура медико-социальной работы в каждом случае определяется конкретным профилем патологии или проблемой жизненной ситуации, в которой оказался клиент. Умение на практике сочетать необходимые формы и методы является важнейшей задачей профессиональной подготовки специалиста.
2. Помогать людям в улучшении их способностей решать самостоятельно их проблемы и справляться с трудностями; – Помогать нуждающимся устанавливать инициативные связи между ними и различными системами помощи; – Способствовать улучшению взаимопонимания между людьми и социальными системами помощи; – Способствовать распределению материальных ресурсов помощи; – Выступать в роли агента социального контроля.

Задание 5.

Социальная работа. Медико-социальная деятельность в контексте социальной работы

1. Как дифференцируется практическая социальная работа?;
2. Что включает медико-социальная деятельность в контексте социальной работы?

Эталон ответа:

1. Практическая социальная работа дифференцируется: – с точки зрения направленности: социальное обеспечение детей, семейная социальная работа, социальная работа в здравоохранении; – в зависимости от проблемной группы: работа с бедными, инвалидами, психически больными, безнадзорными детьми, больными алкоголизмом и наркоманией.
2. Медико-социальная деятельность в контексте социальной работы включает следующие направления: – Медико-социальная работа с населением; – Социальная работа в учреждениях здравоохранения; – Медико-социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений.

Задание 6.

Система медико-социальной помощи населению в России. Функции социальной работы

1. Охарактеризуйте систему медико-социальной помощи населению в России
2. Перечислите основные функции социальной работы

Эталон ответа:

1. Являясь видом мультидисциплинарной деятельности и реализуясь в области интересов здравоохранения и социальной защиты населения, медико-социальная работа использует формы и методы, сложившиеся в системе здравоохранения профилактические,

реабилитационные, психотерапевтические и др. В системе социальной защиты населения социальное консультирование, социальные пособия, социальное обслуживание на дому, социальное обслуживание в стационарных учреждениях, организацию дневного пребывания в учреждениях социального обслуживания, предоставление временного приюта и др. Наряду с этим в данной сфере деятельности могут использоваться также формы и методы, сложившиеся в педагогике, психологии, правовой сфере. Конкретная структура медико-социальной работы в каждом случае определяется конкретным профилем патологии или проблемой жизненной ситуации, в которой оказался клиент. Умение на практике сочетать необходимые формы и методы является важнейшей задачей профессиональной подготовки специалиста.

2. Помогать людям в улучшении их способностей решать самостоятельно их проблемы и справляться с трудностями; – Помогать нуждающимся устанавливать инициативные связи между ними и различными системами помощи; – Способствовать улучшению взаимопонимания между людьми и социальными системами помощи; – Способствовать распределению материальных ресурсов помощи; – Выступать в роли агента социального контроля

Задание 7.

Социальная работа. Медико-социальная деятельность в контексте социальной работы

1. Как дифференцируется практическая социальная работа?

2. Что включает медико-социальная деятельность в контексте социальной работы?

Эталон ответа:

1. Практическая социальная работа дифференцируется: – с точки зрения направленности: социальное обеспечение детей, семейная социальная работа, социальная работа в здравоохранении; – в зависимости от проблемной группы: работа с бедными, инвалидами, психически больными, безнадзорными детьми, больными алкоголизмом и наркоманией.

2. Медико-социальная деятельность в контексте социальной работы включает следующие направления: – Медико-социальная работа с населением; – Социальная работа в учреждениях здравоохранения; – Медико-социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений.

Задание 8.

Волею случая, или по другой причине, Вы стали специалистом по социальной работе.

1. Ваш клиент обратился к вам с вопросом: «Как уберечься от СПИДа?» Ваш ответ.

2. Перечислите основные функции социальной работы.

Эталон ответа:

1. Сдача анализа на ВИЧ-статус. Пропаганда безопасного секса (то есть использования презервативов). Воздержание от беспорядочных половых контактов. Воздержание от татуировок и пирсинга, осторожность при медицинских манипуляциях.

2. Помогать людям в улучшении их способностей решать самостоятельно их проблемы и справляться с трудностями; – Помогать нуждающимся устанавливать инициативные связи между ними и различными системами помощи; – Способствовать улучшению взаимопонимания между людьми и социальными системами помощи; – Способствовать распределению материальных ресурсов помощи; – Выступать в роли агента социального контроля.

Задание 9.

Родители обратились по поводу сына 14,5 лет, который всего боится, ни с кем не дружит, с трудом вступает в контакт с незнакомыми людьми, упрямый, дома часто плачет, из класса убегает, объяснить причины не может. Зубы не лечит, отказывается. Семья дружная, есть младший сын – противоположность первому. Старший унаследовал от отца

его нелюбимость и замкнутость. Самому отцу с ним трудно общаться. Мать отзывчивая женщина, замученная страхами, тревожная, гиперсоциализирующая.

1. Какие гипотезы, относительно причин поведения парня можно построить? Определите основные этапы работы над проблемой.
2. Назовите техники процедуры снятия психологического барьера (психологического напряжения) у клиента.

Эталон ответа:

1. Гипотезы: особенности характера (шизоидная акцентуация); повышенный уровень тревожности; гиперопека матери; пассивная роль отца; кризис подросткового возраста. Индивидуальное консультирование, групповое консультирование с приемами обучения невербальной коммуникации, техники психодраматического отреагирования страхов, телесно-ориентированная терапия. Работа с родителями для снятия гиперсоциализирующего влияния матери и усиления роли отца.
2. Можно дать клиенту побыть некоторое время одному. Мягкая, спокойная, ненавязчивая музыка способствует созданию благоприятной атмосферы. Размеренные движения рук снимают напряжение (можно дать книгу, журнал, игрушку). На вербальном уровне – прием «кавычек» («Был случай, когда клиент очень волновался, но все закончилось хорошо»).

Задание 10.

Гражданка Сидорова 56 лет инвалид плохо передвигается по дому с тростью, обратилась ЦСО по месту жительства с просьбой обеспечить ей помощь и с дополнительной просьбой.

1. Имеет ли гражданка Сидорова право на получение помощи? Обосновать свой ответ.
2. Объяснить, какие права имеют граждане при получении социальных услуг? Дать обоснованный ответ.

Эталон ответа:

1. Имеет " Федерального Закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов" согласно ст. 5 Граждане пожилого возраста (женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет) и инвалиды (в том числе дети-инвалиды), нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию и (или) передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.
2. Федерального Закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов ст. 7 При получении социальных услуг граждане пожилого возраста и инвалиды имеют право на: – уважительное и гуманное отношение со стороны работников учреждений социального обслуживания; – выбор учреждения и формы социального обслуживания в порядке, установленном органами социальной защиты населения субъектов Российской Федерации; – информацию о своих правах, обязанностях и условиях оказания социальных услуг; – согласие на социальное обслуживание; – отказ от социального обслуживания; – конфиденциальность информации личного характера, ставшей известной работнику учреждения социального обслуживания при оказании социальных услуг; – защиту своих прав и законных интересов, в том числе в судебном порядке.

Задание 11.

Вы социальный работник, выполняете медико-социальную деятельность в контексте социальной работы

1. Как дифференцируется практическая социальная работа?
2. Что включает медико-социальная деятельность в контексте социальной работы?

Эталон ответа:

1. Практическая социальная работа дифференцируется: – с точки зрения направленности: социальное обеспечение детей, семейная социальная работа, социальная работа в здравоохранении; – в зависимости от проблемной группы: работа с бедными, инвалидами, психически больными, безнадзорными детьми, больными алкоголизмом и наркоманией.
2. Медико-социальная деятельность в контексте социальной работы включает следующие направления: – Медико-социальная работа с населением; – Социальная работа в учреждениях здравоохранения; – Медико-социальная помощь людям пожилого возраста и инвалидам в условиях стационарных учреждений.

Задание 12.

Вы – социальный работник. Ваш клиент – инвалид II группы, 40 лет, злоупотребляет алкоголем (имеет место физическая и психическая зависимость). В семье ваших клиентов – инвалидов вернулся сын из заключения, инвалид (диагноз – туберкулез лёгких).

1. Что входит в систему действий по решению этой проблемы?
2. Как решить проблемы? Что предпринять?

Эталон ответа:

1. Задача социального работника состоит в создании системы действий по решению этой проблемы, в которую входит:
 - 1) излечение клиента от алкогольной зависимости;
 - 2) назначение ИПР;
 - 3) контроль состояния клиента.
2. Обратиться в службу социальной защиты для оказания помощи в трудной жизненной ситуации; обратиться в МСЭ для составления ИПР для всех членов семьи.

Задание 13.

Вы – социальный работник. Ваш клиент – наркоман, 42 лет. Медико-социальная работа и медико-социальная работа в наркологии.

1. Назовите основные сходства и различия в данных определениях.
2. Приведите конкретные модели медико-социальной работы с населением, и их применение в работе с лицами, употребляющими психоактивные вещества.

Эталон ответа:

1. Медико-социальная работа - это профессиональная деятельность междисциплинарного характера, направленная на медико-реабилитационную, правовую, психологическую и педагогическую помощь клиенту в восстановлении и сохранении его физического, психического и социального благополучия. Медико-социальная работа в наркологии - это вид профессиональной деятельности междисциплинарного характера, направленной на оказание комплексной медико-социальной помощи, включающей социально-психологические, медико-психологические, педагогические и правовые мероприятия, лицам, страдающим наркотической зависимостью и членам их семей. Сходства заключаются в общих теоретических базах данных направлений, в способах и методах достижения целей медико-социальной работы. Существенные же отличия отмечаются только в сферах, в которых работают учреждения таких направлений. Также отличия есть и в подходах к клиентам. По существу медико-социальная работа в наркологии это всего лишь раздел в медико-социальной работе с населением.
2. Профилактические программы направлены на предупреждение вовлечения в пробы и потребление алкоголя и (или) наркотиков, а также в злоупотреблении ими, - и более широко нацеленные на превенцию любых форм отклоняющегося поведения, включая аддиктивные болезни(поведенческое расстройство личности) и те или иные состояния зависимости. Терапевтические программы, решающие задачи оказания больным лечебной помощи, удержания их в режиме трезвости или отказа от приема наркотиков, проведения мер вторичной и третичной профилактики – восстановление физического, личностного и,

прежде всего, социального статуса больных. Не менее важны здесь программы, в рамках которых осуществляется социально-психологическая помощь членам семей и близким пациентов такими методами как: консультирование, реабилитация, обеспечение крова и пищи, помощь в трудоустройстве и других вопросах, касающихся положения человека в обществе.

Задание 14.

В нормальной семье, с постоянно работающими родителями, ребёнок 15 лет вдруг стал приходить домой с запахом спиртного.

1. В чем может быть причина употребления спиртного у ребёнка?
2. Какие меры как специалист вы примете? Какую из программ работы с клиентами лучше использовать?

Эталон ответа:

1. Причиной девиантного (отклоняющегося) поведения подростка может быть недостаточное внимание со стороны окружающих; родители уделяют мало времени воспитанию ребёнка; возможно родители не справляются со своими обязанностями; подросток связался с плохой компанией и перенимает привычки и действия своих сверстников; возможны расстройства психического плана, такие проблемы, с которыми ребёнок не в силах справиться и находит выход лишь в выпивке.
2. Специалист по социальной работе должен провести наблюдение за ребёнком; обязательно проверка условий социализации ребёнка и его родителей; проведение опроса окружающих о недавних изменениях в поведении подростка. Выяснение причины и постановка диагноза. После выяснения причины необходимо разработать программу возвращения ребёнка, его реабилитации, и принять необходимые меры по осуществлению этой программы. В зависимости от причины специалист выбирает метод работы с клиентом. К примеру, здесь может вполне помочь обычная профилактическая беседа.

Задание 15.

К фельдшеру обратилась мать по поводу болезни ребенка 5-ти лет. Жалобы на кашель, высокую температуру, вялость. Болен 5 дней. Из анамнеза известно, что в течение последнего года ребенок дважды перенес бронхит, отит, несколько раз ОРВИ. В последнее время ухудшился слух. В возрасте 3х лет у ребенка была диагностирована анемия, по поводу которой он дважды получал переливание крови. При осмотре: состояние средней тяжести, ребенок бледный, небольшая одышка. На нижней губе и на слизистой оболочке полости рта, носоглотки герпетические высыпания (держатся около 2-х недель, лечили стоматит без успеха). Увеличены затылочные, передне- и заднешейные лимфоузлы, а также подчелюстные и подмышечные, величиной от горошины до мелкой фасолины. Они плотные, безболезненные, не спаянные. В легких рассеянные сухие, а в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень пальпируется по краю реберной дуги. Других изменений не определяется.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз и путь заражения.
2. Расскажите об особенностях ВИЧ-инфекции у детей, о принципах лечения ВИЧ-инфекции.

Эталон ответа:

1. Предположительный диагноз: ВИЧ-инфекция, СПИД.
2. У детей отмечается короткое течение заболевания, раннее появление неврологической симптоматики. Около 80% детей, больных СПИД-ом, умирают от пневмонии. При внутриутробном инфицировании дети рождаются неполноценными. Если инфицирование произошло во время родов, то дети с первых месяцев отстают в нервно-психическом и физическом развитии.

Задание 16.

В инфекционное отделение ЦРБ поступил пациент М., 24 лет, с жалобами на многократный жидкий стул с небольшой примесью крови в течение недели. Из анамнеза: в течение 3-х лет принимает наркотики внутривенно, 2 года назад был поставлен диагноз - ВИЧ-инфекция.

1. Определите проблемы пациента.
2. Расскажите о путях передачи и принципах профилактики ВИЧ-инфекции.

Эталон ответа:

1. Ухудшение состояния пациента, связанное с развитием вторичных заболеваний на фоне иммунодефицита при ВИЧ-инфекции. Настоящие проблемы: многократный жидкий стул – диарея; потеря аппетита; слабость. Потенциальная проблема: обезвоживание. Приоритетная проблема: диарея.
2. Пути передачи ВИЧ-инфекции: половой, парентеральный, вертикальный.

Задание 17.

Больная, 36 лет, находилась на стационарном лечении в отделении ЧЛХ с переломом нижней челюсти в области подбородочного отверстия слева. В стационаре наложены двучелюстные назубные шины с зацепными петлями и межчелюстным эластическим вытяжением. В удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное долечивание. Лечение проходит с положительной динамикой.

1. На каком этапе реабилитации находится данная пациентка? Какие методы физической реабилитации максимально возможны в отношении больной?
2. Какие виды реабилитации могут быть назначены на этом этапе?

Эталон ответа:

1. На амбулаторном этапе реабилитации. Гигиена полости рта.
2. Охранительный режим. Стол 15-Т. Остерегаться от переохлаждений. Менять тягу раз в 7 дней. Орошение полости рта антисептиками.

Задание 18.

Больной К., пенсионер 72г. находился на лечении с диагнозом хронический паренхиматозный сиалоаденит правой околоушной слюнной железы в стадии обострения. После стационара направлен на лечение в санаторий.

1. На каком этапе реабилитации находится пациент?
2. Показана ли данному пациенту трудовая реабилитация?

Эталон ответа:

1. Санаторно-курортный.
2. Нет.

Задание 19.

Больной 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Кашляет постоянно, но больше по утрам. Периодически поднимается температура и выделяется гнойная мокрота. Пять лет назад был поставлен диагноз – хронический бронхит. Медики рекомендовали бросить курить, но он к их советам не прислушался. Женился, в семье родился сын, ему два года. У него приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче. Пациент курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки его гонят соседи.

1. Какие факторы риска у пациента и его сына?
2. Составьте памятку для пациента «О вреде табакокурения».

Эталон ответа:

1. Факторы риска у пациента – активное курение. У его сына – пассивное курение.
2. Больной Пациент, выкуривая по две пачки сигарет в день, Вы вредите не только своему здоровью, но и здоровью сына. А также здоровью жены. Сын болеет только из-за Вашей вредной привычки к табакокурению.

Дети, живущие в накуранных помещениях, чаще и намного сильнее страдают заболеваниями органов дыхания. У детей курящих родителей увеличивается частота бронхитов и пневмоний, повышается риск серьезных заболеваний.

Табачный дым, кроме того, задерживает солнечные ультрафиолетовые лучи, которые важны для ребенка 2-3 лет, влияет на его обмен веществ, разрушает витамин С, необходимый ему в период роста. В семьях, где курят, у детей намного чаще наблюдаются пневмонии и ОРЗ, дети ослаблены. В семьях, где нет курящих, дети практически здоровы. Категорически запрещается курить в комнате, где находится беременная женщина, кормящая мать или ребенок. Курящие родители подадут дурной пример своим детям. Если Вы дорожите своим сыном срочно бросайте курить.

Задание 20.

Мужчина 28 лет. Курит с 15 лет, в настоящее по две пачки сигарет в день. Кашляет постоянно, но больше по утрам. Периодически поднимается температура и выделяется гнойная мокрота. Пять лет назад был поставлен диагноз хронический бронхит. Медики рекомендовали бросить курить, но он к советам не прислушался. Курящие родители подадут дурной пример своим детям. Пациент женился, в семье родился сын, ему три года. У него приступы удушья по ночам. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма. Уже несколько раз мальчик лечился в стационаре, где ему сразу становится легче, как отмечает мама. Пациент курит чаще всего в квартире, балкона нет, на лестничной площадке запрещают курить соседи.

1. Какие факторы риска у пациента и его сына?
2. Составьте план и тезисы индивидуальной беседы с пациентом «О вреде табакокурения».

Эталон ответа:

1. Факторы риска у пациента – активное курение. У его сына – пассивное курение.
2. План индивидуальной беседы «О вреде табакокурения». Курение основной фактор риска развития онкологических заболеваний, болезней органов дыхания. От курения могут возникнуть атеросклероз сосудов, инфаркт миокарда, инсульт, ослабление иммунитета, а также происходит преждевременное старение организма, укорачивается продолжительность жизни. Действие никотина на нервную систему проявляется головной болью, головокружением, повышенной раздражительностью и утомляемостью. Отмечено угнетающее влияние никотина на половую функцию мужчин. Если Вы дорожите своим сыном срочно бросайте курить.

Задание 21.

Женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитие. Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: тортики, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д. Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Больной себя не считает.

1. Выявите факторы риска, имеющиеся у пациентки.

Эталон ответа:

1. Факторы риска у пациентки:
 - систематическое переедание;
 - гиподинамия;
 - ожирение.

Задание 22.

Вы находитесь на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальной гипертензией. В группе семь обучающихся, в том числе, пациент 43 лет, инженер. Женат,

имеет двоих детей: пяти и десяти лет. Месяц назад во время диспансерного осмотра у него было выявлено повышение АД до 200/100 мм рт. ст., на приеме у терапевта – 180/100 мм рт. ст. Прошел амбулаторное обследование. Диагноз - гипертоническая болезнь. Это же заболевание у матери и у тети пациента. По совету врача, приобрел тонометр и измеряет АД, когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведет, медикаменты принимает не регулярно. Рабочий день не нормированный, переутомляется. Питается два – три раза в сутки, всухомятку. Основной прием пищи приходится на вечер. Диету не соблюдает, любит сладости и крепкий кофе с сахаром. Курит десять лет, по 15 – 20 сигарет в день. Много после работы проводит времени за компьютером, играет в компьютерные игры по 2- 3 часа, хотя после болит голова. Спать ложиться поздно, за ночь не высыпается. По выходным употребляет умеренно алкогольные напитки. Рост – 190 см, вес -110кг (индекс массы тела-31, при норме 18,5- 24,9). Холестерин общий – 9,2 ммоль /литр (норма – менее 5,0), триглицериды – 3,5 ммоль/литр (норма – менее 2,0), сахар крови натощак – 4,6ммоль/литр (норма 3,3 – 5,5).

1. Составьте план обучения пациентов данной группы в Школе Артериальной гипертензии.

Эталон ответа:

1. План обучения пациентов данной группы в Школе Артериальной гипертензии.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии?

Занятие 2. Здоровое питание. Что надо знать пациенту о питании при артериальной гипертонии?

Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертония.

Занятие 4. Физическая активность и здоровье.

Занятие 5. Курение и здоровье (занятие для курящих)

Занятие 6. Стресс и здоровье.

Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертонии. Как повысить приверженность к лечению?

Задание 23.

Вы на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальными гипертензиями. Среди обучающихся, пациентка 50 лет, кондитер. Замужем, имеет троих детей. Муж страдает хроническим алкоголизмом. Во время диспансерного осмотра три года назад, у нее было выявлено повышенное артериальное давление до 170/100 мм ртутного столба. На приеме у терапевта – 150/100. Было проведено амбулаторное обследование. Диагноз – гипертоническая болезнь. У ее бабушки и отца была артериальная гипертензия. В школе обучается впервые, диету не соблюдает, принимает медикаменты, назначенные врачом, нерегулярно. Очень устает на работе, частые стрессы из-за скандалов с мужем и детьми, любит поесть на ночь, так же очень любит жирную и соленую пищу. Выходные проводит дома, любит подольше поспать, а потом смотреть часами телевизор, сидя в кресле.

Рост - 173, вес - 93 кг. Холестерин – 8,3 ммоль., сахар в крови – 4,4 ммоль.

1. Дайте пациентке рекомендации по самоконтролю и вторичной профилактике при артериальной гипертензии.

Эталон ответа:

1. Рекомендации по самоконтролю и вторичной профилактике при артериальной гипертензии.

Вы должны снизить избыточную массу тела (закономерно сопровождается снижением АД).

Комплексно изменить диету (основные принципы диетического питания: индивидуально подобранное снижение общей энергетической ценности пищевого рациона, применение гипокалорийной диеты с умеренным ограничением до 2000ккал в сутки).

Увеличьте потребление углеводов, содержащихся в овощах, зелени, не очень сладких фруктах и ягодах обладающих невысокой энергетической ценностью и достаточным количеством клетчатки;

Попробуйте «помидорную диету» - в помидорах, есть вещества препятствующие образованию токсичных кислородных радикалов, вызывающих повреждение и гибель клеток. В Вашей пище должно быть повышение содержания калия и магния (калий содержится в таких продуктах как печеный картофель, морская капуста, говядина, овсяная крупа, персики, курага; магний содержится в фасоли, орехах, изюме, кукурузе, инжире).

Необходимо резко ограничить потребление легкоусвояемых простых углеводов (сахар, варенье, конфеты и т. д.), резко уменьшить потребление продуктов, богатых холестерином (сливочное масло, сырокопченые колбасы, жирные сорта мяса, яичный желток и т. д.). Вместо них использовать растительные масла.

Отказаться от копченостей и солений, ограничить содержания жиров в рационе.

Уменьшить потребление поваренной соли до 5 грамм в сутки.

Снизить употребление кофе.

Последний прием пищи должен быть за 2-3 часа до сна.

Необходимо повысить физическую активность, меньше проводить времени на диване у телевизора, больше гулять, ходить в парк, к водоемам, выезжать на природу за город...

Соблюдать режим дня, стараться полноценно отдыхать.

Научиться преодолевать и противостоять стрессовым ситуациям.

Положите мужа в наркологическую больницу, пролечите его и Вам будет легче.

Вам необходимо проводить мониторинг артериального давления и пульса (измерение АД несколько раз в сутки) и вести "дневник самоконтроля", регулярно принимать гипотензивные препараты.

Строго следовать советам врача!

Задание 24.

Пациент 53 лет, бухгалтер. Женат, имеет двоих детей: семи и десяти лет. Месяц назад во время диспансерного осмотра у него было выявлено повышение АД до 180/100 мм рт.ст., на приеме у терапевта – 170/100 мм рт. ст. Прошел амбулаторное обследование. Диагноз - гипертоническая болезнь. Это же заболевание у матери пациента. По совету врача, приобрел тонометр и измеряет АД, когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведет, медикаменты принимает не регулярно. Рабочий день не нормированный, переутомляется. Питается в рабочее время, в основном, бутербродами с маслом и жирной колбасой. Основной прием пищи обильный, поздно вечером. Диету не соблюдает. Курит три года, по 10 – 15 сигарет в день. Много после работы проводит времени за просмотром телевизора. Спать ложиться не раньше часа ночи. По выходным употребляет умеренно алкогольные напитки. Рост – 180 см, вес - 92 кг (индекс массы тела - 29, при норме 18,5- 24,9).

1. Составьте план обучения для пациента в Школе Артериальной гипертензии.

Эталон ответа:

1. Вы должны снизить избыточную массу тела (закономерно сопровождается снижением АД). Комплексно изменить диету (основные принципы диетического питания: индивидуально подобранное снижение общей энергетической ценности пищевого рациона, применение гипокалорийной диеты с умеренным ограничением до 2000 ккал в сутки).

Увеличьте потребление углеводов, содержащихся в овощах, зелени, не очень сладких фруктах и ягодах обладающих невысокой энергетической ценностью и достаточным количеством клетчатки.

Попробуйте «помидорную диету» - в помидорах, есть вещества препятствующие образованию токсичных кислородных радикалов, вызывающих повреждение и гибель клеток. В Вашей пище должно быть повышение содержания калия и магния (калий содержится в таких продуктах как печеный картофель, морская капуста, говядина, овсяная крупа, персики, курага; магний содержится в фасоли, орехах, изюме, кукурузе, инжире).

Необходимо резко ограничить потребление легкоусвояемых простых углеводов (сахар, варенье, конфеты и т. д.), резко уменьшить потребление продуктов, богатых холестерином

(сливочное масло, сырокопченые колбасы, жирные сорта мяса, яичный желток и т. д.). Вместо них использовать растительные масла.

Отказаться от копченостей и солений, ограничить содержания жиров в рационе.

Уменьшить потребление поваренной соли до 5 грамм в сутки.

Снизить употребление кофе.

Последний прием пищи должен быть за 2-3 часа до сна.

Необходимо повысить физическую активность, меньше проводить времени на диване у телевизора, больше гулять, ходить в парк, к водоемам, выезжать на природу за город...

Соблюдать режим дня, стараться полноценно отдыхать.

Научиться преодолевать и противостоять стрессовым ситуациям.

Положите мужа в наркологическую больницу, пролечите его и Вам будет легче.

Вам необходимо проводить мониторинг артериального давления и пульса (измерение АД несколько раз в сутки) и вести "дневник самоконтроля", регулярно принимать гипотензивные препараты. Строго следовать советам врача!

Задание 25.

На прием к врачу обратилась женщина 44 лет с жалобами на жажду, сухость во рту, отеки на нижних конечностях. В анамнезе сахарный диабет, гипертоническая болезнь у мамы. Работает поваром в детском саду. При обследовании: вес 96 кг., рост 150 см. АД 135/80 мм. рт. ст., сахар крови натощак 11 ммоль/л. Общий холестерин 6,5 ммоль/л.

1. Какие факторы риска могли привести к данному заболеванию.

2. Назовите хроническое неинфекционное заболевание у пациентки.

Эталон ответа:

1. Наследственность, гиподинамия, ожирение.

2. Сахарный диабет.

Задание 26.

На прием к участковому терапевту обратился мужчина 46 лет с жалобами на кашель с трудноотделяемой мокротой, одышку. Из анамнеза: курит по 1 пачке сигарет в день, в течение 30 лет. В поликлинику ранее не обращался. При осмотре: кожные покровы цианотичные, ногти в виде «часовых стекол», грудная клетка бочкообразной формы, перкуторно звук коробочный, при аускультации дыхание жесткое, хрипы сухие свистящие по всем полям. АД на обеих руках (пр. 135/90 мм. рт. ст., лев. 138/90 мм. рт. ст.). Вес 80 кг, рост 175 см.

1. Назовите факторы риска.

2. Назовите хронические неинфекционные заболевания у данного пациента;

3. Дайте рекомендации по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;

Эталон ответа:

1. Курение;

2. Хроническая обструктивная болезнь легких.

3. Отказ от курения. Лечение и обследование в поликлинике.

Задание 27.

3. Мужчина, 30 лет. Рост - 172 см, вес – 89 кг. Курит по 15 сигарет в день в течение 10 лет. Работает экономистом в банке. Отец умер в сорок лет от острого коронарного синдрома.

1. Назовите факторы риска.

2. Какие хронические неинфекционные заболевания угрожают мужчине.

3. Дайте рекомендации;

Эталон ответа:

1. Курение, избыточная масса тела, наследственность, гиподинамия.

2. Сердечно-сосудистые, бронхолегочные, онкологические.

3. Отказ от курения, здоровый образ жизни, профилактика гиподинамии.

Задание 28.

На прием к участковому терапевту обратилась женщина 57 лет с жалобами на головную боль, возникающую на фоне подъема артериального давления, одышку при быстрой ходьбе, кашель с отхождением трудноотделяемой мокроты, боли в крупных суставах, сухость во рту, жажду (выпивает до 4 литров воды в день). Из анамнеза: повышение артериального давления отмечает в течение 3 лет, с максимальными цифрами АД до 175/105 мм. рт. ст., регулярно гипотензивное лечение не получает, периодически принимает таб. капотен 0,25 мг под язык при высоких цифрах АД. Вредные привычки: курит по 10 сигарет в день, в течение 10 лет. В поликлинику ранее не обращалась, обследования не проходила. Работает бухгалтером. При осмотре: повышенного питания (вес 100 кг, рост 163 см), кожные покровы сухие, следы расчесов. При измерении АД на обеих руках (пр. 165/95 мм.рт.ст., лев. 168/97 мм.рт.ст.), при аускультации дыхание жесткое, хрипы сухие по всем полям. Отеки на нижних конечностях.

1. Назовите факторы риска.
2. Назовите хронические неинфекционные заболевания у данной пациентки;
3. Дайте рекомендации по коррекции факторов риска хронических неинфекционных заболеваний;

Эталон ответа:

1. Артериальное давление, избыточная масса тела, курение, гиподинамия.
2. Гипертоническая болезнь, ожирение 2 ст., сахарный диабет?, хронический бронхит.
3. Отказ от курения, диета с ограничением животных жиров, углеводов, снижение массы тела, физическая активность (ходьба, плавание). Лечение и обследование в поликлинике.

Задание 29.

На прием к педиатру обратилась женщина с ребенком 6 лет, с жалобами на частые простудные заболевания, длительный, плохо поддающийся лечению кашель, отставание от сверстников в физическом развитии, быструю утомляемость. При опросе выяснено, что молодая семья проживает в общежитии втроем в одной комнате, отец ребенка курит в комнате в присутствии жены и ребенка.

1. Назовите факторы риска.
2. Как пассивное курение влияет на здоровье детей.
3. Дайте рекомендации;

Эталон ответа:

1. Пассивное курение.
2. Регулярное пребывание рядом с курящим (в роли пассивного курильщика) в 2,5 раза повышает у него риск сердечных заболеваний со смертельным исходом по сравнению с теми людьми, которые не подверглись действию вторичного табачного дыма. Наиболее чувствительны к табачному дыму дети до 5 лет. Пассивное курение способствует развитию у них гиповитаминозов, ведет к потере аппетита и расстройству пищеварения. Дети становятся беспокойными, плохо спят, у них бывает длительный, плохо поддающийся лечению кашель, чаще сухой, носящий приступообразный характер. В течение года они болеют бронхитом и острыми респираторными вирусными инфекциями (ОРВИ) 4-8 и более раз. Гораздо чаще, чем дети некурящих родителей, они заболевают и воспалением легких.
3. Отказ от курения отца, либо полный запрет курения в комнате. Закаливание, правильное полноценное питание, витамины и др.

Задание 30.

Мужчина 58 лет, экономист, обратился в «Центр здоровья» для обследования с профилактической целью. Жалоб нет. Рост 178 см. Вес 92 кг. АД 148/96 мм.рт.ст. На ЭКГ

–патологии нет. В связи с низкой физической активностью были рекомендованы умеренные физические нагрузки.

1. Оцените уровень АД.
2. Определите максимально допустимый пульс (МЧСС) при физических нагрузках (напишите формулу расчета);
3. Рассчитайте для данного пациента пульс при умеренной физической нагрузке.

Эталон ответа:

1. Уровень АД – артериальная гипертензия I степени. (Норма АД-< 140/90 мм.рт.ст.).
2. МЧСС = $220 - 58 = 162$ уд. в 1 мин. ($220 - \text{возраст} = \text{макс. ЧСС}$).
3. $(220 - 58) \times 55$ (допустимо 55-70)/ 100 = 89 уд. в 1 мин.

Задание 31.

В центр здоровья обратилась женщина 25 лет, работает экономистом, любит выпечку, спортзал не посещает. Мать и бабушка имеют ожирение с преимущественным отложением в области живота. При осмотре рост 169 см, вес 68 кг, окружность талии 78 см.

1. Есть ли у пациентки факторы, которые могут способствовать развитию ожирения.
2. Нуждается ли данная пациентка в проведении мер по профилактике развитию ожирения.
3. Перечислите перечень мероприятий, которых можно рекомендовать пациентке.

Эталон ответа:

1. Есть: генетическая предрасположенность, малоподвижный образ жизни, избыточное употребление легких углеводов.
2. Нуждается.
3. Ограничение употребления легких углеводов, расширение физической активности, поведенческая терапия.

Задание 32.

Мужчина 45 лет обратился в поликлинику по месту жительства к терапевту с просьбой в оказании помощи в отказе от курения. Курит в течение 26 лет по 20-30 сигарет в день.

1. В какое ЛПУ необходимо направить данного пациента?;
2. Какие инструментальные методы диагностики необходимо провести данному мужчине?
3. Врач какой специальности будет заниматься с данным пациентом?

Эталон ответа:

1. Центр здоровья.
2. Измерение роста и веса; тестирование на аппаратно-программном комплексе для скрининг-оценки уровня психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма; экспресс-оценка состояния сердца по ЭКГ-сигналам от конечностей; ангиологический скрининг с автоматическим измерением систолического артериального давления и расчета плече-лодыжечного индекса; экспресс-анализ для определения общего холестерина и глюкозы в крови; комплексную детальную оценку функций дыхательной системы; осмотр врача.
3. Прошедшие тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни в соответствии с учебной программой и учебными планами специалисты (чаще терапевты или врачи общей практики).

Задание 33.

Женщина 32 лет, обратился к врачу ОВП для получения рекомендаций по физическим нагрузкам. Не курит. Жалоб нет. Рост 166 см. Вес 78 кг. АД 124/ 84 мм.рт.ст. На ЭКГ – патологии нет.

1. Определите максимально допустимый пульс (МЧСС) при физических нагрузках (напишите формулу расчета).

2. С какой частотой в неделю должны выполняться физические нагрузки?

3. Какая продолжительность одного занятия?

Эталон ответа:

1. МЧСС = $220 - 32 = 188$ уд. в 1 мин. ($220 - \text{возраст} = \text{макс. ЧСС}$)

2. Не реже 3-5 раз в неделю

3. Цель - 20-60 минут на одно занятие. Для начинающих 5-10 минут на одно занятие.

Задание 34.

На прием к терапевту пришла женщина, 44 лет, работает бухгалтером в крупной компании, не обедает, предпочитает перекусывать на работе выпечкой, питьевым йогуртами, у матери и у бабушки ожирение с преимущественным отложением жира в области живота, мать страдает сахарным диабетом 2 типа. При осмотре рост 163 см, вес 82 кг, окружность талии 92 см, АД 125/80 мм рт. ст.

1. Назовите факторы, способствующие развитию ожирения у данной пациентки.

2. Дайте рекомендации по изменению образа жизни.

Эталон ответа:

1. Генетическая предрасположенность, сидячая работ, употребление в пищу избыточного количества легких углеводов.

2. Рекомендовано заменить перекусы в виде выпечки и сладких напитков на сбалансированный обед (салат, запеченные мясо, овощи, рыба, хлеб грубого помола).

Рекомендовать расширить физическую активность – ходьба по 30 мин. 3-4 раза в неделю.

Задание 35.

Мужчина 52 года, курит 18 сигарет в день в течение 20 лет.

1. Дайте рекомендации пациенту.

2. Основные страны – производитель табака.

3. Основные компоненты табачного дыма.

4. Что такое сигарета.

Эталон ответа:

1. Отказ от курения.;

2. Основными мировыми производителями и поставщиками табака являются Китай, Индия, США, Бразилия, Турция, Киргизия. Рынок табака является растущим и весьма перспективным.

3. Более 90% основного потока состоит из 350-500 газообразных компонентов, особо вредоносными из которых являются окись и двуокись углерода. Остальную часть основного потока представляют твердые микрочастицы, включающие различные токсические соединения. Содержание некоторых из них в дыме одной сигареты следующее: окись углерода, аммиак, фенол, ацетон, окись азота, цианистый водород, радиоактивный полоний. Основной поток табачного дыма образуют 35% сгорающей сигареты, 50% уходят в окружающий воздух, составляя дополнительный поток, от 5 до 15% компонентов сгоревшей сигареты остается на фильтре. В дополнительном потоке окиси углерода содержится в 4-5 раз, никотина и смол – в 50, а аммиака – в 45 раз больше, чем в основном.

4. Сигарéта (от французского cigarette — маленькая сигара) — бумажный цилиндр, внутри которого находится измельчённый табак для курения. Сигареты и некоторые другие изделия, содержащие табак - это изделия, разработанные таким образом, чтобы создавать и поддерживать зависимость, и что многие содержащиеся в них компоненты и выделяемый ими дым являются фармакологически активными, токсичными, мутагенными и канцерогенными.

Задание 36.

Женщина 35 года, курит 7 лет по 6 сигарет в сутки.

1. Дайте рекомендации женщине.

2. Влияние табакокурение на развитие плода.

Эталон ответа:

1. Отказ от курения.
2. Курение беременной женщины вызывает: спазм маточных сосудов с замедлением маточно-плацентарного кровотока, продолжающийся 20-30 минут после одной выкуренной сигареты; подавление дыхательных движений плода; появление в крови плода никотина и других токсических веществ, что приводит к задержке роста, массы тела и рождению ребенка с ее дефицитом; отмечается развитие легочной патологии, как у новорожденного, так и у детей более старшего возраста; увеличивается риск перинатальной смертности и синдрома внезапной смерти в неонатальном периоде. Курение, особенно после четвертого месяца беременности, может стать причиной серьезных осложнений, таких как маточное кровотечение, досрочное отделение детского места, преждевременное излитие околоплодных вод и, наконец, выкидыш и преждевременные роды (медики считают, что курение становится их причиной в 14% случаев). Курение во время беременности способствует рождению детей с черепно-лицевыми аномалиями, сомнению уже не подлежит.

Задание 37.

Мужчина 65 года, курит 20 сигарет в день в течение 40 лет. Жалобы на кашель в течение последних трех лет с отхождением мокроты больше в утренние часы, одышку при физической нагрузке.

1. Дайте рекомендации пациенту.
2. Для чего добавляют ароматизаторы в табачные изделия.
3. Основные виды некурительных табачных изделий.
4. Что такое никотин.

Эталон ответа:

1. Консультация пульмонолога, лечение, отказ от курения.
2. Аромат дыма табачных изделий улучшают путем добавления к резаному табаку спиртовых растворов эфирных масел, синтетических веществ ванильного типа, пищевых эссенций и подобных им веществ — ароматизаторов. Этот процесс называется ароматизацией табака. Добавки преднамеренно вводятся в табачные изделия в течение производственного процесса для выполнения различных функций, в частности, чтобы сделать изделия более приемлемыми для потребителей. Например, некоторые ароматизаторы могут улучшить вкус, что облегчает начало курения молодыми людьми. В присутствии других добавок дым становится менее едким и его легче вдыхать, в то время как иные добавки продлевают горение сигареты.
3. Некурительные табачные изделия - табачные изделия, предназначенные для сосания, жевания или нюханья: Табак сосательный (снюс), табак жевательный (брикеты, скрутки), табак нюхательный, насвай.
4. Никотин является естественным компонентом табачных растений и это наркотик и сильный яд. Никотин легко проникает в кровь, накапливается в самых жизненно важных органах, приводя к нарушению их функций. В больших количествах никотин весьма токсичен. Никотин является естественной защитой табачного растения от поедания насекомыми. Никотин обладает в три раза большей токсичностью, чем мышьяк. Когда никотин попадает в мозг, он предоставляет доступ к воздействию на разнообразные процессы нервной системы человека. Отравление никотином характеризуется: головной болью, головокружением, тошнотой, рвотой. В тяжелых случаях потеря сознания и судороги. Хроническое отравление - никотинизм, характеризуется ослаблением памяти, снижением работоспособности.

Задание 38.

Мужчина 53 года, курит 15 сигарет в день в течение 25 лет.

1. Дайте рекомендации пациенту.

2. Что такое легкие сигареты.

Эталон ответа:

1. Отказ от курения.

2. Легкие», ментоловые и с «пониженным содержанием смол» сигареты также вредны для здоровья, как и обычные. Перейдя на «легкие» сорта, курильщики склонны увеличивать количество выкуриваемых сигарет, сильнее и чаще затягиваться, увеличивая дозу полученного никотина и смол. Сигареты с ментолом, представляемые более изысканными, женскими, освежающе ароматными, формируют табачную зависимость даже быстрее обычных. Высокотехнологичные фильтры сигарет, хотя и кажутся надежной защитой, на самом деле являются еще одной уловкой производителей – курильщик и окружающие все равно получают солидную дозу вредных веществ, никотина и дыма.

4. Смола – это все то, что содержится в табачном дыме, за исключением газов, никотина и воды.

Задание 39.

Девушка 18 лет, не курит, желает попробовать.

1. Дайте рекомендации девушке.

2. Вред курения кальяна.

3. Что такое табачная зависимость.

Эталон ответа:

1. Категорический отказ от курения, рассказать о вреде курения.

2. За один час курения кальяна человек вдыхает в 100—200 раз больше дыма, чем при выкуривании одной сигареты, при этом происходит попадание в легкие большого количества угарного газа, несмотря на меньшее содержание вредных веществ и никотина. Необходимость прикладывать определенное усилие приводит к проникновению дыма в более глубокие участки лёгких (в нижние дыхательные пути). Если курение происходит в непроветриваемом помещении, то добавляется эффект пассивного курения. Кальян обычно курится в компании, поэтому есть опасность передачи через слюну на мундштуке некоторых заболеваний.

3. Табачная зависимость может быть определена как «группа поведенческих, когнитивных и психологических симптомов, которые развиваются после повторного использования табака и, обычно, включают сильное, сложно – контролируемое желание курить, сохраняющее эту привычку, несмотря на вредные последствия, возрастание толерантности к никотину и наличие (физических) симптомов отмены». Американская психологическая ассоциация определяет табачную зависимость как никотиновую наркоманию.

Задание 40.

Мужчина 40 лет заболел гриппом: температура 39 градусов С, сильная головная боль, боли в горле, мышцах. Добрые друзья дают совет: «Приди домой, выпей водки - завтра жив и здоров!».

1. Оцените этот дружеский совет с точки зрения медицины

2. Какие осложнения возможны при употреблении алкоголя во время тяжелой инфекции?

Эталон ответа:

1. Совет дан неправильный и, с точки зрения медицины, - безграмотный, так как приём алкоголя во время инфекции может только ослабить иммунитет.

2. Приём алкоголя на фоне высокой лихорадки и вирусной интоксикации может привести к отеку мозга, судорогам и стойкому снижению артериального давления (шоку).

Задание 41.

Мы вернулись домой после напряженного трудового дня. По дороге встретился молодой сосед, который гостеприимно пригласил Вас к себе выпить вина, снять усталость и расслабится. Сам он работает на тяжелой физической работе и употребляет небольшие дозы алкоголя почти каждый день.

1. Можно ли улучшить алкоголем аппетит перед ужином?
2. На чем основан положительный эффект алкоголя при усталости?
3. Как бы Вы сняли усталость в данной ситуации?

Эталон ответа:

1. Да, небольшие дозы алкоголя (аперитива) могут в какой-то мере стимулировать аппетит.
2. Этанол повышает выброс собственного адреналина в кровь, что усиливает образование энергии, улучшает настроение. При этом ощущение усталости на какое-то время отступает, но потом возобновляется в большей степени.
3. Контрастный душ, вкусный калорийный ужин, интересный фильм и доброе общение с близкими. При этом – не забыть о домашних заданиях на завтра!

Задание 42.

У нашего народа есть меткое выражение: «Пропил мозги»

1. На чем основано это наблюдение?
2. Можно ли с ним согласиться в наше время?
3. Через сколько лет после регулярного приёма алкоголя можно ожидать деградацию личности?

Эталон ответа:

1. Этой фразой наблюдательный русский народ издавна характеризует алкогольную деградацию личности у длительно пьющих людей. Как правило, у них в этой стадии уже потеряно все: семья, работа, материальные и духовные ценности.
2. Да. И в нынешнее время можно наблюдать быстрое развитие алкогольной энцефалопатии у людей, злоупотребляющих алкоголем. Для неё характерны: снижение памяти на недавние события, неспособность осваивать новые навыки, примитивность мышления, потеря жизненных ценностей и пр.
3. Как правило, через 5-7 лет.

Задание 43.

В нашей группе разгорелись дебаты по поводу законопроекта, принятого Государственной думой, об ограничении торговли алкогольной продукцией вблизи школ, техникумов, детских садов, принят закон об ограничении демонстрации рекламы пива и табака в СМИ в дневное время. Часть одноклассников категорически против этого новшества.

1. Почему этого закона не было раньше?
2. Почему нельзя принять абсолютный «сухой» закон?
3. Какой должна быть позиция по врачу этому вопросу?

Эталон ответа:

1. Отсутствие ограничений на торговлю алкоголем было связано, возможно, с тяжелым экономическим состоянием страны в «постперестроечные» годы. При этом алкоголь являлся самым простым и быстрым способом забрать у населения зарплату обратно в казну.
2. Принятие абсолютного «сухого» закона, с одной стороны, крайне невыгодно государству, а с другой – может привести к активному потреблению населением суррогатов алкоголя и массовым отравлениям.
3. Позиция врача может быть только однозначной – полное согласие с данным законопроектом. Борьба за здоровье молодежи является приоритетной задачей не только всей российской медицины, но каждого врача.

Задание 44.

В гости к родителям пришел их бывший одноклассник и рассказал, что на работе сплошные придирки начальства, дома – скандалы с женой из-за денег, дети не уважают и не считаются со мнением. В течение года – несколько больничных листков из-за небольших травм («на улице - гололед, дома – лестница скользкая»). Последние недели – бессонница из-за тяжелых мыслей, иногда подташнивает, вздувает живот. Визуально: лицо несколько отёчно, «сосудистые звездочки» на щеках, немного трясутся руки. При общении многословен, перебивает собеседника, быстро перескакивает на другую тему. Считает, что его никто не ценит. При этом обида на жизнь чередуется с агрессией. По впечатлениям родителей, их знакомый за последнее время очень изменился (в школе был успешным и добрым человеком).

1. Можно ли в данном случае заподозрить скрытую алкогольную зависимость?
2. Можно ли ему помочь?
3. Как правильно построить беседу при общении?

Эталон ответа:

1. Да, имеются признаки скрытой алкогольной зависимости.
2. Да, помочь не только можно, но и нужно. При продолжающейся социальной изоляции больного, безысходности, ненависти окружающих возможен суицид на фоне алкогольного опьянения. Пути: приглашать в гости с женой, помочь найти новую работу, поговорить с детьми (не выдавая своих подозрений).
3. При повторных встречах вспоминать его школьные заслуги, авторитет, перспективность, спортивные успехи. Придумать дело, в котором могут проявиться былые таланты этого человека. Призвать семью к пониманию и поддержке. То-есть, все усилия должны быть направлены на создание возможности альтернативной модели жизни. При этом ни в коем случае нельзя выдавать свои подозрения насчет «тайного» алкоголизма – к наркологу он не пойдет, а к Вам доверие потеряет.

Задание 45.

К участковой медицинской сестре обратилась больная С., 48 лет. Говорит, что не знает к кому обратиться, так как сама не может справиться со своим горем. После наводящих вопросов медицинской сестры призналась, что связывает ухудшение самочувствия с внезапной гибелью сына, который скончался месяц назад в результате автомобильной катастрофы. Когда получила это известие, «как оцепенела», не могла плакать. Не плакала даже на похоронах, «не верила в произошедшее». Плохо спит, постоянно думает о сыне, винит себя в том, что не предотвратила эту роковую поездку. Рассматривает его фотографии, вещи, плачет. Не может ничего делать по дому, на работу ходит через силу, испытывает постоянную потребность поделиться с окружающими своими переживаниями. Время идет, а рана не заживает. Беспокоит плохое самочувствие: нарушение сна, слабость, отсутствие аппетита и похудание. При разговоре плачет, рассказывая о сыне. При перемене темы разговора успокаивается, критически оценивает ситуацию.

1. К какому пограничному психическому расстройству привел данный стресс
2. Дайте определение стресса
3. Какая помощь показана пациентке

Эталон ответа:

1. У больной в результате потери сына (стресс утраты) развилось депрессивное расстройство;
2. Стресс - это неспецифический ответ организма на любое предъявленное к нему требование. С точки зрения стрессовой реакции не имеет значения, приятна или неприятна ситуация, с которой мы столкнулись. Имеет значение лишь интенсивность потребности в перестройке или адаптации

3. Необходимо проведение психотерапии и лечение психотропными препаратами. Нужно рекомендовать обратиться к психиатру/психотерапевту

Задание 46.

Пациентка 51 года пожаловалась участковой медицинской сестре, что в течение 3-х лет неоднократно лечилась и обследовалась в стационаре по поводу упорных, частых головных болей, но положительного эффекта не отмечает. Принимает много анальгетиков (до 10-15 таблеток в сутки) для купирования головной боли. Говорит, что не знает к кому обратиться. Со слов врачей, объяснить такие упорные головные боли результатами обследования головного мозга нельзя. При расспросе рассказала, что 3 года назад была прооперирована по поводу миомы матки в онкодиспансере, т.к. до самого конца думали о злокачественном образовании. Однако гистологическое исследование исключило злокачественное новообразование. В этот же период женился сын, и молодые стали жить вместе с пациенткой. Из-за упорных головных болей пациентка прекратила работать, является домохозяйкой.

1. Маркером какого пограничного психического расстройства являются хронические головные боли?

2. Дайте определение вида стресса у данной пациентки.

3. Какие еще стрессовые события повлияли на суммарный уровень стресса у данной пациентки?

Эталон ответа:

1. Депрессии.

2. Стресс угрозы тяжелого заболевания (злокачественного новообразования)

3. Период гормональной перестройки (климакс), женитьба сына, совместное проживание с молодой семьей.

Задание 47.

3. К участковой медицинской сестре обратилась дочь пациентки 76 лет. Со слов дочери, пациентка переехала на постоянное место жительства из другого города 3 года назад. Пациентка по собственному желанию проживает одна, дочь помогает материально. До переезда пациентка работала врачом, чувствовала себя удовлетворительно. За последние 3 года пациентка похудела на 25 кг. Обследовалась в поликлинике по поводу онкологического заболевания: результаты отрицательные. При расспросе выяснилось, что после переезда у пациентки сниженный фон настроения, скучает по своим друзьям; сейчас, здесь в этом городе, у нее практически нет круга общения. Дочь много работает, уделять много времени матери не может. Дочь просит совета, как помочь матери.

1. Укажите наиболее вероятное заболевание, которое привело к ухудшению состояния.

2. Назовите наиболее значимые стрессоры для данной пациентки.

3. Подскажите дочери пути решения проблемы.

Эталон ответа:

1. Депрессия.

2. Перестала работать, смена места жительства, отсутствие системы социальной поддержки (друзья, коллеги и т.п.).

3. Работа на общественных началах (напр., ухаживать за маленькими детьми, работа в «домах пионеров»: ведение кружка по вязанию, рисованию и т.п.) или низкооплачиваемая, но в коллективе (контролер в театре и т.п.); «группы здоровья»: и физическая активность, и общение; задействовать членов семьи дочери: навещать пациентку по очереди (дочь, затем муж дочери, дети дочери и т.п.), чаще звонить. При неэффективности – консультация психиатра/психотерапевта.

Задание 48.

4. Мужчина 66 лет после смерти жены переехал на постоянное место жительства в город ближе к дочери и сыну. В связи с переездом последние 9 месяцев не работает. По собственному желанию проживает один, дети помогают материально. Однако последние 3 месяца стал себя плохо чувствовать: плохо спит, понижен аппетит, часто отмечает боли по ходу позвоночника, в суставах ног. Обследовался в поликлинике: острого соматического заболевания не выявлено.

1. Дайте определение, что такое «стрессор».

2. Назовите наиболее значимые стрессоры для данного пациента.

Эталон ответа:

1. Стрессор – это факторы, которые вызывают стрессовую реакцию.

3. Смерть супруги, перестал работать, смена места жительства, отсутствие системы социальной поддержки (друзья, коллеги и т.п.).

Задание 49.

5. Больной П., 42 года, обратился в поликлинику с жалобами на ощущение нехватки воздуха, страх смерти от удушья. Чувствовал себя практически здоровым до недавнего времени, пока однажды ночью не случился приступ: глубоко вдохнуть не мог, возникло ощущение «кома» за грудиной, препятствия в трахее. Удушье сопровождалось сердцебиением, дрожью в теле и сильным страхом. Не мог уснуть. Вышел на балкон, дышал свежим воздухом, пока не успокоился. После этого приступы стали беспокоить все чаще, особенно под утро (в 4-5 часов утра), просыпался в панике, выходил на балкон или улицу, гулял на воздухе, пока не нормализовалось дыхание. По совету жены пытался принимать настой валерианы, новопассит, но это не помогало. Прекратил сексуальные контакты с женой, из боязни, что это спровоцирует новый приступ. Жалуется на потерю веса. Уверен, что у него тяжелая болезнь легких (возможно, бронхиальная астма), боится, что однажды ночью умрет от приступа. При прицельном расспросе выяснилось, что первый приступ возник после конфликта с начальством на работе, где был поставлен вопрос об его увольнении, как несоответствующего занимаемой должности. Когда ухудшилось соматическое состояние, сам уволился с работы по собственному желанию и не знал, что ему дальше делать. Настроение снижено, тревожен, не уверен в себе и своих силах. Пессимистичен в отношении будущего, считает себя не способным продолжать работу, так как кроме деятельности в министерстве больше ничего не умеет.

1. Укажите основной стрессор у данного пациента.

2. Какие еще стрессовые события повлияли на суммарный уровень стресса у данного пациента.

3. Подскажите пути решения проблемы.

Эталон ответа:

1. Пережитое психотравмирующее событие - конфликт с начальством на работе.

2. Увольнение с работы, прекращение сексуальной жизни.

3. Работа по специальности, поддержка семьи, убеждение врача об отсутствии у пациента соматической патологии.

Задание 50.

Женщина, 75 лет, предъявляет жалобы на боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, усиливающиеся при наклоне, ходьбе и иррадиирующие по задней поверхности правого бедра, сопровождающиеся чувством онемения, «ползания мурашек». Боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, связанные с движением, отмечает в течение более 20 лет. Последние 3 месяца боли носят упорный характер, практически не купируются нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП), назначаемые по поводу п/к остеохондроза с болевым синдромом. Общий анализ крови и мочи – без патологических изменений. При осмотре – кифоз грудного отдела позвоночника («вдовий горб»), болезненность паравертебральных точек. Пациентка пониженного питания.

1. Назовите наиболее вероятную причину упорного болевого синдрома и искривления позвоночника.
2. Дайте рекомендации по питанию.
3. Дайте рекомендации по образу жизни.

Эталон ответа:

1. Несвоевременная терапия. Запущенность заболевания.
2. Гимнастика, изометрические упражнения; устранение таких факторов риска, как курение, прием алкоголя.
3. Ограничение чрезмерных физических нагрузок; исключение злоупотребление алкоголя; умеренные физические нагрузки.

Задание 51.

В крупных городах повышаются загрязненность выбросами крупных промышленных предприятий, выхлопных газов машин; которые содержат сернистый газ, соли тяжелых металлов, окись углерода. Каково влияние этих веществ на организм человека?

Эталон ответа:

Воздействие сернистого газа и его производных на человека и животных проявляется, прежде всего, в поражении верхних дыхательных путей. Сернистый газ может нарушить углеводный и белковый обмен снизить сопротивляемость организма к возбудителям инфекций. Под влиянием сернистого газа и серной кислоты происходит разрушение хлорофилла в листьях растений, в связи, с чем ухудшается фотосинтез и дыхание, повышается уровень содержания углекислого газа, замедляется рост, снижается качество древесных насаждений и урожайность сельскохозяйственных культур, а при более высоких дозах воздействия растительность погибает. Опасность выбросов сернистых соединений заключается в их массивности, токсичности, и сравнительно большом сроке жизни. Так называемые кислые дожди вызывают повышение кислотности почв, что снижает эффективность применения минеральных удобрений на пахотных землях.

Тяжелые металлы, такие как железо, медь, молибден, кобальт, марганец участвуют во многих биологических процессах и в определенных количествах необходимы для функционирования живых организмов. С другой стороны, в больших количествах тяжелые металлы и их соединения могут вызывать ряд заболеваний.

Живые организмы способны накапливать тяжелые металлы. Свинец. При употреблении 1-8 мг свинца в сутки наступает хроническое отравление организма человека. Оно проявляется в общей слабости, боли в животе, нарушении функций почек, анемии. Кадмий. Этот элемент способен поражать такие органы, как легкие, печень, почки, поджелудочную железу. Кроме того, соли кадмия несут генетическую угрозу в связи с их мутагенными и канцерогенными свойствами. Хром. Интоксикация хромом приводит к головной боли, похудению, поражению почек. Повышается риск развития запальных процессов, например катарального воспаления легких. Никель. Накапливается в печени, поджелудочной и щитовидной железе. При хроническом отравлении никелем возникает аллергия, дерматиты, риниты, бронхиальная астма. Ртуть. Ртуть имеет сродство к SH-группам, чем объясняется ее большая опасность для организма. Этот элемент ингибирует синтез белка. Ртуть накапливается в почках, мозге и в других тканях, обогащенных липидами. Кальций. При употреблении больше, чем 2,5 г кальция в сутки, проявляется его негативное действие (повышенное свертывание крови, стенокардия, нефрокальциноз и др.). Стронций. Этот элемент за многими свойствами подобный кальцию. Он способен замещать кальций, вызывая развитие остеопороза, остеохондроза и стронциевого рахита. Оксид углерода чрезвычайно ядовит. СО вдыхается вместе с воздухом и поступает в кровь, где конкурирует с кислородом за молекулы гемоглобина. Чем больше СО содержится в воздухе, тем больше молекул гемоглобина связывается с ним и тем меньше кислорода достигает клеток организма. Нарушается способность крови доставлять кислород к тканям, вызываются спазмы сосудов, снижается иммунологическая активность

человека, сопровождающиеся головной болью, потерей сознания и смертью. По этим причинам СО в повышенных концентрациях представляет собой смертельный яд. Больше всего при отравлении страдает ЦНС. При вдыхании небольшой концентрации (до 1 мг/л) – тяжесть и ощущение сдавливания головы, сильная боль во лбу и висках, головокружение, дрожь, жажда, учащение пульса, тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38-40°C. Слабость в ногах свидетельствует о распространении действия на спинной мозг. Чрезвычайная ядовитость СО, отсутствие у него цвета и запаха, а также очень слабое поглощение его активированным углем обычного противогаса делают этот газ особенно опасным.

Задание 51.

Вы живете в крупном городе, где много промышленных предприятий. Какими способами можно улучшить экологическую картину вашего города?

Эталон ответа:

Основными загрязнителями атмосферы города являются стационарные и передвижные источники. Предприятия угледобывающей, металлургической отраслей и коксохимического производства, которые относятся к стационарным, дают около 90% выбросов. К передвижным источникам относят транспортные средства. Среди них лидирует автомобильный транспорт, удельный вес которого уже составляет 32% и имеет четкую динамику к постоянному росту (на 76 % за последние 10 лет). Меры профилактики:

1. На предприятиях устанавливать новые очистные сооружения.
2. Введение метрополитена для уменьшения доли загрязнения автомобильным транспортом.
3. Разгрузка улиц города: строительство новых дорог, дорожных развязок.
4. Улучшение состояния окружающей природной среды и повышение эффективности использования природных ресурсов: зеленые насаждения, уменьшение сбросов сточных вод в водные объекты, сохранение и восстановление природных растительных ресурсов, сокращение образования несанкционированных свалок отходов производства и потребления.
5. Создание современной системы экологического мониторинга.

Задание 52.

Ситуационная задача №1

Светлана, женщина 44 года, замужем, детей нет, работает продавцом в небольшом магазине. Любит покушать, особенно ей нравится жирная и соленая пища, очень часто покупает выпечку. В выходные обязательно обедает в сети «МакДоналдс». При росте 175 см весит 110 кг. Вредных привычек не имеет. По вечерам и в выходные дни смотрит телевизор, очень любит телесериалы. Спорт считает бесполезной тратой времени. На работу ездит на общественном транспорте, хотя до места работы всего 300 м. Живет на 3 этаже многоквартирного дома, поднимается к себе на этаж только на лифте.

Наследственность отягощена сахарным диабетом 2 типа.

Укажите на самые основные факторы риска развития ХНИЗ у Светланы Никифоровны и предложите способы их устранения.

Эталон ответа:

Основные факторы риска развития ХНИЗ и способы их устранения:

1. Уважаемая Светлана! Контролируйте свой вес. Постарайтесь сбросить лишние килограммы, придерживаясь здорового образа жизни: питание в соответствии с энергетическими потребностями и достаточный уровень физической активности. Снижение рисков ХНИЗ наступает сразу же после избавления от избыточного веса; так, сбросив 7% вашего веса, вы снижаете риск заболевания многих ХНИЗ более чем в два

раза. Если у Вас уже развились заболевания, после похудения может наступить значительное улучшение, прогнозы на будущее будут более оптимистичными.

2. Питайтесь правильно: старайтесь есть большое овощей, фруктов, сложных углеводов (каши, зерновой хлеб), нежирных белков (обезжиренные молочные продукты, нежирная рыба, белое мясо птицы).
3. Готовьте пищу в пароварке!
4. Нормализуйте свой рацион: питайтесь в соответствии с энергетическими тратами, употребляйте не более 170 г мяса в день, ограничьте потребление сахара (не больше 6 чайных ложек в день) и соли (не больше 5 г – примерно чайная ложка).
5. Наиболее вредный в плане влияния на риски развития ХНИЗ рацион питания включает в себя обилие жирных блюд и легкоусвояемых углеводов с высоким содержанием сахара, а также жареного, копченого, соленого, продуктов, повышающих уровень холестерина в вашей крови.
6. Избегайте слишком соленых блюд, откажитесь от жарки на масле.
7. Больше двигайтесь. Минимальный уровень физической активности составляет 150 минут любых физических упражнений в неделю, включая прогулки и работу по дому. Ходите на работу пешком. Поднимайтесь на этаж по лестнице.
8. Если вы не имеете возможности или недостаточно здоровы для того, чтобы заниматься спортом или фитнесом, включите в свое ежедневное расписание пешие прогулки и другие несложные дела, которые повысят ваш уровень физической активности.
- 9 Контролируйте артериальное давление. Пройдите обследование, назначенное врачом, в том числе биохимические анализы крови. Если у вас повышенное артериальное давление, Тщательно выполняйте все рекомендации своего лечащего врача и регулярно контролируйте уровень давления. Следите за своим самочувствием; при значительном повышении артериального давления принимайте меры, рекомендованные врачом.

Задание 53.

Илья 18 лет. Он живет в городе на юге нашей страны. С девяти лет у него приступы удушья. Врачи поставили диагноз: бронхиальная астма. Фактором, провоцирующим приступы удушья, лечащий врач считает частые простудные заболевания у Ильи и его приверженность к чипсам, газированным сладким напиткам. Приступы у Ильи на фоне лечения стали реже, но полностью не прошли. Илья прошел обучение астмы в школе в поликлинике по месту жительства.

Когда Илья был в гостях у бабушки (бабушка живет в горах в самом высокогорном селе), он чувствовал себя очень хорошо, приступов удушья не было, он питался продуктами только собственного хозяйства бабушки, часто гулял.

1. Как избежать воздействия на организм ребенка аллергенов?
2. Почему Ильяс чувствовал себя лучше у бабушки?

Эталон ответа:

1. Информировать медработников о наличии лекарственной аллергии при обращении в лечебные учреждения. В амбулаторной карте и в истории болезни пациента должна быть подробная информация о наличии аллергических реакций у пациента.
2. Ильяс у бабушки питался только натуральными продуктами, без добавок и консервантов, красителей. Дышал свежим разряженным высокогорным воздухом, богатым фитонцидами, отдыхал психологически – все это повлияло на устранение воздействия аллергенов искусственного происхождения на организм юноши.

Задание 54.

Патронажная сестра посетила семью с целью проведения лечебного патронажа. Семья состоит из 4 человек. Мать - 66 лет и состоит на диспансерном учёте по поводу сахарного диабета 2 типа, ожирение 2 степени, ИБС. Сын- 40 лет, работает инженером, страдает

поясничным радикулитом. Невестка-40 лет, руководитель фирмы, страдает ожирением 2 степени, на диспансерном учёте не состоит. Внучка-10 лет, учится в 3 классе. Жилищные условия хорошие. Мать страдает сахарным диабетом с 60 лет. Диету не соблюдает, мания принимает не регулярно. Жалуется на жажду, повышение аппетита, сухость и зуд кожных покровов.

При осмотре: питание повышено, кожа сухая, бледная, в паховых областях гиперемия, расчёсы. АД-160/100, пульс-80 ударов в минуту.

1. Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте пациента по вопросу рационального питания).
2. Дайте рекомендации по режиму.

Эталон ответа:

1. Рациональное питание при диабете 2 типа. Диета с исключением сахара, сладостей, с резким ограничением животных жиров, с ограничением углеводов. Все блюда готовить путем отваривания, запекания или на пару. Жареные блюда исключаются. Хлеб ржаной, белково-отрубной, белково-пшеничный, пшеничный из муки 2-го сорта, в среднем 300г в день, несдобные мучные изделия. Супы из разных сортов овощей, щи, борщи, нежирные мясные, грибные и рыбные бульоны. 6 Нежирные сорта мяса, говядина, телятина, кролик, курица. Молоко и кисломолочные напитки, творог, несоленый, нежирный сыр. 8 Яйца, омлеты. Крупы: гречневая, ячневая, пшенная, перловая, овсяная. Фрукты и овощи. Чай, кофе с молоком, соки из овощей, отвар шиповника. Пищу готовить без соли.
2. Прием пищи не большими порциями 5 - 6 раз в день. Температура пищи не слишком горячая и холодная от 20 до 60

Задание 55.

Патронажная медсестра района посетила на дому мужчину 47 лет, с целью профилактического патронажа. Пациент состоит на диспансерном учёте по поводу язвенной болезни желудка. Вредные привычки: пристрастие к спиртному, курение.

1. Проведите профилактические мероприятия при осуществлении сестринского ухода (проконсультируйте пациента по вопросу рационального питания).
2. Обучите пациента здоровому образу жизни.

Эталон ответа:

1. Здоровый образ жизни.

Алкоголь обладает раздражающим действием на желудок и стимулирует секрецию соляной кислоты и ферментов, поэтому алкоголь стоит исключить из рациона.

При курении часть табачного дыма попадает в желудок, скопление смол на слизистой оболочке способно разрушать защитную слизистую и способствовать образованию язвенных дефектов. Если пациент не может полностью отказаться от курения, то необходимо снизить количество выкуриваемых сигарет и отказаться от курения натощак.

2. Рациональное питание при язвенной болезни желудка. Щадящая диета, с исключением блюд, стимулирующих желудочную секрецию и химически раздражающих слизистую оболочку. Питание дробное 5-6 раз, температура пищи от 20 до 40 градусов, блюда готовят в протертом виде, отварные или на пару. Хлеб белый, серый вчерашний, сухари белые, бисквит. Супы молочные, протертые, крупяные и овощные, кроме капусты. Пюре овощное, каши и пудинги, вареные или паровые, яйца всмятку или омлет. Сладкие сорта ягод и фруктов, соки, сахар, мед, варенье, кисели, мусс, желе. 7 Молоко, сливки, сметана, нежирный творог, масло сливочное. Чай, какао, некрепкие с молоком. Запрещенные продукты: Крепкие мясные бульоны, грибы, жирное мясо, соленья, копченые продукты, консервы, сдоба, черный хлеб, шоколад, мороженое, капуста огурцы, острые и кислые овощи, газировка, квас.

Задание 56.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющую боль в области верхней челюсти слева, иррадирующую в левую затылочную область, висок. Также беспокоит боль при глотании и открывании рта. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова основная причина всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Несанированная полость рта.

Задание 57.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии. При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организм, снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи).

Задание 58.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какова роль санации полости рта в профилактике этого заболевания

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Задание 59.

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 35, 36, 37 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Какова роль санации полости рта в профилактике одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.

4. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Задание 60.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какова роль санации полости рта в профилактике одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки одонтогенного происхождения.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения. Перевязки.
3. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Задание 61.

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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°С. В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и 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 организуемым 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. Какова роль санации полости рта в профилактике одонтогенных воспалительных процессов в челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона дна полости рта.
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. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Задание 62.

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. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.
3. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

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. 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.

3. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание 63.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Поставьте диагноз.

2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.

2. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма, снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи).

3. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 47,46. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Задание 64.

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 слабо болезненная

припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Ваш диагноз.
2. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?
3. Роль санации полости рта в профилактике воспалительных одонтогенных заболеваний челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.
2. Наличие хронического очага интоксикации и аллергизации организма у верхушки корня 41 зуба.
3. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Задание 65.

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 появились боли 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°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 организуемым кровяным сгустком, покрытым фибриновым 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. Ваш диагноз.
2. Роль санации полости в профилактике этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта одонтогенного происхождения.
2. Огромная. Санация полости рта, во время проведенная, является профилактикой гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Вопросы для собеседования

1. Определение понятия «здоровье».

Эталон ответа:

По определению ВОЗ (Всемирной организации здравоохранения), – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

2. Группы здоровья.

Эталон ответа:

Все население по определению ВОЗ распределяется на следующие основные группы: Первая группа - здоровые люди. Вторая группа - практически здоровые, имеющие факторы риска. Третья группа - больные в стадии компенсации. Четвертая группа - больные в стадии декомпенсации.

3. Концепции здоровья.

Эталон ответа:

Одним из важнейших признаков, определяющих принадлежность общества к цивилизации, всегда считалось состояние здоровья конкретного человека и населения в целом. Состояние здоровья определяет возможности человека вести активную, полноценную жизнь, плодотворно трудиться, качественно проводить свой досуг. В конечном итоге именно уровень здоровья населения оказывает значительное влияние на динамику) экономического развития общества, страны, воздействуя на производительность труда. Именно поэтому здоровье населения в целом и каждого члена общества является непреходящей ценностью, общественным достоянием, залогом успешного развития страны.

4. Виды здоровья.

Эталон ответа:

Физическое здоровье – естественное состояние организма человека, обусловленное нормальным функционированием всех его органов и систем. Психическое здоровье – уровень и качество мышления, уровень развития внимания и памяти, степень эмоциональной устойчивости и развития волевых качеств, которые зависят от состояния головного мозга. Нравственное (социальное) здоровье – моральные принципы (нормы морали), являются основой социальной жизни человека в определённом социальном обществе.

5. Индикаторы здоровья населения.

Эталон ответа:

1. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (для мужчин, женщин, городского населения, сельского населения, при рождении, в возрасте 15, 45 и 65 лет).
2. Смертность (общие и стандартизованные показатели; смертность от злокачественных новообразований органов пищеварения, органов дыхания; от рака крови).
3. Младенческая смертность.
4. Доля детей с массой тела при рождении меньше 2500 г.
5. Показатели физического развития детей.

6. Факторы риска здоровью.

Эталон ответа:

1. Курение.
2. Нездоровое питание.
3. Низкий уровень физической активности.
4. Чрезмерное потребление алкоголя.

5. Избыточная масса тела/ожирение.
6. Повышенное артериальное давление.
7. Повышенный уровень холестерина.
8. Повышенный уровень глюкозы.
9. Психосоциальные факторы (стресс, тревога, депрессия).

7. Способы и методы оценки здоровья населения.

Эталон ответа:

1. Исторический метод. Применяется для исследования прошлого, его сопоставления с настоящим и формированием перспектив на будущее.
 2. Статистический метод. Основан на математических методах, используется при анализе состояния здоровья населения и здравоохранения для объективности выводов и подтверждении их достоверности.
 3. Социологический метод. В сочетании со статистическим методом широко используется при комплексном исследовании многих общественных явлений. Основывается на анкетировании, опросах и интервьюировании.
 4. Метод экспертных оценок. Применяется в исследовании результативности медицинской помощи и ее качества, дальнейшего планирования медицинских мероприятий.
- Экономический метод (нормативный), метод системного анализа и др.

8. Индекс развития человеческого потенциала.

Эталон ответа:

Интегральный показатель, рассчитываемый ежегодно для сравнения между странами и измерения уровня жизни, грамотности, образованности и долголетия как основных характеристик человеческого потенциала исследуемой территории. Он является стандартным инструментом при общем сравнении уровня жизни различных стран и регионов. Индекс публикуется в рамках Программы развития ООН в ежегодных отчётах о развитии человеческого потенциала с 1990 года.

9. Образ жизни. Категории, характеризующие образ жизни.

Эталон ответа:

Способ, формы и условия индивидуальной, коллективной жизнедеятельности человека, типичные для конкретных социально-экономических отношений. Образ жизни - главный фактор, определяющий его здоровье. Образ жизни включает три категории: уровень жизни, стиль жизни, качество жизни. Уровень жизни - это степень удовлетворения материальных, культурных и духовных потребностей (в основном это экономическая категория).

10. Качество жизни, его стандарты.

Эталон ответа:

Междисциплинарное понятие, характеризующее эффективность всех сторон жизнедеятельности человека, уровень удовлетворения материальных, духовных и социальных потребностей. Уровень интеллектуального, культурного и физического развития, а также степень обеспечения безопасности жизни. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) этот термин охватывает физическое, психологическое, эмоциональное и социальное здоровье человека, основанное на его восприятии своего места в обществе. Качество жизни используется Организацией Объединённых Наций (ООН) для оценки и сравнения социального и экономического положения населения стран. Качество жизни наиболее часто характеризуют по показателям здравоохранения, образования, демографии, экономических условий, экологической обстановки, условия жизни, занятости и реализации конституционных прав.

ПК-1

Тесты

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Жалобы - постоянная боль, "чувство выросшего зуба" характерны для:

1. хронического пульпита
2. острого периодонтита
3. хронического пульпита

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
3. история болезни заполняется после нормализации состояния

Эталон ответа: 2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

Эталон ответа: 2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

1. под кожей
2. под мышцей
3. под надкостницей

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

1. гнойные выделения из носа
2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти
3. свищ на десне

Эталон ответа: 2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной
2. скуловой
3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи
2. атипические клетки при цитологическом исследовании пунктата
3. двустороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

1. зонд свободно проходит через лунку в пазуху
2. кровотечение из лунки
3. перелом альвеолярного отростка

Эталон ответа: 1. зонд свободно проходит через лунку в пазуху

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рентгенологическая картина хронического одонтогенного гайморита:

1. имеет место затемнение пазухи
2. изменения рисунка пазухи отсутствует
3. верного ответа нет

Эталон ответа: 1. имеет место затемнение пазухи

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:

1. симптом «слюнной колики»
2. ограниченное открывание рта II-III степеней
3. двусторонне поражение

Эталон ответа: 1. симптом «слюнной колики»

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы хронического паренхиматозного сиалоаденита:

1. симптом слюнной колики
2. редкие обострения процесса
3. из протока выделяется слюна с примесью слизи и иногда - гнойных включений

Эталон ответа: 3. из протока выделяется слюна с примесью слизи и иногда - гнойных включений

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Парез мимической мускулатуры имеет место при повреждении:

1. первая ветвь тройничного нерва
2. вторая ветвь тройничного нерва
3. лицевого нерва

Эталон ответа: 3. лицевого нерва

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. широкая возможность инфицирования ран
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. широкая возможность инфицирования ран

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. артрит ВНЧС
2. нижняя макрогнатия
3. снижение высоты суставного бугорка

Эталон ответа: 3. снижение высоты суставного бугорка

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея
2. кровотечение из носа
3. патологическая подвижность нижней челюсти

Эталон ответа: 1. ликворея

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

Эталон ответа: 3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
2. с нечеткими границами в области образования
3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Эталон ответа: 3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
2. с четкими границами и тенью зуба в полости
3. с нечеткими границами в области образования и тенью зуба в полости

Эталон ответа: 2. с четкими границами и тенью зуба в полости

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным этиологическим фактором в развитии злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта является:

1. гиперсаливация
2. частичная адентия
3. предраковые заболевания

Эталон ответа: 3. предраковые заболевания

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:

1. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти
2. сухость во рту, приступообразные острые боли, затруднение глотания
3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

Эталон ответа: 3. подвижность зубов, периодические ноющие боли, симптомы Венсана, утолщение челюсти

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:

1. жевания
2. сосания
3. нарушены все указанные функции

Эталон ответа: 2. Сосания

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:

1. слуха
2. речи
3. нарушены оба функции.

Эталон ответа: 2. Речи

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

1. у хирурга-стоматолога
2. у хирурга-стоматолога и ортодонта
3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Эталон ответа: 3. у группы специалистов в центрах диспансеризации данного профиля

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптом перелома нижней челюсти:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. нарушение прикуса

Эталон ответа: 3. нарушение прикуса

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больная, 20 лет поступила с жалобами на боли, тугоподвижность и щелканье в ВНЧС с двух сторон. Утром открывание рта ограничено. Из анамнеза 12 месяцев назад проводилось лечение по поводу ревматоидного артрита коленных суставов. Состав крови в пределах нормы. Объективно: наблюдается отечность и гиперемия в области суставов. На томограмме суставные щели расширены.

1. Ваш предварительный диагноз
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

1. Хронический двусторонний ревматоидный артрит в стадии обострения.
2. Анализ крови на наличие ревматоидных факторов. Рентгенография ВНЧС.
3. Необходима консультация ревматолога.

Задание 2.

Больной, 19 лет, обратился с жалобами на резкое ограничение открывания рта.

Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

1. О каких видах патологии ВНЧС можно думать?
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

1. На основании жалоб и анамнеза можно предположить у больного анкилоз ВНЧС.
3. Нет недостаточно.
3. Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа.

Задание № 3.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном слюнотечении. Из анамнеза выяснено, что час назад больная зевнула, после чего не смогла закрыть рот. Объективно: конфигурация лица изменена за счет удлинения нижней трети его и смещения подбородка кпереди. Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой. Собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков. Ткани впереди козелка уха слева и справа западают, а под скуловой дугой (с двух сторон симметрично) пальпируются сместившиеся головки мышечковых отростков. Пальпировать их через наружный слуховой проход не удастся. При попытке закрыть больной рот надавливанием на подбородочный отдел снизу вверх нижняя челюсть оказывает пружинящее сопротивление, что сопровождается болевыми ощущениями. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта справа и слева четко определяются сместившиеся кпереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие данные необходимы для уточнения диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. Рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях (на рентгенограммах, выполненных в боковых проекциях, будут четко определяться головки нижней челюсти, расположенные на передних скатах суставных бугорков, как справа, так и слева. Правая и левая суставные впадины будут свободны).
3. Вправление вывиха, НПВС, иммобилизация на 10-12 дн.

Задание 4.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Ваш предварительный диагноз и его обоснование.
2. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
3. Консультация каких специалистов необходима?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1. зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.

2. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парестезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.

3. Консультация у оториноларинголога и невропатолога.

Задание 5.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.

2. Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва справа.

3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.

Задание 6.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Ваш диагноз и его обоснование.

2. Наметьте план лечения.

3. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.

2. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.

3. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 7.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики.

Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после травматического удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Консультация какого специалиста Вы назначите.

Эталон ответа:

1. Неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба.
3. Врача невролога.

Задание 8.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5°. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева)
3. План лечения: Госпитализация больного, удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

Задание 9.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром, опроверждавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5. 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 окологлазничных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.

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

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Общее тяжелое состояние, ознобы, реакция лимфоузлов с обеих сторон, в полости рта коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.
3. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, общий анализ крови и мочи.

Задание 10.

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 щеки 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.

1. Ваш диагноз.
2. Его обоснование.
3. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины.
3. Удаление 35,36,37 зубов, 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 секвестрэктомия в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание 11.

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. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

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.
3. 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 присоединиться отек век.

Задание 12.

К стоматологу явилась больная с жалобами на болезненную припухлость в области нижней челюсти, общую слабость, высокую температуру тела (38°). Из анамнеза больной выяснено, что неделю назад заболел 38 зуб, который ранее лечила, но не до конца. Больная лечилась самостоятельно: принимала анальгетики и содовые полоскания. Три дня назад боли в зубе стихли, но появились вышеперечисленные симптомы. При осмотре челюстно-лицевой области: нарушение конфигурации лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева. Кожа над ней в цвете не изменена. Определяются гиперемия и припухлость десны в области 36, 37, 38 зубов, переходная складка в этой области сглажена, при пальпации выявлена флюктуация. Коронка 38 зуба разрушена, перкуссия его положительная.

1. Ваш диагноз.
2. Почему с появлением припухлости в области мягких тканей нижней челюсти стихли боли в 38 зубе?
3. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

1. Данные жалобы, анамнеза, местного статуса соответствуют клинической характеристике острого гнойного периостита нижней челюсти слева.
2. Из анамнеза больной выяснено, что начало заболевания, связано с 38 зубом, который ранее недолен. Учитывая то, что коронка его разрушена, можно полагать, что хронический воспалительный процесс в стадии обострения вначале локализовался в периодонтальной щели 38 зуба. По мере нарастания воспалительных явлений экссудат по системе фолкмановских и гаверсовых каналов проник через кортикальную пластинку нижней челюсти под надкостницу, тем самым давление в области периодонта уменьшилось, отчего и боли в 38 зубе стихли.
3. Ротовая полость не санирована. Имеет место наличие хронического воспалительного очага интоксикации и аллергизации организма.

Задание 13.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Дифференциальная диагностика с острым одонтогенным периоститом.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. 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.
3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и, сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. 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.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел

27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения.
3. Несанированная полость рта.

Задание № 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 уточнения диагноза?

Эталон ответа:

1. Не достает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает 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.

Задание № 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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела -38,5°С. В обеих

поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движение языка, особенно его смещение вперед, резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организуемым 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. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. 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.

Задание № 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 слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. 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. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.
3. Какова причина заболевания на Ваш взгляд?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита. Абсцесс подъязычной области.
2. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
3. Наличие хронического очага интоксикации и алергизации организма у верхушки корня 41 зуба.

Задание № 19.

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, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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 челюстно-язычного желобка справа. 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. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.
2. Более полный диагноз зависит от результатов рентгенологического исследования.

Задание № 20.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастают. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное.

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

1. Не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.

Задание № 21.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно

собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения больного.
3. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.
3. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 22.

Больной, 32 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Ваш диагноз.
2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 23.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова.

Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа. При рентгенологическом исследовании определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и очаги разрежения костной ткани у верхушек корней.

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.

3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.

2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

3. Операция вскрытия и дренирование гнойника. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 24.

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

1. Ваш диагноз.

2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение и формирование абсцесса

Задание № 25.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопропротеинемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры как минимум.

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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 околочелюстных 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 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.
4. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. 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.

3. Диагноз обоснован неполностью: отсутствует рентгенологическое исследование для выявления причинного зуба. Больному рекомендовано: рентгенологическое исследование нижней челюсти для выявления «причинного» зуба. Проведение общеклинических методов исследования (показатели крови, мочи и др).

4. План лечения: комплексное - госпитализация больного, удаление «причинного» зуба. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. 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.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какой важный симптом острого одонтогенного остеомиелита не обозначен?
4. План лечения больного.

Эталон ответа:

1. 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. Симптом Венсана, но он непостоянен.
4. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 28.

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 35, 36, 37 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.

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.
3. Когда приступают к оперативному вмешательству фистулосеквестрэктомии?
4. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.
4. Удаление 35,36,37 мелких 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.

Задание № 29.

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. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоила постоянная ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. Температура тела повышена до 37,5 С. 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 на ткани 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. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения. Перевязки.
3. 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.

4. 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.

Задание № 30.

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. Конъюктива обоих 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. Ваш диагноз.

2. План лечения.

3. Целесообразно ли в данном случае применение активного дренирования раневого диализа.

4. С чем связано наличие отека обоих век левого глаза? И участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18.

2. Удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их, дренирование раны. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.

3. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа.

4. 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. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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. В каком случае присоединяется отек век?

Эталон ответа:

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 левой височной области.
3. 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.
4. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.

Задание № 32.

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 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 врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. 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 ограниченно 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. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.
3. Опишите методику оперативного лечения.
4. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).
3. Под наркозом или под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией 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 и фиксируются. Накладывается асептическая повязка. Берется мазок для определения чувствительности к микрофлоры к антибиотикам.
4. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеоомы.

Задание № 33.

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. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

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. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного лечения. Устранение причины абсцедирования - лечение хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно проведение операции резекции верхушки корня 41, или его удаление.
3. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание № 34.

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 поднижнечелюстная 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 массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?
2. Каких данных объективного и дополнительных методов исследования недостает для постановки диагноза.
3. Предложите наиболее вероятный диагноз.
4. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Недостает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достает данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
3. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
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.

Задание № 35.

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 нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-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, гиперемизированные. 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?

Эталон ответа:

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.

Задание № 36.

Больная, 53 лет, обратилась с жалобами на наличие болезненной припухлости в левой щечной области, ограниченное открывание рта. Из анамнеза выявлено, что в течение четырех лет она находится на диспансерном наблюдении и лечении у стоматолога по поводу хронического двустороннего паренхиматозного паротита. Около двух месяцев назад находилась на лечении в стоматологическом стационаре по поводу флегмоны левой щечной области. Произведено вскрытие флегмоны, получен гнойный экссудат. Зубы не удалялись. Около трех недель назад вновь появилось уплотнение и припухлость в нижних отделах левой щечной области. В течение нескольких дней боль отсутствовала, затем появилась незначительная болезненность. Четыре дня назад боль усилилась, появилось покраснение кожи. Объективно: в нижних отделах левой щечной области определяется воспалительный инфильтрат размером 5,0 x 7,0 см. с нечеткими границами, слегка болезненный. Кожа над ним незначительно гиперемизирована, синюшна, в складку не собирается. В левой поднижнечелюстной области пальпируется увеличенный, подвижный, слабо болезненный лимфатический узел. Открывание рта ограничено за счет болезненности, однако постепенно удалось открыть рот полностью. Слизистая оболочка левой щеки отечна, цианотична.

1. Какие заболевания Вы можете предположить?
2. В чем ошибка врачей, ранее лечивших больную?

3. Консультация какого специалиста Вы назначите больной?

Эталон ответа:

1. Можно предположить следующие заболевания: неспецифические воспалительные заболевания: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона щечной области; специфические воспалительные заболевания: подкожная или подкожно-межмышечная форма актиномикоза щечной области; нагноившаяся эпидермальная киста левой щечной области.
2. Ошибка врачей, ранее лечивших больную, в том, что они, по-видимому, не выявили и не провели лечения очагов хронического одонтогенного (или другого) инфицирования, т.к. в анамнезе эти сведения отсутствуют. Это вероятнее всего послужило причиной повторного обострения воспалительного процесса.
3. Врач-инфекционист.

Задание № 37.

Больной, 25 лет, повторно поступил в клинику с жалобами на резкое ограничение открывания рта, наличие болезненной припухлости в правой околоушно-жевательной области, боль в области угла нижней челюсти справа при накусывании, повышение температуры тела до 38,0°C, общую слабость, недомогание, озноб. Полтора месяца назад впервые обратился в клинику, где был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти в области угла справа без смещения, после чего проведена бимаксилярная иммобилизация шинами Тигерштедта с зацепными петлями. Интактный 48 решено из линии перелома не удалять во избежание смещения фрагментов. Течение заболевания гладкое, однако, семь дней назад появилась припухлость, а затем и боль в правой околоушно-жевательной области. Симптомы нарастали. Повторно обратился в клинику. Объективно: в правой околоушно-жевательной области пальпируется болезненный инфильтрат, размером 5,0 x 7,0 см. без четких контуров. Кожа над ним гиперемирована, истончена, не собирается в складку. Определяется обширный очаг флюктуации. Коллатеральный отек выражен незначительно. Открывание рта до 0,5 см., болезненное. Патологической подвижности фрагментов определить не удалось из-за наличия инфильтрации тканей.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначте план обследования для уточнения диагноза.
3. Наметете план обследования и лечения.
4. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.
2. Необходимо рентгенологически обследовать область перелома на предмет выявления деструкции костной ткани, образования теней секвестров.
3. При подтверждении диагноза остеомиелита необходимо произвести удаление секвестров из линии перелома, вскрыть и провести лечение флегмоны.
4. После стихания острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 38.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением. Произведено удаление 35 из линии перелома, наложены бимаксилярные проволочные шины с зацепными петлями, резиновая тяга. Назначена противовоспалительная терапия. Больной направлен на амбулаторное наблюдение и лечение. Однако, назначения не выполнял, на второй день

самостоятельно снял резиновую тягу. Повторно поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой поднижнечелюстной области, выделение гноя через лунку удаленного 35, незначительную боль при глотании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0-38,5°C. При осмотре в правой поднижне-челюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат размером 10,0 x 7,0 см. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. В глубине инфильтрата нечетко определяется симптом флюктуации. Умеренно выражен коллатеральный отек. Открывание рта ограничено до 0,5 см., болезненно. Сохраняется диагностированное при первом обращении онемение тканей губы, кожи подбородка слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
4. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 35 со смещением отломков.
2. Вскрытие флегмоны. Антисептическая обработка лунки 35 и ее рыхлая тампонада йодоформным тампоном для разобщения костной раны от полости рта. Наложение резиновой тяги.
3. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать: нагноение мягких тканей, нагноение гематомы, абсцедирование лимфатического узла, нагноение костной раны, развитие хронического посттравматического остеомиелита.
4. После снятия острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 39.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терapeut в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадичелюстных областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность.

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая оболочка крыловидно-нижнечелюстной складки, небной занавески, боковой стенки глотки справа резко отечна, гиперемирована, выбухает до центральной линии. При пальпации определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат, локализующийся в области крыловидно-нижнечелюстного пространства и боковой стенки глотки справа

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите особенности оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.
2. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Вскрытие флегмоны, удаление «причинного» 47, проведение общего и местного противовоспалительного, общеукрепляющего, симптоматического лечения в условиях стационара.
4. Особенности оперативного вмешательства является то, что вскрытие флегмоны, учитывая объем воспаления, должно проводиться внеротовым доступом из поднижнечелюстной области. При этом надо вскрыть поднижнечелюстное, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства справа.

Задание № 40.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. В течение последнего времени чувствительность языка стала медленно восстанавливаться. Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см.

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Какова тактика ведения больного после выписки из отделения?

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение, и формирование абсцесса.
3. Вскрытие абсцесса корня языка внеротовым доступом, госпитализация для проведения местного и общего консервативного лечения в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.

4. В случае формирования свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?
2. С чем связано абсцедирование?
3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?
4. Какова дальнейшая тактика врача по отношению к несущественному признаку?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.
2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).
4. Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.

Задание № 42.

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

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

4. Какие факторы способствуют развитию данного состояния при условии неадекватного вскрытия гнойных очагов и полноценного дренирования?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.
4. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. В каком отделении должен лечиться больной?
4. Каков план лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
 2. 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.
 3. В отделение интенсивной терапии, т.к. нуждается в интенсивном лечении.
 4. Ревизия вскрытых клетчаточных пространств.
- Консультация хирурга общего профиля. Проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержание и восстановление жизненно важных функций.

Задание № 44.

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. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?
5. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие переднего медиастинита.

2. С торакальным хирургом и врачом-анестезиологом.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточно раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.
4. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 45.

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

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
3. С чем может быть связано развитие осложнений?
4. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.
2. С торакальным хирургом.
3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.
4. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 46.

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. 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 -

цель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. Для чего назначается антибактериальная терапия при переломах?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
2. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а так же на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
3. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии.
4. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.

Задание № 47.

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. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышцелкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышцелкового 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 – линия перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Составьте план лечения.
4. На какое время накладывается эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением отломков.
2. 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.
3. Наложение двучелюстных 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. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 48.

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. 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.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки диагноза?
3. План лечения при переломе.
4. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышелкового 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 мышелковых отростков. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.
3. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга.
4. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 49.

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.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
2. 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.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

Задание № 50.

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. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Принцип лечения переломов верхней челюсти.

4. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в область нижних век с обеих сторон, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние.
3. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).
4. Оперативное лечение подвешивания верхней челюсти с использованием минипластин. Назубные двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 51.

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. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?
4. Консультация какого специалиста необходима для больного?

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. 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 нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».
3. Не достаёт данных рентгенологического обследования.
4. Консультация врача-невропатолога.

Задание № 52.

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 осмотре полости рта виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом 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. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должен лечиться больной?
4. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?
5. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
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. В отделении сочетанной травмы.
4. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.
5. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым. 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 двучелюстных назубных шин снова появилась припухлость в околочелюстных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. 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. 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. Наметьте план лечения.
4. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический постравматический остеомиелит нижней челюсти справа. слюннокаменная болезнь.
2. Следует выяснить, какое лечение проводили больному. Провести рентгенологическое исследование нижней челюсти.
3. Общеклиническое обследование больного. При наличии секвестра с сформированной секвестральной «капсулой» - операция фистулосеквестрнекрэктомии в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Адекватное медикаментозное лечение.
4. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

Больной, 52 лет, обратился в клинику с жалобами на приступообразные боли в левой половине лица, возникающие при прикосновении к левой щеке рукой, полотенцем, одеждой и т.п. и продолжающиеся в течение 3-4 секунд, боли жгучего характера, распространяются в висок, затылок. Из анамнеза выяснено, что два месяца назад перенес ОРВИ с высокой температурой, через две недели после начала ОРВИ возник первый приступ боли в левой половине лица продолжительностью 1-2 секунды, затем приступы стали длиться до 1 минуты. К врачу обратился впервые. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре лицо несколько асимметрично за счет отека левой половины. Пальпация точек выхода II-ой и III-ей ветвей тройничного нерва на лицо более болезненна слева. При пальпации щечной области слева начинался приступ боли длительностью 3 секунды. Полость рта санирована, патологических изменений не выявлено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Имела ли значение перенесенная ОРВИ для возникновения данного заболевания?
4. Является ли отечность половины лица патогномичным признаком для невралгии II-III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Жалобы больного на приступообразные жгучие боли, возникающие при прикосновении, скорее всего, к курковым зонам на коже лица слева, начало заболевания (после перенесенного ОРВИ) и данные анамнеза свидетельствуют о невралгии II-III ветвей тройничного нерва.
2. Следует провести обследование больного у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суксилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцепам), витамины группы - В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
3. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии, что соответствует вирусной теории в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.
4. Не является.

Задание № 55.

Больная, 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у врача-невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к врачу-стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомия в 1978 году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. План лечения.
3. Чем обусловлена необходимость консультации больной у врача-стоматолога?

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперэстезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.
2. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцетам), витамины группы В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
3. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.

Задание № 56.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные болевые приступы начинались то в одном, то в другом зубе и в настоящий момент она связывает их с 1.4 зуба. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРВИ, вегето-сосудистую дистонию. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, пальпация в области инфраорбитального отверстия справа слабо болезненна. В полости рта патологических изменений не определяется. Зуб 1.4 интактный, перкуссия безболезненна, при рентгенологическом обследовании в периодонтальной 1.4 зуба патологии не обнаружено.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Наметьте план лечения.
3. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?
4. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. На основании жалоб больной на приступообразные боли в зоне иннервации II ветви тройничного нерва справа, данных анамнеза (удаление 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубов) можно предположить невралгию II ветви тройничного нерва справа.
2. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцетам), витамины группы -В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
3. Не достаточно. Нет сведений о продолжительности и внезапности возникновения болевых приступов, их частоте и связи с какими-либо провоцирующими факторами, о наличии зон парэстезии, о наличии триггерных зон, нет данных ЭОД 1.4 зуба, нет сведений о рентгенологическом обследовании верхнечелюстных пазух.
4. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В

полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план лечения.
4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. Показано ли в данном конкретном случае проведение алкоголизации в области III ветви тройничного нерва?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева.
2. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
3. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2x0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите обоснование диагноза.
3. Наметьте план лечения.
4. Какие условия необходимо соблюдать для профилактики подобного осложнения?
5. Перечислите основные этапы хирургического вмешательства, которое может быть показано в данном случае?

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.
4. Необходимо тщательно выполнять требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

5. После анестезии выкраивается полуовальный или трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, обращенный основанием к переходной складке с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти на уровне 4.5-4.7 зубов. Бором перфорируется, а затем удаляется компактная пластинка в проекции пломбировочного материала. Осторожно удаляя губчатую кость, обнаруживают и убирают пломбировочный материал. Костный дефект возможно заместить биосинтетическим остеиндуктивным материалом. Рану ушивают.

Задание № 59.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Врач-стоматолог хирург удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Пальпация точек Валле безболезненна. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева?
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба, несостоятельная биологическая «повязка» лунки (сгусток).
3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации подбородочного нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.
4. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарств («коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1-1мл, витамины В1 и В6 по 1 мл.). Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить болевой транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов(тегретол, этосуксимид). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект.

Задание № 60.

Больной 63 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность болей 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в

подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше. Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, вскрыта оболочка кисты, эвакуирован гнойный экссудат, рана дренирована. Адекватное медикаментозное лечение. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, страдает артериальной гипертензией. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Правильна ли тактика лечения врача-стоматолога?
4. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Вероятная причина - грубая хирургическая травма.
3. В целом тактически врач действовал верно.
4. Поскольку причина (околокорневая киста) удалена, следует лечить возникшее состояние травматического неврита: использование лекарств («коктейля»: лидокаин 2% 4 мл, платифиллин 0,1 1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл по типу инфильтрационной анестезии. процедура-1 раз в сутки, в течение 7-8 дней). Также назначить транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков. Также назначить физиотерапию. Комплексное лечение в течение 3-4 недель.

Задание № 61.

Больная 27 лет обратилась в клинику с жалобами на постоянные сильные боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Боли иррадируют в ухо и височную область справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились неделю назад после лечения 45 зуба по поводу периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, подчелюстные лимфоузлы справа увеличены незначительно, малоболезненны. Определяется гипоэстезия в области кожи подбородка и нижней губы справа. В 45 зубе на жевательной поверхности - пломба, перкуссия резко положительна, слизистая оболочка вокруг гиперемирована. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа : канал 45 зуба запломбирован, за верхушкой корня 45 зуба имеется рентгеноконтрастная тень размером 0,5 на 0,7 см, распространяющаяся в нижнечелюстной канал.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
4. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Причина развития заболевания – избыточное выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, сдавление конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна.
3. Сдавлением конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна. Этим и обусловлено резкое ухудшение проводимости нерва и выраженные боли в нем в сочетании с нарушениями чувствительности.

4. Избыток пломбировочного материала, попавшего в нижнечелюстной канал, необходимо удалить, тем самым провести декомпрессию нервного ствола и облегчить состояние больного, в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.
5. Местная проводниковая анестезия, обнажения костной ткани в проекции нахождения избытка пломбировочного материала. С помощью бормашины вскрытие кортикальной пластинки нижней челюсти, создание «окна» в кости, аккуратное удаление пломбировочного материала. Промывание костной полости антисептиками, закрытие дефекта в кости ранее выпиленной костной пластинкой, ушивание раны. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, анальгетики, антигистамины. Ежедневный уход за швами, контроль за процессом заживления. Обычно такая тактика приводит к успеху: исчезают болевые ощущения, нормализуется тактильная и температурная чувствительность в зоне подбородочного нерва. Однако это процесс длительный, занимает несколько недель или даже месяцев.

Задание № 62.

Ребенок 6 лет. Болен 2-й день, беспокоит боль при жевании, повороте головы и открывании рта, повышение температуры. При осмотре: температура 38,0° С, с обеих сторон вокруг ушных раковин припухлость, болезненная при пальпации. Ребенок посещает детский комбинат, где уже были случаи подобного заболевания.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?
3. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.
3. Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5 мл. подкожно.

Задание № 63.

Пациентка 58 лет, полного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождалось резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд.в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?
5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента? амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз.
2. Имеющихся данных достаточно.

3. Обеспечить пациенту психический и физический покой, придать пациенту полугоризонтальное положение, применить гипотензивные препараты, вызвать машину скорой помощи, контролировать – АД, ЧСС, ЧД.
4. Спазмолитические, гипотензивные средства, седативные препараты и транквилизаторы.
5. Амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией.

Задание № 64.

Больной Б., 37 лет, жалуется на наличие свищей на коже в заднем отделе поднижнечелюстной области справа, ограниченное открывание рта. Три месяца назад был удален разрушенный 48 зуб, после чего появились припухлость в области угла нижней челюсти справа, ограниченное открывание рта. Через месяц и две недели, после «прорыва» припухлости там появились свищи с небольшим количеством гнойного отделяемого. Температура тела почти все время была субфебрильной. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет припухлости мягких тканей в области угла нижней челюсти справа и в заднем отделе поднижнечелюстной области, кожа над припухлостью синюшно-багрового цвета, с характерным видом «стёганого одеяла». Здесь же имеются 4 свища со скудным, гнойнокрошковидным отделяемым. При пальпации определяется умеренно болезненный, деревянистой плотности инфильтрат. Рот открывается на 1,5 см между центральными резцами, лунка 48 полностью зажила.

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Каковы пути распространения инфекции?
4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
5. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсibilизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.
3. Распространяется актиномикоз контактным, одонтогенным, лимфогенным и гематогенным путями.
4. Наиболее патогномичные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.
5. Лечение может быть иммунонеспецифическим (большие дозы антибиотиков, противогрибковые препараты, соли тяжёлых металлов, малые дозы рентгеновского излучения) и иммуноспецифическим (лечение актинолизатом). Актинолизатотерапия проводится с учётом рекомендаций большого русского учёного Безредки: начиная с дозы «переносимости» (около 0,3 мл) с повышением ежедневно на 0,2 мл до дозы «терпимости» (около 1,6 мл). После этого выдерживается «плато» на максимально терпимой организмом дозе в течение недели и начинается снижение дозировки по 0,2 мл в сутки до первоначальных 0,3 мл. Через два месяца при необходимости курс повторяется. Лечение актинолизатом по методу Сутеева: внутримышечно, за один раз, вводится максимальная доза – 3 мл. При отсутствии отрицательных реакций через три дня вводится ещё столько же. Подобное лечение длится в течение месяца и даёт хороший клинический результат.

Задание № 65.

Больной 38 лет обратился в стоматологическую поликлинику с жалобой на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Увеличение припухлости возникает при приеме пищи и сопровождается резкими болями колющего характера. Спустя 20-30 минут припухлость постепенно 56 уменьшается, вместе с этим ослабевает интенсивность боли. Болен около 7-8 месяцев, когда впервые обратил внимание на возникающую боль при еде и появление припухлости в поднижнечелюстной области. Периодически припухлость и боли исчезали, но ненадолго. Последний месяц при приеме пищи боли возникали постоянно и были более резкими по сравнению с предыдущим периодом. Общее состояние больного удовлетворительное. При внешнем осмотре патологии не выявлено. При бимануальной пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется слегка увеличенная левая поднижнечелюстная слюнная железа, безболезненная, мягко-эластической консистенции. В среднем отделе левого Вартонова протока при бимануальной пальпации определяется наличие овальной формы болезненного уплотнения размерами 1,0 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Классификация данной патологии.
4. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
5. Возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта для уточнения расположения конкремента.
3. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную.
5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в 57 ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.
6. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.

Задание № 66.

Объясните,

1. Почему фурункул носа считается смертельно опасным заболеванием? Какие грозные осложнения могут быть у пациента с фурункулом носа?
2. Куда и каким путем инфекция может распространяться из очага инфекции при этом заболевании?

Эталон ответа:

1. Он может привести к опасному внутричерепному осложнению – тромбозу кавернозного синуса и сепсису.
2. Инфекция из гнойного очага в мягких тканях лица распространяется гематогенно по ветвям лицевой вены через угловую и глазничную вену в кавернозный синус и/или по ветвям лицевой вены через внутреннюю яремную вену в общий кровопоток.

Задание № 67.

Больной жалуется на отечность и боль в области правого крыла носа, век правого глаза, слабость, лихорадку, головную боль, рвоту. Несколько дней тому назад во время бритья поранил кожу носа. На следующий день в этом месте появились боль и уплотнение. Пытался выдавить гной. Через несколько часов появились отек век, тошнота, рвота. Объективно: состояние больного тяжелое, сознание спутанное, выраженный отек век и конъюнктивы справа, экзофтальм, офтальмоплегия. В области правого крыла носа – инфильтрат с кратерообразным углублением в центре.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Фурункул носа, подозрение на флегмону орбиты.
2. Консультация окулиста и невропатолога, МРТ головного мозга, рентгенография органов грудной клетки. Лабораторные исследования крови, мочи. Интенсивная антибактериальная и противовоспалительная терапия, дезинтоксикация с дегидратацией, дезагреганты. При необходимости – хирургическое вскрытие очагов инфекции в мягких тканях наружного носа и орбиты.

Задание № 68.

У больного сильная головная боль, гнойный насморк, озноб, плохое общее состояние, рвота в течение 5 дней после перенесенного гриппа. В анамнезе – правосторонний хронический гнойный гайморит. Объективно: состояние средней тяжести, PS–102 удара в минуту. Ригидность мышц затылка - 3 поперечных пальца, симптом Кернига - под углом 100°. Болезненность при пальпации наружных стенок лобной и гайморовой пазух справа. Гнойное отделяемое в правой половине носа. На рентгенограмме придаточных пазух носа - гомогенное интенсивное затемнение лобной, гайморовой пазух и клеток решетчатого лабиринта справа. При пункции правой гайморовой пазухи получен зловонный гной.

1. Предположительный диагноз. Гнойный менингит.
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического правостороннего гайморита.
2. ОАК, ОАМ, люмбальная пункция с исследованием ликвора, МРТ головы, консультация невропатолога, окулиста.

Задание № 69. 1

При рентгенологическом исследовании у больного выявлен перелом костей носа со смещением.

1. Назовите костные анатомические образования наружного носа, которые чаще всего могут быть сломаны при сочетанной челюстно-лицевой травме.

Эталон ответа:

1. Носовые кости, лобные отростки верхней челюсти.

Задание № 70.

У больного в момент челюстно-лицевой травмы из полости носа потекла светлая прозрачная жидкость.

1. Что это значит?
2. О повреждении какой стенки полости носа говорит этот симптом?

Эталон ответа:

1. Этот симптом свидетельствует о переломе верхней стенки полости носа, чаще всего в месте, где она образована продырявленной пластиной решетчатой кости (*lamina cribrosa*). При этом в полость носа вытекает ликвор.

Задание № 71.

Больной жалуется на ощущение тяжести и давления в проекции левой верхнечелюстной пазухи, гнойные выделения из левой половины носа. Считает себя больным 3 дня после того, как врач-стоматолог поставил пломбу в каналы второго левого верхнего моляра.

1. Предварительный диагноз.
2. Тактика лечения. Где должен лечиться такой пациент?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз – острый гнойный одонтогенный верхнечелюстной синусит должен быть подтвержден при рентгенографии пораженного зуба и верхнечелюстной пазухи.
2. Тактика лечения заключается в пункции, дренировании и промывании пораженной пазухи, антибактериальная терапия. Пациент с острым гнойным одонтогенным верхнечелюстным синуситом должен лечиться у хирурга-стоматолога, но помощь ему может быть оказана и оториноларингологом.

Задание № 72.

Пациент К., 67 лет. В течение 6 лет наблюдается по поводу поверхностной лейкоплакии Слизистой оболочки правой щеки. Контроль у онколога и стоматолога каждые 6 месяцев. Выполнена санация кариозных зубов коррекция прикуса. Постоянно осуществляется Орошение рта антисептиками, стимуляторами регенерации. 7 месяцев назад в центре Очага лейкоплакии появилось веррукозное (бородавчатое) образование 0,5 см в диаметре, Безболезненное, белесое, слегка уплотненное. 5 месяцев назад осмотрен стоматологом. Выполнена биопсия, гистологическое заключение – веррукозная лейкоплакия с дисплазией эпителия 3 степени. Назначен контроль через 6 месяцев. За последние 3 месяца образование увеличилось до 0,8 см, появилась незначительная болезненность при контакте.

1. Предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования.
3. Укажите на ошибки в обследовании пациента.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз - рак слизистой оболочки щеки.
2. План обследования включает орофарингоскопию, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, ларингоскопия, Ультразвуковое исследование лимфоузлов шеи, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, повторную биопсию опухоли, возможно полное удаление с гистологическим исследованием.
3. Ошибка – при выявлении тяжелой дисплазии в патологическом очаге небольших размеров следует решить вопрос о хирургическом лечении или повторе биопсии через непродолжительное время (3-4 недели). Это связано с тем, что малигнизация нередко возникает в основании патологического очага и не выявляется при заборе материала с поверхности при инцизионной (частичной) биопсии.

Задание № 73.

Пациент А. 59 лет. 2 месяца назад появилась боль в области 36 зуба, постоянная, ноющая с усилением при механической нагрузке. Обращался к стоматологу, осмотрен, выполнена дентальная рентгенограмма. Визуально – кариозное разрушение коронки 36 зуба, локальная припухлость и незначительная гиперемия десны. На снимке - очаговая резорбция альвеолярного отростка в области верхушки 36 зуба. Диагноз хронический

гранулирующий периодонтит. Выполнено удаление 36 зуба, кюретаж лунки, удалены фрагменты грануляционной ткани, проведено противовоспалительное лечение. С 6–7 суток после удаления – постепенное нарастание боли. При осмотре – в лунке фибриновый ступок, незначительная локальная припухлость. Назначено противовоспалительное лечение – без эффекта. Еще через 2 недели появилась на стороне поражения боли в области уха, через 4 недели – для купирования боли потребовался ежедневный прием анальгетиков. Повторное обращение к стоматологу, осмотр – незначительное усиление припухлости в области 34-35-36 зубов, в лунке 36 зуба – разрастание грануляционной ткани, локальная болезненность при пальпации, увеличение подчелюстного лимфатического узла слева до 1,5 см, узел округлый, смещаемый, плотноэластический, слегка болезненный.

1. План обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Укажите на ошибки обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Тщательный сбор анамнеза, орофарингоскопия, пальпаторное исследование покровных тканей челюстно-лицевой области и лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки, рентгенография нижней челюсти, биопсия и мазки-отпечатки с последующей морфологической верификацией; пункция измененного лимфоузла.
2. Предположительный диагноз злокачественная опухоль нижней челюсти.
3. Диагностическая ошибка – не было назначено повторное рентгенологическое исследование при отсутствии эффекта от проводимого лечения, не было выполнено Гистологическое исследование удаленных тканей, не была выполнена биопсия из Патологического очага на фоне атипичного течения заболевания.

Задание № 74.

Пациент Е. 64 года. В течение 1 месяца – боль в области 11-12-13 зубов, постоянная, ноющая, постепенно нарастает. Обращался к стоматологу, выполнен осмотр, дентальный снимок, ортопантограмма. Визуально и рентгенологически определяемой патологии не выявлено. Диагноз – невралгия II ветви тройничного нерва. Назначенное медикаментозное лечение дало временный эффект, через 2 недели боль возобновилась. При повторном осмотре обнаружена гипестезия кожи и слизистой оболочки в зоне Иннервации II ветви n. Trigemini справа, других патологических изменений не выявлено. Лечение дополнено физиопроцедурами, иглорефлексотерапией. Через 10 дней эффекта не наступило, появилась припухлость в области собачьей ямки справа.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите на ошибки обследования пациента.

Эталон ответа:

1. Злокачественная опухоль верхней челюсти.
2. Не было проведено полное обследование с целью выявления причин нарушения функции нерва.

Задание № 75.

Пациент Д., 30 лет. В течение 12 лет, наблюдается узловое образование в левой околоушной области. За это время его диаметр увеличился с 1,5 до 2 см. При профилактических осмотрах пациент обращал внимание врачей на наличие этого образования. Выставлялся диагноз «Аденома левой околоушной слюнной железы». Был информирован о возможности удаления опухоли (резекция околоушной слюнной железы), но в связи с отсутствием тенденции к росту и риском повреждения лицевого нерва было рекомендовано динамическое наблюдение. Объективно в левой околоушной области пальпаторно определяется опухоль, безболезненная, 2 см в диаметре. Консистенция плотноэластическая, очертания полициклические, поверхность гладкая. В верхней трети шеи слева – плотноэластический смещаемый лимфатический узел 1 см

В диаметре, округлый, безболезненный.

1. Предположительный диагноз.
2. Укажите на ошибки обследования пациента

Эталон ответа:

1. Рак околоушной слюнной железы, метастатическое поражение лимфоузлов шеи.
2. Пациент не был информирован о риске малигнизации, что повлекло ошибочный выбор выжидательной тактики (при размере опухоли менее 2 см риск травмы лицевого нерва намного ниже, чем риск озлокачествления опухоли). Не выполнялось исследование пунктата новообразования.

4. КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, 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.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной 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.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) 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,	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа		
--	---	--	--

Критерии оценивания 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, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
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

