

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

Стоматологический факультет

**ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ЗАБОЛЕВАНИЕ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

**Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)
профессиональных (ПК-1):**

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
<p>Готовностью к ведению и лечению пациентов со стоматологическими заболеваниями в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (ПК-1).</p>	<p>ИД-1. ПК-1. Проводит первичный осмотр пациентов. Устанавливает предварительный и окончательный диагноз. ИД-2. ПК-1. Выбирает метод обезболивания, анестетика. Интерпретирует данные дополнительных обследований пациентов (включая рентгенограммы, телерентгенограммы, радиовизиограммы, ортопантомограммы, томограммы (на пленочных и цифровых носителях). Лечение заболеваний зубов, пародонта, костной ткани челюстей, периферической нервной системы челюстно-лицевой области, височно-нижнечелюстного сустава, слюнных желез</p>

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Количество заданий
на 1 компетенцию
25 с эталонами ответов
10 вопросов
65 задач с эталонами ответов

ПК- 1. Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным симптомом перелома верхней челюсти является:

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность верхнечелюстных костей

Эталон ответа: 3. патологическая подвижность верхнечелюстных костей

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные жалобы при переломе нижней челюсти:

1. боль, сухость во рту, кровоподтеки
2. нарушение прикуса, боль, припухлость
3. резкая светобоязнь, боль, снижение слуха

Эталон ответа: 2. нарушение прикуса, боль, припухлость

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Синоним перелома верхней челюсти по Фор I:

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка

Эталон ответа: 3. отрыв альвеолярного отростка

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Синоним перелома верхней челюсти по Фор II:

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка

Эталон ответа: 2. суборбитальный

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Синоним перелома верхней челюсти по Фор III:

1. суббазальный
2. суборбитальный
3. отрыв альвеолярного отростка

Эталон ответа: 1. суббазальный

Задание 6. 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 7. 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 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным симптомом перелома нижней челюсти является:

1. головная боль
2. носовое кровотечение
3. патологическая подвижность отломков нижней челюсти

Эталон ответа: 3. патологическая подвижность отломков нижней челюсти

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. наложение бимаксиллярных шин с працевидной повязкой

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 1. книзу и кзади

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Под действием тяги жевательных мышц смещение нижней челюсти при ангулярном переломе происходит:

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

Эталон ответа: 3. медиально и вперед

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Осложнения воспалительного характера при переломах челюстей:

1. периостит
2. фурункулез
3. нагноение костной раны

Эталон ответа: 3. нагноение костной раны

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной симптом перелома костей носа:

1. деформация носа, гематома
2. подкожная эмфизема, кровотечение
3. патологическая подвижность костей носа, деформация

Эталон ответа: 3. патологическая подвижность костей носа, деформация

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. симптом "ступени", диплопия

Эталон ответа: 3. симптом "ступени", диплопия

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ОРВЗ
2. асфиксия
3. пародонтит

Эталон ответа: 2. асфиксия

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ОРВЗ
2. пародонтит
3. кровотечение

Эталон ответа: 3. кровотечение

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Непосредственным осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. шок
2. ОРВЗ
3. пародонтит

Эталон ответа: 1. шок

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Поздним осложнением ранения челюстно-лицевой области является:

1. ОРВЗ

2. асфиксия
3. ложный сустав

Эталон ответа: 3. ложный сустав

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. зубов нижней челюсти

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При неблагоприятном течении флегмоны дна полости рта инфекция распространяется:

1. в средостение
2. в субдуральное пространство
3. в околоушную слюнную железу

Эталон ответа: 1. в средостение

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для флегмоны подподбородочной области наиболее характерно:

1. острое начало; боли при глотании; высокая температура; обильная саливация
2. острое начало; движения языком болезненны; сухость во рту; ограничение открывания рта; разрушен нижний моляр
3. острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен 31 зуб

Эталон ответа: 3. острое начало; субфебрильная температура; открывание рта свободное; инфильтрат книзу от подбородка; разрушен 31 зуб

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

В комплекс терапии флегмоны подподбородочной области входит:

1. лучевая
2. седативная
3. антибактериальная

Эталон ответа: 3. антибактериальная

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать:

1. с тризмом
2. с карбункулом нижней губы
3. с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

Эталон ответа: 3. с острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При неблагоприятном течении абсцесса челюстно-язычного желобка инфекция распространяется:

1. к корню языка
2. в субдуральное пространство
3. в околоушную слюнную железу

Эталон ответа: 1. к корню языка

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выполняя разрез при лечении абсцесса челюстно-язычного желобка можно повредить:

1. язык
2. скуловую кость
3. язычную артерию
3. язычную артерию

Эталон ответа: 3. язычную артерию

Контрольные вопросы (устный опрос, собеседование)

1. Переломы нижней челюсти. Клиника, диагностика, методы временной и постоянной иммобилизации.
2. Переломы верхней челюсти. Классификация. Клиника, диагностика, методы временной и постоянной иммобилизации.
3. Сочетанные повреждения челюстно-лицевой области. Особенности клиники, диагностики, лечения.
4. Осложнения травм челюстно-лицевой области (асфиксия, нагноение мягких тканей, костной раны, травматический остеомиелит). Клиника, диагностика, лечение, профилактика.
5. Флегмона подбородочного и поднижнечелюстного пространств. Топографическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
6. Флегмона височной области, подвисочной и крыловидно-небной ямок. Топографическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
7. Флегмона щечной, подглазничной областей. Флегмона орбиты. Топографическая анатомия, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8. Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия, клиника, диагностика, лечение. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Осложнения воспалительных заболеваний лица и шеи: медиастинит, тромбоз пещеристого синуса, сепсис. Клиника, диагностика, лечение.
10. Характеристика заболеваний слюнных желез. Классификация, дифференциальная диагностика, лечение.

Задания открытого типа:

Ситуационные задачи

Задание 1.

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

Эталон ответа:

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

Задание 2.

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

1. Развитие какого осложнения можно предположить?

2. С чем может быть связано развитие осложнений?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие переднего медиастинита.

2. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.

Задание 3.

Больная, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области левой околоушной слюнной железы, сухость рта. Со слов больной, образование обнаружено врачом при диспансерном осмотре три года назад, в размерах не увеличивается, не беспокоит. Из перенесенных заболеваний отмечает эпидемический паротит, частые простудные заболевания. В нижнем полюсе левой околоушной слюнной железы определяется образование, размером 3,0 - 3,5 см., подвижность которого несколько ограничена, поверхность бугристая, плотноэластической консистенции, пальпация безболезненная, кожные покровы не изменены и свободно собираются в складку, открывание рта свободное. Слюна из околоушного протока выделяется пенная, слизистая оболочка рта недостаточно увлажнена, отмечается отсутствие жевательных зубов на верхней челюсти слева и на нижней челюсти справа. Поставьте предварительный диагноз и проведите его обоснование.

Эталон ответа:

Полиморфная аденома околоушной слюнной железы слева.

Задание 4.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом, С.°С. При поступлении: температура тела 39,5° подъемом температуры тела до 38,8 Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околоушных 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. Поставьте и обоснуйте и диагноз.

2. Наметьте план лечения.

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.

2. План лечения: удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается

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

Задание 5.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и С. При^осопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей^опоступлении: температура тела 39,5 нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.

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, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.

Задание 6.

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. Обоснуйте и поставьте диагноз.

2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины позволяют поставить диагноз: хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2. Лечение: удаление 35,36,37 секвестров, промывание свищевых ходов растворами антисептиков. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования - произвести секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание 7.

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

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

1. Поставьте диагноз, составьте план лечения.

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

Эталон ответа:

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.

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 8.

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 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. Поставьте диагноз и составьте план лечения.

Эталон ответа:

Флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18. План лечения: удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их

дренирование. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.

Задание 9.

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.

2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крыло-небной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крыло-небную ямку может присоединиться отек век.

Задание 10.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась постоянная ноющая боль в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар.

Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела $-38,5^{\circ}\text{C}$. В обеих поднижнечелюстных и в подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и 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.

Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

Эталон ответа:

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 11.

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. При рентгенологическом исследовании дна полости рта 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.

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. Лечение следует начинать с устранения причины абсцедирования - хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно проведение операции резекции верхушки корня 41. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного и физиолечения.

Задание 12.

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

1. Каких данных не хватает для постановки диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Не хватает анамнестических данных: наличия у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик. 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?

2. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.

Задание 13.

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

1. Составьте план обследования больного.

2. Поставьте предположительный диагноз

Эталон ответа:

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.

Задание 14.

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. 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. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Составьте план лечения.

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. Диагноз: перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
3. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии и физиотерапии на область перелома.

Задание 15.

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 - щель перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

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

Эталон ответа:

1. Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышцелкового отростка: болезненная пальпация слева в области ветви, надавливание на подбородок вызывает боль в области мышцелкового отростка слева. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.
2. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением.
3. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.

Задание 16.

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

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

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.

Задание 17.

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

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

Эталон ответа:

1. Ограничение открывания рта, болезненная пальпация в области ветви и венечного отростка слева, характерное смещение челюсти во время ее опускания в сторону повреждения, а также характер травмы в область подбородка обосновывает данный диагноз.
2. Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.
3. Наложение бимаксиллярных назубных шин с зацепными петлями и межчелюстная фиксация.

Задание 18.

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

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

Эталон ответа:

1. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями по нижним векам, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние, не достает данных рентгенологического обследования.
2. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
3. После назубного шинирования верхнего и нижнего зубного ряда, оперативное лечение заключается в подвешивании верхней челюсти к скуловым дугам. Для коррекции прикуса межчелюстное эластическое вытяжение. Антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, поливитамины. Также показана физиотерапия.

Задание 19.

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. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, кровянистое отделяемое из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и потерю чувствительности кожи в подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью.

Определяются симптомы “ступеньки” в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

1. Проведите обоснование диагноза, каких сведений недостает для уточнения диагноза.

2. Поставьте диагноз.

3. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, сопровождающееся болью в области подглазничного отверстия и анестезией тканей подглазничной области, имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие “ступенек”. Недостает данных рентгенографии.

2. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.

3. Оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Минипластины. Назначаются противовоспалительные десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины.

Задание 20.

В клинику поступила больная, 28 лет, после автоаварии. Находится в бессознательном состоянии. При местном осмотре определяются многочисленные ссадины лица в области левого надбровья, крыла носа справа, скуловой области слева и подбородка, при разведении губ виден откол коронковой части 21, определяется патологическая подвижность блока фронтальной группы зубов нижней челюсти. У больной сотрясение головного мозга средней тяжести, перелом левого предплечья и левой голени.

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?

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

3. Какое обследование необходимо провести для этой цели?

Эталон ответа:

1. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе.

2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений – особенности получения травмы (какой частью лица ударилась).

3. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

Задание 21.

Больной, 84 лет, доставлен в клинику с жалобами на общее недомогание, потерю аппетита, головокружение, наличие трещин на губах и языке, свищевого хода с гнойным отделяемым на альвеолярном отростке нижней челюсти справа в области премоляров,

наличие новообразования в области первого моляра на слизистой оболочке альвеолярного отростка. Из анамнеза выяснено, что полтора месяца назад был перелом нижней челюсти в области 16,15, травму получил в зоне повышенной радиации (300 рад.), лечился в госпитале. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, простудные заболевания, новообразование в области альвеолярного отростка нижней челюсти в течение двух лет. При осмотре отмечается бледность кожи лица, наличие кровоточащих трещин на губах, участков некроза и покрытых зеленой слизью язв. 1. Поставьте предварительный диагноз.

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

Эталон ответа:

1. Комбинированное радиационное поражение лучевая болезнь - III период, постлучевой остеорадионекроз нижней челюсти справа.
2. Следует выяснить какое лечение проводили в госпитале, продолжительность I и II периода лучевой болезни, каково общее состояние в настоящее время, анализ крови.

Задание 22.

Больной, 40 лет. Жалобы на боли в верхней челюсти, повышение температуры тела до 37,8 °С. Из анамнеза заболевания: 3 дня назад заболел 1.2 зуб, боли при накусывании, повысилась температура до 38 °С, плохой сон, отсутствие аппетита.

Объективно: внешних изменений нет. В полости рта: коронка 1.2 зуба разрушена ниже уровня десны, перкуссия резко болезненная, в области твердого неба определяется припухлость с четкими контурами размером 3,0x3,0 см, слизистая оболочка гиперемирована, отечна, пальпация резко болезненная.

На внутриротовой контактной рентгенограмме: в области корня 1.2 зуба определяется деструкция костной ткани с нечеткими контурами, корень искривлен, корневого канала не определяется.

1. Укажите причину развития данной патологии.
2. Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Одонтогенный верхушечный периодонтит 1.2.
2. Абсцесс твердого неба.

Задание 23.

Больной, 18 лет. Жалобы на боли в области нижней челюсти слева, затрудненное открывание рта, контрактура воспалительная челюстей, повышение температуры тела до 38 °С.

Местно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей в околоушно-жевательной области слева, ограничение открывания рта до 1,5 см, инфильтрация и гиперемия ретромоларной области слева, полуретинированный 3.8 зуб, дистальная часть жевательной поверхности коронки прикрыта слизистой оболочкой, из-под которого выделяется гнойный экссудат. Перкуссия 3.8 зуба слабо болезненная.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа: 1. Перикоронарит. Воспалительный инфильтрат околоушно-жевательной области.

Задание 24.

Больной 12 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подподбородочной и поднижнечелюстных областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком,

затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось два дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. Симптомы быстро нарастают. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову, рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4С. несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриворотном осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 34, 45, 36, 46, 47 зубов разрушены.

1. Поставьте диагноз, обоснуйте его.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта. Диагноз основывается на локализации воспалительного инфильтрата во всех клетчаточных пространствах дна полости рта (верхнего и нижнего).

Задание 25.

Больной, 22 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастают, 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 увеличилась, боли и симптомы нарушения функций нарастают. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5С. в обеих поднижнечелюстных и 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 выведение наружу болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области 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. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

Эталон ответа:

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 26.

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, гнойно-крошковидным 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?

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.

Задание 27.

Каретой скорой медицинской помощи в челюстно-лицевое отделение городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные ноющие боли в области припухлости на верхней челюсти справа, высокую температуру (до 39,5° С), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удаленным три дня тому назад 17 зубом, который был долгое время разрушен и неоднократно беспокоил. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в верхнем отделе правой щёчной, скуловой и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта справа опущен, глазная щель справа сужена.

Кожные покровы над припухлостью гиперемизованы, имеется коллатеральный воспалительный отек мягких тканей, пальпация в центре припухлости болезненна. Кожа в этом участке с трудом собирается в складку. Пальпируются увеличенные множественные, болезненные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта слегка затруднено – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки в области альвеолярного отростка с вестибулярной и небной сторон в проекции удалённого 17 зуба. Переходная складка от 17 до 13 зуба сглажена. Пальпируется болезненный инфильтрат по переходной складке от 17 до 13 зуба с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена остатками распавшимся кровяного сгустка, стенки её покрыты сероватогрязным налетом. Имеется неприятный запах изо рта, подвижность интактных 16, 15 и 14 зубов.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план комплексного лечения.

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит верхней челюсти справа от 17 зуба.
2. Лечение будет заключаться в реализации следующих основных этапов:
 - а) удаление только причинного зуба и вскрытие образовавшихся гнойных очагов;

- б) назначение соответствующих доз антибиотиков и сульфаниламидов;
- в) антигистаминные, десенсибилизирующие препараты;
- г) дезинтоксикационная терапия;
- д) иммунокоррекция и иммуностимуляция;
- е) на стадии реконвалесценции – ФТ и витаминотерапия до полной реабилитации.

Задание 28.

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. Какие дополнительные методы обследования можно провести?

Эталон ответа:

1. Слюнокаменная болезнь.
2. Необходима РГ дна полости рта для уточнения расположения конкремента.

Задание 29.

Больному 36 лет был нанесен прямой удар в подбородок при широко открытом рте, в момент крика о помощи. Почувствовал резкую боль в проекции обоих ВНЧ суставов, зубы впоследствии сомкнуть не смог. По этому поводу обратился в травмпункт, откуда, после выполнения рентгенограммы, был направлен в челюстно-лицевое отделение через 8 часов после получения травмы. При осмотре: лицо выглядит чрезмерно удлинённым из-за того, что больной не может сомкнуть зубные ряды, симптом «нагрузки» резко положительный в области обоих ВНЧС. Прикус по типу открытого, со смещением нижней челюсти кзади. Контакт зубов антагонистов только в области последних моляров.

1. О каком повреждении какой кости следует думать?
2. Какие диагностические и лечебные мероприятия следует выполнить?
3. Возможные осложнения и их предупреждение.

Эталон ответа:

1. Перелом НЧ в области шеек мышечковых отростков со смещением отломков.
2. Следует выполнить РГ в двух проекциях для уточнения локализации отломков нижней челюсти. Это позволит определить, возможно ли обойтись бескровной репозицией отломков с фиксацией их консервативно ортопедическими методами или следует прибегнуть к хирургическому остеосинтезу.
3. К возможным осложнениям при неадекватном лечении можно отнести состояние открытого прикуса, невозможность по жизни откусывания и полноценного пережёвывания пищи.

Задание 30.

Больной К., 30 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на асимметрию лица, боль в области правой щеки, повышенную температуру тела до 38°C. При осмотре больного врач выявил разлитой, резко болезненный инфильтрат в области правой щеки с признаками флюктуации, кожа над инфильтратом гиперемирована, в складку не берется. В полости рта обнаружен разрушенный 16 зуб, перкуссия которого резко болезненная. На рентгенограмме 16 зуба определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушек щечных корней с нечеткими контурами, размером до 0,7см. На основании жалоб, объективного осмотра и данных дополнительного метода обследования выставлен диагноз: флегмона щеки справа. Какова этиология этой флегмоны?

Эталон ответа:

Одонтогенная.

Задание 31.

Больной Б., 40 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии по поводу строго гнойно-воспалительного процесса в правой подглазничной области. После осмотра и обследования выставлен диагноз: одонтогенная флегмона подглазничной области справа. Каковы основные симптомы флегмон данной локализации?

Эталон ответа:

Инфильтрат в подглазничной области, сглаженность носогубной складки, отек нижнего и верхнего века, кожа гиперемирована, в складку не берется, отсутствие выбухания слизистой оболочки по переходной складке, резкое ограничение открывания рта.

Задание 32.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии. После осмотра и обследования больного выставлен диагноз: одонтогенная флегмона височной области и подвисочной ямки справа. После вскрытия флегмоны отделяемое из очага воспаления было отправлено на Бактериологическое исследование.

Назначьте наиболее рациональную комбинацию медикаментозных средств при лечении гнойно-воспалительных процессов.

Эталон ответа:

Антибактериальные средства, дезинтоксикационные препараты, иммуностимулирующие средства, витамины, диуретики.

Задание 33.

Больной В., 65 лет, доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с флегмоной нескольких клетчаточных пространств в области верхней челюсти слева. Врач принял решение о проведении больному предоперационной медикаментозной терапии. Необходима ли предоперационная медикаментозная

Терапия при острых гнойно-воспалительных процессах, и, если необходима, то какая?

Эталон ответа:

Нет необходимости.

Задание 34.

В отделении хирургии районной больницы больному Б., 40 лет, была вскрыта флегмона правой щеки. В послеоперационном периоде возникло такое осложнение, как паралич веточек лицевого нерва справа. Какая ошибка была допущена врачом при вскрытии флегмоны?

Эталон ответа:

Направление разреза выбрано без учета топографии лицевого нерва.

Задание 35.

Больной Г., 28 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на боли и припухлость в поднижнечелюстной области слева. При осмотре: в поднижнечелюстном треугольнике слева определяется разлитой болезненный инфильтрат, открывание рта до 4,0 см между центральными зубами, коронка 36 зуба разрушена на 2/3, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка вокруг зуба отечна, гиперемирована, 35 и 37 зубы поражены кариесом, 38 зуб полуретинированный, капюшон над дистальными буграми не воспален. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели у 36 зуба. Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного треугольника слева. Какова причина этой флегмоны?

Эталон ответа:

Наличие воспалительного процесса в области 36 зуба.

Задание 36.

Больной З., 48 лет, доставлен в приемный покой с температурой 39°C. Заболевание началось с болей в разрушенном 47 зубе, затем закрылся рот, появилось болезненное глотание и осиплость голоса. При осмотре определяется незначительная припухлость в области угла нижней челюсти справа. При глубокой пальпации к внутренней поверхности угла челюсти резкая болезненность и инфильтрация тканей. Рот открывает до 1,0 см между центральными зубами. 47 зуб – коронка разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка вокруг зуба, в области мягкого неба, по крыловидно-челюстной складке и боковой стенке глотки справа, которая выступает влево, гиперемирована, отечна, болезненна, язычок мягкого неба смещен влево. Поставьте диагноз на основании перечисленных клинических данных.

Эталон ответа:

Одонтогенная глубокая флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств со средней тяжестью течения.

Задание 37.

Больной Ю., 49 лет, доставлен в клинику стоматологии с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, пульсирующие боли в области левой щеки. Заболевание началось с болей в разрушенном 36 зубе. Объективно: асимметрия лица за счет наличия плотного болезненного инфильтрата в левой щечной области. Слизистая оболочка левой щеки также инфильтрирована, с переходом на переходную складку на уровне 35 и 37 зубов. Коронка 36 зуба разрушена на 2/3. Перкуссия болезненна. При пункции инфильтрата левой щеки получен гной. Рентгенологически – расширение периодонтальной щели 3.6 зуба.

Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона щечной области слева.

Каковы принципы хирургического лечения флегмоны у данного больного?

Эталон ответа:

1. Удаление 36 зуба.
2. Вскрытие инфильтрата наружным доступом на всем его протяжении с учетом расположения ветвей лицевого нерва.

Задание 38.

Задание 9

После проведенного обследования больному Н., 46 лет, выставлен диагноз: Флегмона корня языка. Больной госпитализирован в челюстно-лицевое отделение. Какой оперативный доступ является оптимальным для вскрытия флегмоны корня языка?

Эталон ответа:

Внутриротовым доступом.

Задание 39.

У больного Д., 16 лет, диагностирован эпидемический паротит ("свинка") средней степени тяжести. К какой группе паротитов по этиологическому признаку относится данное заболевание?

Эталон ответа:

Вирусное

Задание 40.

При обследовании больного С., 34 лет, выявлены жалобы на болезненную припухлость в области правой околоушной слюнной железы, незначительную гиперемию кожи в этой области, при легком массировании железы из протока получено большое количество мутной слюны с гнойным экссудатом. Отмечено сезонность и односторонность заболевания. Какое заболевание можно предположить?

Эталон ответа:

Обострение хронического паренхиматозного сиалоаденита ОСЖ справа.

Задание 41.

У больного П., 44 лет, на сиалограмме не определяются выводные протоки IV-V порядка, в концевых отделах железы определяются полости, заполненные контрастной массой. Для какого заболевания характерна данная рентгенологическая картина?

Эталон ответа:

Хронический интерстициальный сиалоаденит.

Задание 42.

Больная В, 42 лет, поступила в клинику хирургической стоматологии два дня назад. При обследовании поставлен диагноз: абсцесс подвисочной ямки справа. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено небольшое количество гнойного отделяемого, введен дренаж. Назначена противовоспалительная терапия. Однако, состояние больной не улучшилось. Боли сохраняются, температура тела держится в пределах 38,3 С. Степень и характер нарушения функций (ограничение открывания рта, боли при глотании) не изменились за истекший период.

Какое осложнение в данном случае можно предположить?

Эталон ответа:

Можно предположить распространение гнойного воспалительного процесса через нижнюю глазничную щель на ретробульбарную клетчатку с развитием флегмоны глазницы.

Задание 43.

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

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

Эталон ответа:

1. При наличии вышеперечисленных жалоб прежде всего можно предположить наличие воспалительных заболеваний (абсцесса, воспалительный инфильтрат, лимфаденит).
2. При наличии воспалительного заболевания, необходимо устранить очаги возможного инфицирования и снять воспалительные явления. При абсцедировании необходимо

вскрытие и дренирование гнойного очага. Если абсцедирования нет – возможно проведение консервативного противовоспалительного лечения.

Задача 44.

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.

Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных.

Эталон ответа:

Флегмона височной области слева.

Задание № 45.

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.

Вопрос: На основании каких признаков поставлен диагноз ?

Эталон ответа:

Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.

Задание № 46.

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. Каков предвостановительный диагноз?

2. Как уточнить диагноз?

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 как минимум.

Задание № 47.

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. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа:

Абсцесс подвисочной ямки

Задание № 48.

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. Из анамнеза выявлено, что три дня назад заболел 18. Беспокоила постоянная, ноющая боль, усиливающаяся при накусывании. К врачу не обращалась, принимала анальгетики. Два дня назад боль распространилась на всю правую половину верхней челюсти, иррадиировала в ухо, в висок. Появилась боль при глотании и открывании рта. Симптомы быстро нарастали, вскоре появились симптомы нарушения зрения: диплопия, снижение остроты зрения правого глаза. При осмотре: определяется отек в околоушно-жевательной и височной областях справа, отмечается симптом "песочных часов". Пальпация в этих областях безболезненная. Значительно выражен отек век справа, глаз полностью закрыт. Конъюнктивы обоих век гиперемированы. Определяется также отек век левого глаза. При симметричном надавливании на глазные яблоки определяется резкая болезненность справа. 18 имеется глубокая кариозная полость, перкуссия резко болезненная, подвижность II степени. Слизистая оболочка по переходной складке и десны с вестибулярной стороны на уровне моляров гиперемированы. 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. Поставьте диагноз. Где должен лечиться больной?

Эталон ответа:

Одонтогенная флегмона лица. В отделении челюстно-лицевой хирургии

Задание № 49.

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. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа: Не хватает 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 № 50.

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.

Поставьте диагноз, проведите его обоснование.

Эталон ответа:

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 № 51.

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.

Каких анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание № 52.

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.

Вопросы:

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

Эталон ответа:

Ответы:

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 № 53.

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 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. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

Вопрос: Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

Задание № 54.

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.

Вопросы:

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

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 алергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

Задание № 55.

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, выдвигание 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. Поставьте диагноз

2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса. 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 56.

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.

Вопрос: Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.

Предположительный диагноз?

Эталон ответа:

Ответ: Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.

Задание 57.

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.

Развитие какого осложнения можно предположить?

Эталон ответа:

Можно предположить развитие переднего медиастинита.

Задание 58.

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 нарастают. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?

Эталон ответа:

Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации.

Задание 59.

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. 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.

Вопрос: Предварительный диагноз?

Эталон ответа:

Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.

Задание 60.

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. 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.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.

Задание 61.

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. 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. Транспортная иммобилизация?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышцелкового отростка со смещением отломков.
2. Пращевидная повязки (подбородочно-теменная).

Задание 62.

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. Имеется утолщение кости по нижнечелюстному краю справа в области угла.

1. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки?
2. Предположительный диагноз:

Эталон ответа:

1. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.
2. Перелом нижней челюсти слева в области мышцелкового отростка, либо острый посттравматический артрит слева.

Задание 63.

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. При осмотре определяется небольшая сыпь 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.

1. Ваш предварительный диагноз?

Эталон ответа:

Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.

Задание 64.

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.

Поставьте диагноз?

Эталон ответа:

Ответ: Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.

Задание 65.

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.

Какое патологическое состояние Вы можете предположить и где должен лечиться больной в многопрофильной больницы?

Эталон ответа:

Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ. В отделении сочетанной травмы.

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 самостоятельно 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	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности и 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

		об устойчиво закрепленном практическом навыке	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	удовлетворительное умение давать аргументированные	удовлетворительная логичность и

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

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
---------------------	---	---	---------------------------------------	-------------