

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

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

Оценочные материалы по дисциплине

«Стоматология»

(приложение к рабочей программе дисциплины)

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

**Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)
общепрофессиональных (ОПК-5):**

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	ИД-1 ОПК-5 Определяет и анализирует морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека. ИД-2ОПК-5 Учитывает морфофункциональные особенности, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при составлении плана обследования и лечения

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-5	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи	75 с эталонами ответов

ОПК- 5. Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При остром герпетическом стоматите встречается:

1. корочка
2. волдырь
3. пузырек

Эталон ответа: 3. пузырек

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

1. под кожей
2. под мышцей
3. под надкостницей

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

1. гнойные выделения из носа
2. муфтообразный инфильтрат вокруг альвеолярной части всей нижней челюсти
3. свищ на десне

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

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной
2. скуловой
3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

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

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

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рентгенологическая картина хронического одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. имеет место затемнение пазухи

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:

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

Эталон ответа: 1. симптом «слюнной колики»

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы хронического паренхиматозного сиалоаденита:

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

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

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Парез мимической мускулатуры имеет место при повреждении:

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

Эталон ответа: 3. лицевого нерва

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения

2. наличие локальной гематомы, отек

3. боль при смыкании зубов

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

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. широкая возможность инфицирования ран

2. наличие локальной гематомы, отек

3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. широкая возможность инфицирования ран

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. артрит ВНЧС

2. нижняя макрогнатия

3. снижение высоты суставного бугорка

Эталон ответа: 3. снижение высоты суставного бугорка

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея

2. кровотечение из носа

3. патологическая подвижность нижней челюсти

Эталон ответа: 1. ликворея

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области

2. деформация носа, гематома

3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

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

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"

2. с нечеткими границами в области образования

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

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

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"

2. с четкими границами и тенью зуба в полости

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

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

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. гиперсаливация

2. частичная адентия

3. предраковые заболевания

Эталон ответа: 3. предраковые заболевания

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:

1. гиперсаливация, ознобы, муфтообразный инфильтрат челюсти

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

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

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:

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

Эталон ответа: 2. Сосания

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:

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

Эталон ответа: 2. Речи

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

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

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

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптом перелома нижней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. нарушение прикуса

Задания открытого типа:

Ситуационные задачи

Задание 1.

Больной 63 лет после длительного лечения зуба под анестезией в одно посещение не может закрыть рот. Из анамнеза: направлен на лечение 27 зуба в целях протезирования. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, (хотели закончить лечение в одно посещение). При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах. Во время осмотра: со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечный отросток нижней челюсти. Прикус открытый.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Двусторонний передний вывих нижней челюсти

Задание 2.

Больная 54 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которые возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно: гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Острый артрит ВНЧС справа.

Задание 3.

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

Консультация какого смежного специалиста необходима пациентке?

Эталон ответа:

Необходима консультация ревматолога.

Задание 4.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот.

О каком заболевании можно думать на основании жалоб и анамнеза?

Эталон ответа:

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

Задание 5.

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

Перечислите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

Рентгенологическое обследование ВНЧС, компьютерную томографию лицевого черепа.

Задание 6.

Больная 32 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли при широком открывании рта, щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава и смещение нижней челюсти вправо. Объективно: зубные ряды интактны, прикус ортогнатический. В анамнезе: 3 месяца назад травматическое удаление зуба 4.8.

1. Поставьте диагноз.

2. В какую сторону смещается подбородок при одностороннем вывихе нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Привычный вывих нижней челюсти.

2. В противоположную.

Задача № 7.

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 слюноотечении. Из анамнеза выяснено, что час назад больная зевнула, после чего не смогла закрыть рот. Объективно: конфигурация лица изменена за счет удлинения нижней трети его и смещения подбородка кпереди. Из рта обильно выделяется слюна, язык сухой. Собственно жевательные мышцы напряжены и отчетливо контурируются в виде валиков. Ткани впереди козелка уха слева и справа западают, а под скуловой дугой (с двух сторон симметрично) пальпируются сместившиеся головки мышечковых отростков. Пальпировать их через наружный слуховой проход не удастся. При попытке закрыть больной рот надавливанием на подбородочный отдел снизу вверх нижняя челюсть оказывает

пружинящее сопротивление, что сопровождается болевыми ощущениями. При пальпации переднего края ветви нижней челюсти со стороны полости рта справа и слева четко определяются сместившиеся кпереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

Поставьте предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.

Задание 8.

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

Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

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

Задание 9.

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

Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

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

Задание 10.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 11.

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

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

На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Неврит левого нижнелуночкового нерва.

Задание 12.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5°. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации. 44,45 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 44,45 частично разрушены.

Поставьте и обоснуйте и диагноз.

Эталон ответа: Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.

Задание 13.

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

Эталон ответа:

Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.

Задание 14.

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.

Обоснуйте _____ и _____ поставьте _____ диагноз.

Эталон ответа:

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

Задача 15.

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 16.

К стоматологу обратился больной В., который получил удар по передним верхним зубам. Визуально подвижности нет, целостность зубов сохранена. На рентгенограмме изменений нет. Из анамнеза прошло 5 дней, боль не стихает.

Какой дополнительный метод исследования необходимо провести?

Эталон ответа:

Электроодонтодиагностику – метод исследования реакции нервных элементов пульпы зуба на раздражение их электрическим током. Реакция на ток от 60 до 90 мкА следует предполагать патологический процесс в пульпе в виде его гибели.

Задание 17.

Больной У., 40 лет обратился в клинику с жалобами на корни 48 зуба. Из анамнеза выяснено, что больной работает на свинцовом заводе. Больному проведена мандибулярная и инфильтрационная анестезия Sol. Lido31ini 2% -4мл. Во время удаления 48 зуба, больной почувствовал резкую боль. Проведена дополнительная анестезия Sol. Lido31ini 2% -4мл. Через 10 минут, проведена попытка удаления корней 48 зуба, больной вновь пожаловался на резкую боль. Врач еще раз ввел анестезию Sol. Lido31ini 2% - 6мл. Через 2 минуты после введения анестетика больной возбудился, появилось чувство страха, стеснения в груди, шум в голове, дрожь, появились судороги, тошнота. При аускультации дыхание ослаблено. Пульс до 30 ударов в минуту.

Укажите диагноз. Окажите помощь.

Эталон ответа:

Интоксикация. Немедленно ввести внутривенно 2 мл 1% раствора тиопентала натрия.

Задание 18.

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

Ваш диагноз.

Эталон ответа:

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

Задание 19.

Больной жалуется на кратковременные боли в 2.6 зубе.

Какие инструменты необходимо выбрать для проведения обследования?

Эталон ответа:

Стерильные почковидный лоток, стоматологическое зеркало, изогнутый под углом зонд стоматологический, пинцет стоматологический.

Задание 20.

К врачу - стоматологу обратилась пациентка Б., 32 года, с жалобами на сухость губ, зуд, эстетический недостаток, болезненность при еде, широком открывании рта. Из анамнеза: возможны аллергические реакции на некоторые продукты и лекарственные препараты. Изменения появились после использования новой губной помады. Объективно: регионарные лимфатические узлы не увеличены. Несколько выражены отек красной каймы губ, умеренная эритема с шелушением, мелкие трещины. Слизистая оболочка полости рта без изменений.

Назначьте дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.

Эталон ответа:

Аллергологические пробы.

Задание № 21.

Больной З. 43 лет обратился к врачу с жалобой на появление на спинке языка образований в виде больших пятен.

Анамнез: появление пятен заметил месяц назад. Пятна больного не беспокоили, поэтому к врачу не обращался.

Объективно: на спинке языка папулы в виде больших кольцеобразных дисков.

Нитевидные сосочки языка на поверхности папул атрофированы, имеют форму овальных, гладких, блестящих поверхностей, расположенные ниже уровня («симптом скошенного луга»). Пальпация безболезненна. При поскабливании шпателем папул имеющийся беловатый налет легко снимается, при этом открывается эрозированная поверхность

медно-красного цвета. Папулы разделены воспалительным венчиком красного цвета. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Эталон ответа:

Лабораторные методы исследования (RW и др.) и бактерископические методы на выявление бледной трепонемы с поверхности эрозии.

Задание № 22. Пациентка К. 20 лет, жалуется на длительные пульсирующие боли в 3.6 зубе, иррадиирующие в ухо. Отмечается недомогание, головная боль, нарушение сна. Зуб беспокоит в течение 3 дней.

Объективно: рот полуоткрыт, подвижность 3.6 зуба первой степени, на жевательной поверхности глубокая кариозная полость, не сообщающаяся с полостью зуба, перкуссия резко болезненна. На рентгенограмме 3.6 патологических изменений нет.

Какой дополнительный метод определения гибели пульпы зуба?

Эталон ответа:

Элетроодонтодиагностика.

Задание № 23. Больной Н. 19 лет жалуется на интенсивную самопроизвольную боль в правой верхней челюсти, появившуюся 2 дня назад и усиливающуюся от холодного. Больной проснулся ночью от боли и не смог уснуть до утра. Во время приступа боль иррадирует по ходу ветвей тройничного нерва. Лицо симметрично. При осмотре на жевательной поверхности 1.6 зуба выявлены глубокие кариозные полости.

Какие дополнительные методы обследования требуется провести?

Эталон ответа:

Электроодонтодиагностика и рентгенография 1.6 зуба.

Задание № 24. Больной З. 18 лет предъявляет жалобы на разрастание ткани в 4.6 зубе, боли и кровоточивость при приеме пищи. Объективно: на жевательной поверхности 4.6 зуба глубокая кариозная полость, заполненная грануляционной тканью, при зондировании образование кровоточит, болезненное.

Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

Перкуссию, ЭОД, рентгенографию.

Задание 25.

Больной Н., 34 лет, госпитализирован в челюстно-лицевой отделение с диагнозом: острый одонтогенный лимфаденит подподбородочной области. Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи?

Эталон ответа:

Стрептококк, золотистый стафилококк.

Задание 26.

Больной Л., 43 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на опухолевидное образование в толще левой околоушной железы, которое появилось два дня тому назад после того, как воспалилась кожа вокруг ссадины левой околоушной области, полученной во время бритья. Врач диагностировал псевдопаротит Герценберга. Что это такое?

Эталон ответа:

Лимфаденит околоушной-жевательной области.

Задание 27.

К врачу-стоматологу обратился больной С., 50 лет, житель сельской местности, скотовод с жалобами на конгломерат увеличенных в виде бугорков, сросшихся между собой

воспалительным процессом в лимфатических узлов (на разных стадиях воспаления) в области средней яремной цепи слева. Врач предположил специфический лимфаденит. Чем он может быть вызван?

Эталон ответа:

Микобактериями туберкулеза.

Задание 28.

Больной Д., 36 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с предварительным диагнозом: хронический лимфаденит подподбородочной области. Выберите наиболее значимый метод диагностики, позволяющий дифференцировать хронический лимфаденит от кист различной этиологии.

Эталон ответа:

УЗИ

Задание 29.

Больной О., 28 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в правой поднижнечелюстной области, слабость, высокую (38,5°C) температуру тела, асимметрию лица. Неделю тому назад заболел разрушенный 46 зуб, прикосновение к зубу стало резко болезненным. Четыре дня тому назад в правой поднижнечелюстной области появился "шарик", который вначале был слегка болезненным при ощупывании и подвижным, а затем боль в этой области стала нарастать. "Шарик" стал при ощупывании терять свои ориентиры, перестал быть подвижным. Накануне вечером на этом месте образовалось уплотнение тканей, контуры "шарика" исчезли. Сегодня боль усилилась, повысилась температура общая и местная, появилось покраснение кожи. Предполагаемый диагноз?

Эталон ответа:

Аденофлегмона правой поднижнечелюстной области.

Задание № 30.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации. 44,45 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 44,45 частично разрушены.

Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа:

Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.

Задание № 31.

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

Эталон ответа:

Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

Задание № 32.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 35, 36, 37 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров. Поставьте предварительный диагноз. Где должен лечиться больной?

Эталон ответа:

Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти. В отделении челюстно-лицевой хирургии.

Задание № 33.

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 № 34.

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. Конъюктива обоих век гиперемирована. 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 гиперемирована. 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 № 35.

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 достаёт анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

Задание № 36.

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 организуемым кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы. 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 № 37.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боль усиливается при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза выяснено, что три дня назад, после переохлаждения появилась слабо болезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. Объективно: при внешнем осмотре определяется припухлость тканей в левой поднижнечелюстной области. При пальпации тканей усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка 41 разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области слева определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. В области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

Поставьте диагноз, проведите его обоснование.

Эталон ответа:

Обострение хронического периодонтита. 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.

Задание № 38.

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 внутриворотном 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 данных не хватает для постановки диагноза?

Эталон ответа:

Не хватает рентгенограммы для выявления конкремента в выводном протоке поднижнечелюстной слюнной железы.

Задание № 39.

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

Поставьте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.

Задание № 40.

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

Предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Специфические воспалительные заболевания.

Задание № 41.

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.

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

Эталон ответа:

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

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

Задание № 42.

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. Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

Задание № 43.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа,

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

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

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

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

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

Вопросы: 1. Поставьте диагноз

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

Эталон ответа:

Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды.

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

Задание № 44.

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 поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см. Полость рта санирована. Поставьте диагноз.

Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.

Эталон ответа:

Абсцесс корня языка. 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 № 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.

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. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротейнемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов. Каков предварительный диагноз?

Эталон ответа:

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

Задание № 47.

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:

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 № 48.

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 № 49.

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

Вопрос: 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 № 50.

Больной 63 лет после длительного лечения зуба под анестезией в одно посещение не может закрыть рот. Из анамнеза: направлен на лечение 27 зуба целях протезирования. После анестезии долго сидел с широко открытым ртом, (хотели закончить лечение в одно посещение). При попытке закрыть рот появилась резкая боль в височно-нижнечелюстных суставах. Во время осмотра: со стороны полости рта пальпируется сместившийся кпереди венечные отростки нижней челюсти. Прикус открытый. На рентгенограмме черепа определяются головки нижней челюсти, расположенные на переднем скате суставного бугорка.

Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Ответ: Двусторонний передний вывих нижней челюсти.

Задание № 51.

Больная В., 45 лет обратилась с жалобами на ноющие боли и хруст при широком открывании рта в правом височно-нижнечелюстном суставе.

Из анамнеза выяснено, что болеет в течение недели, хруст замечала и раньше при зевании и энергичном жевании. Несколько лет назад по поводу острой боли лечила 46 и удалила 45. Жует преимущественно на левой стороне. При осмотре отмечена незначительная асимметрия лица за счет различной выраженности носогубных складок и развития собственно жевательной мышцы. Открывание рта - 4 см. Хруст и боль в правом височно-нижнечелюстном суставе при боковых движениях нижней челюсти и широком открывании рта. На рентгенограмме правого височно-нижнечелюстного сустава отмечается незначительная деформация головки суставного отростка, экзостоз. Поставьте развернутый диагноз.

Эталон ответа:

Деформирующий артрозо-артрит правого височно-нижнечелюстного сустава I степени.

Задание № 52.

Больная 54 лет, обратилась с жалобами на боли в ВНЧС справа, которые возникла 3 недели назад после гриппа. Сначала возникло щелканье, затем боль. Объективно; гиперемия, отек в области сустава справа. Региональные лимфатические узлы увеличены и болезненны. На томограмме костные структуры без изменения, суставная щель справа расширена. Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Острый артрит правого ВНЧС.

Задание № 53.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на невозможность открывания рта, постепенно развивающегося с детского возраста, когда перенес отит. С 13-14 лет заметил асимметрию лица. Болели зубы, стоматолог отказывался лечить из-за невозможности открыть рот. Вопрос: Какие дополнительные методы обследования необходимо использовать для постановки диагноза и составления плана лечения?

Эталон ответа:

Для постановки диагноза и составления плана лечения необходимо провести рентгенологическое обследование ВНЧС и КТ лицевого черепа.

Задание № 54.

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

Вопрос: О какой патологии ВНЧС можно думать?

Эталон ответа:

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

Задание № 55.

Больная 32 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли при широком открывании рта, щелканье в области височно-нижнечелюстного сустава и смещение нижней челюсти вправо. Объективно: зубные ряды интактны, прикус ортогнатический. В анамнезе: 3 месяца назад травматическое удаление зуба 4.8.

Вопрос: Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

Привычный вывих нижней челюсти.

Задание № 56.

Больная 35 лет, обратилась с жалобами на боли в области правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), затруднение открывания рта. Из анамнеза выявлено:

болеет около 7 дней, когда появились боли при открывании рта и боли иррадиирующие по ходу нижнечелюстного нерва, обратилась в поликлинику по месту жительства, где с целью санации удалены зубы 48 и 44. Улучшения не наступало. Объективно кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД – 120/80 мм рт. ст. Пульс – 80 уд. в мин. Дыхание везикулярное ЧДД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул и диурез не нарушены. Местный статус: контуры лица не изменены. Открывание рта затруднено, болезненно. Пальпация в области правого ВНЧС, болезненная. При движениях нижней челюстью отмечается «хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС.

Вопрос: Обоснуйте диагноз.

Эталон ответа:

«При движениях нижней челюсти отмечается хруст» и пощелкивание в области правого ВНЧС, что говорит об обострении хронического артрита ВНЧС справа.

Задание № 57.

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 удается. 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. Предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Ответ: Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.

Задание № 58.

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

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

Задание № 59.

Больная, 57 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в затылочную, височную области и в область глаза слева. Боли кратковременные, 2-3 секунды, интенсивные, рвущие, самопроизвольные. Из анамнеза выяснено, что больна в течение двух лет, лечилась у врача-невропатолога по месту жительства по поводу невралгии тройничного нерва, эффекта не отмечает. Направлена на консультацию к врачу-стоматологу. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции, простудные заболевания, аппендэктомиию году. Общее состояние удовлетворительное. Конфигурация лица не изменена, отмечается пастозность и небольшая гиперемия подглазничной и щечной областей слева, гиперестезия. В полости рта зубы верхней челюсти справа интактные, перкуссия их безболезненная. При пальпации переходной складки в области 2.4, 2.5 начинается болевой приступ продолжительностью 3 секунды. Проведите обоснование диагноза.

Эталон ответа:

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

Задание № 60.

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

Вопрос: Обоснуйте диагноз.

Эталон ответа:

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

Задание № 61.

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

Эталон ответа:

Поставьте диагноз.

Ответ: Неврит III ветви тройничного нерва слева.

Задание № 62.

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

Эталон ответа:

Неврит III ветви тройничного нерва справа. Инородное тело (пломбирочный материал) в канале нижней челюсти.

Задание № 63.

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

Вопрос: Ваш диагноз?

Эталон ответа:

Постэкстракционный (травма нижнелуночкового нерва при удалении 38) неврит левого нижнелуночкового нерва.

Задание № 64.

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

Эталон ответа:

Ответ: Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.

Задание № 65.

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

Эталон ответа:

Травматический компрессионный неврит нижнелуночкового нерва. Причина развития заболевания – избыточное выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, сдавление конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна.

Задание № 66.

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:

Ответ: Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.

Задание № 67.

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 мышечкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечкового 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 мышечкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри. Поставьте диагноз. Транспортная иммобилизация?

Эталон ответа:

Ответы: Перелом нижней челюсти слева в области основания мышечкового отростка со смещением отломков. Працевидная повязки (подбородочно-теменная).

Задание № 68.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 69.

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 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. Ваш предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Ответ: Перелом нижней челюсти слева в области венечного отростка.

Задание № 70.

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 № 71.

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:

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

Задание № 72.

Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия двучелюстных назубных шин снова появилась припухлость в окологлазничных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. По общему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в нижнем отделе щечной области справа, имеется гиперемия кожи здесь, пальпируется плотный инфильтрат, в центре которого определяется свищевой ход с гнойным отделяемым. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз.

Эталон ответа:

Хронический постравматический остеомиелит нижней челюсти справа,

Задание № 73.

У больного 42 лет установлен диагноз: деформирующий рубец в области верхней губы справа. При обследовании установлено: дефект линейный в области кожи и подкожной жировой клетчатки длиной 3 см. на слизистой оболочке без особенностей. При открывании и закрывании полости рта деформация увеличивается.

Определите показания к хирургическому лечению.

Эталон ответа:

Ответ: Появление деформаций при открывании рта требует восстановительной операции.

Задание № 74.

У больного 75 лет определяется дефект ушной раковины после хирургического иссечения опухоли. После операции прошло 6 месяцев.

Вопрос: Показана ли восстановительная операция на ушной раковине?

Эталон ответа:

Восстановительная операция не показана, т.к. прошло всего 6 месяцев и еще - противопоказанием к проведению операции является возраст больного.

Задание № 75.

Больной, 24 лет, поступил в клинику через 30 часов после укуса собаки. Имеется дефект нижней губы справа, размером 4,0х3,0 см.

Вопрос: Поставьте диагноз, лечение.

Эталон ответа:

Укушенная рана с дефектом нижней губы. Тщательная антисептическая и хирургическая обработка раны до кровотока тканей. Пластика местными тканями.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность в ответах
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов,	высокая логичность и

	предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

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

