

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии № 3

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель

образовательной программы

/ д.м.н., доц. Кононенко В.И./

«17» июня 2025 г.



РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

«Челюстно-лицевая хирургия»

**основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры**

Специальность

31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Направленность (профиль) программы Челюстно-лицевая хирургия

Блок 1

Обязательная часть (Б1.О.01)

Уровень высшего образования

подготовка кадров высшей квалификации

Форма обучения очная

**Ростов-на-Дону
2025 г.**

1. Цель изучения дисциплины (модуля)

Дать обучающимся углубленные знания в области челюстно-лицевой хирургии и выработать навыки подготовки квалифицированного врача челюстно-лицевого хирурга, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной специализированной медико-санитарной помощи и специализированной медицинской помощи.

2. Место дисциплины (модуля) в структуре ООП

Рабочая программа дисциплины (модуля) «Челюстно-лицевая хирургия» относится к Блоку 1 программы ординатуры и является обязательной для освоения обучающимися. Изучение дисциплины направлено на формирование компетенций, обеспечивающих выполнение основных видов деятельности врача.

3. Требования к результатам освоения дисциплины (модуля)

Процесс изучения дисциплины (модуля) направлен на формирование следующих компетенций в соответствии с ФГОС ВО и ООП ВО по данной специальности:

Таблица 1

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.		
УК-1.1. Участвует в реализации проекта в области медицины	Знать	- основные этапы и принципы управления проектами в медицине
	Уметь	- определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации
	Владеть	- методами сбора и анализа данных для оценки эффективности проекта; - способами осуществления мониторинга и контроля над осуществлением проекта - навыками подготовки отчетов и презентаций по результатам реализации проекта
УК-1.2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- методы планирования и координации медицинских проектов
	Уметь	- разрабатывать проект в области медицины; - разрабатывать проектную документацию и планы реализации медицинских проектов
	Владеть	- способами определения критериев эффективности проекта в области медицины

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов		
ОПК-4.1 Участвует в	Знать	- сбор анамнеза заболевания, объективное исследование,

реализации проекта в области медицины		местный статус, интерпретация дополнительных методов обследования
	Уметь	- определять проблемное поле проекта и возможные риски с целью разработки превентивных мер по их минимизации
	Владеть	- способами осуществления мониторинга и контроля над осуществлением проекта - навыками подготовки отчетов и презентаций по результатам реализации проекта
ОПК-4.2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- методы планирования и координации медицинских проектов
	Уметь	- разрабатывать проект в области медицины; - разрабатывать проектную документацию и планы реализации медицинских проектов
	Владеть	- способами определения критериев эффективности проекта в области медицины

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-5. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-5-1. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- показания и противопоказания методам лечения,
	Уметь	- назначает лечение пациентам при заболеваниях и (или) болезненных состояниях
	Владеть	- положением на рынке лекарственных препаратов
ОПК-5-2. Участвует в разработке проекта в области медицины	Знать	- механизм действия лекарственных препаратов
	Уметь	- контроль эффективности и безопасности проводимого метода лечения
	Владеть	- механизм действия лекарственных препаратов

Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ОПК-8. Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность		
ОПК-8-1. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	Знать	- факторы, влияющие на здоровье: природные, социальные, экономические, образа жизни
	Уметь	выстраивать этапы организации профилактической работы по формированию здорового образа жизни.
	Владеть	- мероприятия по профилактике заболеваний и санитарно-гигиеническому просвещению населения
ОПК-8-2. Способен проводить и контролировать	Знать	- роль санации полости в профилактике одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
	Уметь	- донести до населения методы профилактики

эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения		заболеваний челюстно-лицевой области
	Владеть	- контролировать мероприятия по методам санации полости рта (санация полости рта у детей по Агапову, регулярно – 2 раза в год посещение врача-стоматолога, гигиена полости рта и др.)
Код и наименование компетенции	Планируемые результаты обучения по дисциплине (модулю), соотнесенные с индикаторами достижения компетенции	
ПК-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи		
ПК-1-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать	- стандарты предоперационной подготовки больных к хирургическим методам лечения, показания и противопоказания для хирургических методов лечения больных с заболеваниями и повреждениями ЧЛО
	Уметь	- оценить состояние больного, формулировать диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза, сформулировать диагноз и определиться с тактикой ведения больного, определить должный объем консультативной помощи, определить тактику ведения пациента согласно современным национальным рекомендациям.
	Владеть	- тактикой ведения больных с сопутствующей патологией
ПК-1-2. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	Знать	- возможные осложнения фармакологических и хирургических методов лечения, алгоритмы оказания помощи при осложнениях.
	Уметь	- проводить оперативное лечение больных с патологией ЧЛО, коррекцию лечения согласно результатам дополнительных методов обследования.
	Владеть	- техникой оказания неотложной помощи, навыками реанимационных мероприятий.

4. Объем дисциплины (модуля) по видам учебной работы

Таблица 2

Виды учебной работы	Всего, час.	Объем по семестрам			
		1	2	3	4
Контактная работа обучающегося с преподавателем по видам учебных занятий (Контакт. раб.):	504	152	252	180	144
Лекционное занятие (Л)	152	42	42	36	32

Семинарское занятие (СЗ)	-	-	-	-	-
Практическое занятие (ПЗ)	352	108	84	96	64
Самостоятельная работа обучающегося, в том числе подготовка к промежуточной аттестации (СР)	324	102	126	48	48
Вид промежуточной аттестации: Зачет (З), Зачет с оценкой (ЗО), Экзамен (Э)	144	30	30	30	Э
Общий объём	в часах	972	288	288	216
	в зачетных единицах	27	8	8	6

5. Содержание дисциплины (модуля)

Таблица 3

№ раздела	Наименование разделов, тем дисциплин (модулей)	Код индикатора
1	Общие вопросы челюстно-лицевой хирургии.	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
1.1	Организация службы врача челюстно-лицевого хирурга. Врачебная этика и деонтология	
1.2	Клиническая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области.	
1.3	Специальные методы обследования в челюстно-лицевой хирургии	
2	Вопросы обезболивания и методы интенсивной терапии в челюстно-лицевой хирургии. Операция удаления зуба	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
2.1	Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии. Показания и противопоказания.	
2.2	Общее обезболивание. Виды, особенности в челюстно-лицевой хирургии	
2.3	Операция удаления зуба. Показания и противопоказания. Сложное удаление зуба с использованием бормашины, из линии перелома	
3	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
3.1	Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Фурункул, карбункул	
3.2	Остеомиелиты челюстных костей, классификация, этиология. Принципы лечения.	
3.3	Осложненные формы течения (сепсис, тромбоз синусов мозга, медиастинит)	
4	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
4.1	Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава	
4.2	Заболевания и повреждения нервов челюстно-лицевой области	
4.3	Врожденные пороки и аномалии развития лица и шеи. Восстановительная хирургия челюстно-лицевой области	

5	Травматические повреждения челюстно-лицевой области	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
5.1	Травмы костей лицевого скелета и мягких тканей	
5.2	Оперативные и консервативные методы лечения переломов костей лицевого скелета	
5.3	Осложнения в момент травмы, угрожающие жизни больного, лечение. Поздние осложнения	
6	Опухоли челюстно-лицевой области	У К - 1 ; О П К - 4 . ; ОПК-5.;ОПК-7.; ОПК-8.; ПК-1.
7.1	Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области.	
7.2	Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.	
7.3	Предраковые заболевания. Онкологическая настороженность	

6. Учебно-тематический план дисциплины (модуля)

Таблица 4

Номер раздела, темы	Наименование разделов, тем	Количество часов						Форма контроля	Код индикатора
		Всего	Контакт. раб.	Л	СЗ	ПЗ	СР		
Раздел 1	Общие вопросы челюстно-лицевой хирургии			20	-	64	60	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	УК-1;ОПК-4.;ОПК-5.;ОПК-7.;ОПК-8.; ПК-1.
Тема 1.1	Организация службы врача челюстно-лицевого хирурга. Врачебная этика и деонтология			8	-	16	18		
Тема 1.2	Клиническая анатомия и оперативная хирургия челюстно-лицевой области.			8	-	38	22		
Тема 1.3	Специальные методы обследования в челюстно-лицевой хирургии			4	-	10	20	Реферат	
Раздел 2	Вопросы обезболивания и методы интенсивной терапии в челюстно-лицевой области. Операция удаления зуба			36	-	48	84	Устный опрос, собеседование.	УК-1;ОПК-4.;ОПК-5.;ОПК-7.;

								Тестирование Презентация	ОПК-8.; ПК-1.
Тема 2.1	Обезболивание местное, общее. Методы интенсивной терапии в челюстно-лицевой области			20	-	20	44		
Тема 2.2	Операция удаления зуба			16	-	18	40		
Раздел 3	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области			20		60	60	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	УК-1;ОПК - 4 . ; ОПК-5.;ОПК - 7 . ; ОПК-8.; ПК-1.
Тема 3.1	Периостит, остеомиелит			8	-	20	16		
Тема 3.2	Абсцессы, флегмоны			10	-	34	26		
Тема 3.3	Осложненные формы течения воспалительных заболеваний			2	-	10	18		
Раздел 4	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия			20	-	64	60	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	УК-1;ОПК - 4 . ; ОПК-5.;ОПК - 7 . ; ОПК-8.; ПК-1.
Тема 4.1	Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава			10	-	16	20		
Тема 4.2	Заболевания и повреждения нервов лица и челюстей			8	-	30	18		
Тема 4.3	Врожденные пороки и аномалии развития лица и шеи. восстановительная			2	-	18	22		

	хирургия челюстно-лицевой области								
Раздел 5	Травматические повреждения челюстно-лицевой области			20	-	64	60	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	УК-1;ОПК - 4 . ; ОПК-5.;ОПК - 7 . ; ОПК-8.; ПК-1.
Тема 5.1	Травмы костей лицевого скелета и мягких тканей			10	-	16	25		
Тема 5.2	Оперативные и консервативные методы лечения переломов костей лицевого скелета			8	-	40	25		
Тема 5.3	Осложнения в момент травмы, угрожающие жизни больного, лечение. Поздние осложнения			2	-	8	10		
Раздел 6	Опухоли челюстно-лицевой области			36	-	48	84	Устный опрос, собеседование. Тестирование Презентация	УК-1;ОПК - 4 . ; ОПК-5.;ОПК - 7 . ; ОПК-8.; ПК-1.
Тема 6.1	Доброкачественные и злокачественные опухоли челюстно-лицевой области			22	-	18	44		
Тема 6.2	Предраковые заболевания челюстно-лицевой области. Онкологическая настороженность			14	-	20	40		
Общий объём		27		152	-	352	324		

7. Учебно-методическое обеспечение самостоятельной работы обучающихся

Цель самостоятельной работы обучающихся заключается в глубоком, полном

усвоении учебного материала и в развитии навыков самообразования. Самостоятельная работа включает: работу с текстами, основной и дополнительной литературой, учебно-методическими пособиями, нормативными материалами, в том числе материалами Интернета, а также проработка конспектов лекций, написание докладов, рефератов, участие в работе семинаров, научных конференциях.

Обучающиеся, в течение всего периода обучения, обеспечиваются доступом к автоматизированной системе «Ординатура и Магистратура (дистанционное обучение) Ростовского государственного медицинского университета» (АС ОМДО РостГМУ) <https://omdo.rostgmu.ru/>. и к электронной информационно-образовательной среде.

Самостоятельная работа в АС ОМДО РостГМУ представляет собой доступ к электронным образовательным ресурсам в соответствии с формой обучения (лекции, методические рекомендации, тестовые задания, задачи, вопросы для самостоятельного контроля и изучения, интернет-ссылки, нормативные документы и т.д.) по соответствующей дисциплине. Обучающиеся могут выполнить контроль знаний с помощью решения тестов и ситуационных задач, с последующей проверкой преподавателем, или выполнить контроль самостоятельно.

Задания для самостоятельной работы

Таблица 5

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
1	Общие вопросы челюстно-лицевой хирургии	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организация службы врача челюстно-лицевого хирурга. 2. Врачебная этика и деонтология 3. Клиническая анатомия и оперативная хирургия ЧЛО. 4. Специальные методы обследования в ЧЛХ. 5. Рентгенодиагностика в стоматологии в том числе контрастная, (компьютерная томография в диагностике заболеваний ЧЛО, УЗИ и др.)
2	Вопросы обезболивания и методы интенсивной терапии в челюстно-лицевой области. Операция удаления зуба	<ol style="list-style-type: none"> 1. Местное и общее обезболивание в челюстно-лицевой области. Виды, особенности, осложнения. 2. Схемы премедикаций. 3. Сравнительная фармакокинетика местных анестетиков. Сравнительная фармакокинетика местных анестетиков. Современные технологии местного обезболивания. 4. Операции на альвеолярных отростках челюстей. Принципы увеличения высоты альвеолярных отростков. 5. Операция удаления зуба

№ раздела	Наименование раздела	Вопросы для самостоятельной работы
3	Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	1. Периостит, остеомиелит. Абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул. 2. Принципы лечения. Осложненные формы течения (сепсис, флебиты вен лица и полости черепа, медиастинит). Фармакокинетика медикаментозного лечения. 3. Заболевания слюнных желез. Одонтогенный гайморит: классификация, клиника, диагностика
4	Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия	1. Неврогенные заболевания ЧЛО 2. Заболевания и повреждения височно-нижнечелюстного сустава
5	Травматические повреждения челюстно-лицевой области	1. Травма мягких тканей и костей лица и шеи. Осложнения в момент травмы, первая помощь. Лечение. 2. Сочетанная черепно-мозговая травма. 3. Поздние осложнения
6	Опухоли челюстно-лицевой области	1. Злокачественные новообразования. 2. Доброкачественные новообразования. Онкологическая настороженность врача

Контроль самостоятельной работы осуществляется на семинарских/ практических занятиях.

8. Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся

Оценочные материалы, включая оценочные задания для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине (модулю) представлены в Приложении Оценочные материалы по дисциплине (модуля).

9. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины (модуля)

Таблица 6

№ п/п	Автор, наименование, место издания, издательство, год издания	Количество экземпляров
Основная литература		
1	Травматология челюстно-лицевой области /В. В. Афанасьев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.	1 экз
2	Черепно-лицевая хирургия в формате 3D: атлас. Бельченко В.Н., Притыко А.Г., Климчук А.В., Филиппов В.В. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 – 224с. Доступ из ЭБС «Консультант врача». ЭР	ЭР
Дополнительная литература		
1	В. В. Военная стоматология и челюстно-лицевая хирургия: Учебное пособие /В. В. Афанасьев, А. А. Останин. – М: ГЭОТАР – Медиа, 2009. – 240 с. (11 экз.)	11 экз.
2	Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия: Руководство для врачей /под ред. В. И. Балина, Н. М. Александрова. – изд. 4-е, доп.	1 экз.

	и испр. – СПб: СпецЛит, 2005. – 574 с.	
3	Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: учебное пособие. О.З. Топольницкий, В.Ю. Васильев 2011. – 264- М.: ГЭОТАР - Медиа, 2011.-259с. (6 экз).	6 экз.
4	Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство / Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 928 с. – Доступ из ЭБС «Консультант врача». ЭР	ЭР
5	Анестезия и интенсивная терапия в стоматологии: руководство С.Ф. Грицук 2012-240с.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.	ЭБС «Консультант врача»

Перечень ресурсов сети «Интернет»

Таблица 7

№ п/п	Электронные образовательные ресурсы	Доступ
1	Электронная библиотека РостГМУ. – URL: http://109.195.230.156:9080/opac/	Доступ неограничен
2	Консультант врача. Электронная медицинская библиотека : Электронная библиотечная система. – Москва : ООО «Высшая школа организации и управления здравоохранением.-Комплексный медицинский консалтинг». - URL: http://www.rosmedlib.ru + возможности для инклюзивного образования	Доступ неограничен
3	Российское образование : федеральный портал. - URL: http://www.edu.ru/ . – Новая образовательная среда.	Открытый доступ
4	Федеральная электронная медицинская библиотека Минздрава России. - URL: https://femb.ru/femb/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
5	Мир врача : профессиональный портал [информационный ресурс для врачей и студентов]. - URL: https://mirvracha.ru (поисковая система Яндекс). Бесплатная регистрация	Открытый доступ
6	DoctorSPB.ru : информ.-справ. портал о медицине [для студентов и врачей]. - URL: http://doctorspb.ru/	Открытый доступ
7	МЕДВЕСТНИК : портал российского врача [библиотека, база знаний]. - URL: https://medvestnik.ru	Открытый доступ
8	Научное наследие России : электронная библиотека / МСЦ РАН. - URL: http://www.e-heritage.ru/	Открытый доступ
9	Lvrach.ru : мед. науч.-практич. портал [профессиональный ресурс для врачей и мед. сообщества, на базе науч.-практич. журнала «Лечащий врач»]. - URL: https://www.lvrach.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
10	Архив научных журналов / НП НЭИКОН. - URL: https://arch.neicon.ru/xmlui/ (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
11	Русский врач : сайт [новости для врачей и архив мед. журналов] / ИД «Русский врач». - URL: https://rusvrach.ru/	Открытый доступ
12	Медицинский Вестник Юга России : электрон. журнал / РостГМУ. - URL: http://www.medicalherald.ru/jour (поисковая система Яндекс)	Контент открытого доступа
13	Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава России. - URL:	Контент

	https://cr.minzdrav.gov.ru/	открытого доступа
14	Министерство здравоохранения Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: https://minzdrav.gov.ru (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
15	Всемирная организация здравоохранения : офиц. сайт. - URL: http://who.int/ru/	Открытый доступ
16	Министерство науки и высшего образования Российской Федерации : офиц. сайт. - URL: http://minobrnauki.gov.ru/ (поисковая система Яндекс)	Открытый доступ
17	Другие открытые ресурсы вы можете найти по адресу: http://rostgmu.ru → Библиотека → Электронный каталог → Открытые ресурсы интернет → далее по ключевому слову...	

10. Кадровое обеспечение реализации дисциплины (модуля)

Реализация программы дисциплины (модуля) обеспечивается профессорско-преподавательским составом кафедры стоматологии № 3 ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России.

11. Методические указания для обучающихся по освоению дисциплины (модуля)

Образовательный процесс по дисциплине (модуля) осуществляется в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования.

Основными формами получения и закрепления знаний по данной дисциплине (модулю) являются занятия лекционного типа и практического занятия, самостоятельная работа обучающегося и прохождение контроля под руководством преподавателя.

Учебный материал по дисциплине (модулю) разделен на шесть раздела:

Раздел 1. Общие вопросы челюстно-лицевой хирургии

Раздел 2. Вопросы обезболивания и методы интенсивной терапии в челюстно-лицевой области.

Операция удаления зуба

Раздел 3. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Раздел 4. Челюстно-лицевая и гнатическая хирургия

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Раздел 5. Травматические повреждения челюстно-лицевой области

Раздел 6. Опухоли челюстно-лицевой области

Изучение дисциплины (модуля) согласно учебному плану подразумевает самостоятельную работу обучающихся. Самостоятельная работа включает в себя изучение учебной, учебно-методической и основной и дополнительной литературы, её конспектирование, подготовку к семинарам (практическим занятиям), текущему контролю успеваемости и промежуточной аттестации экзамену.

Текущий контроль успеваемости по дисциплине (модулю) и промежуточная аттестация обучающихся осуществляются в соответствии с Положением университета по устанавливающей форме проведения промежуточной аттестации, ее периодичности и системы оценок.

Наличие в Университете электронной информационно-образовательной среды, а также электронных образовательных ресурсов позволяет изучать дисциплину (модуль) инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья. Особенности изучения дисциплины (модуля) инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья определены в Положении об обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

12. Материально-техническое обеспечение дисциплины (модуля)

Помещения для реализации программы дисциплины (модуля) представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории.

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующей рабочей программы дисциплины (модуля).

Минимально необходимый для реализации программы дисциплины (модуля) перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами, позволяющим обучающимся осваивать знания, предусмотренные профессиональной деятельностью, в т.ч. индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду РостГМУ.

В случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий допускается замена специально оборудованных помещений их виртуальными аналогами, позволяющими обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Кафедра обеспечена необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения (состав определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит ежегодному обновлению).

Перечень программного обеспечения

1. Office Standard, лицензия № 66869707 (договор №70-A/2016.87278 от 24.05.2016).
2. System Center Configuration Manager Client ML, System Center Standard, лицензия № 66085892 (договор №307-A/2015.463532 от 07.12.2015).
3. Windows, лицензия № 66869717 (договор №70-A/2016.87278 от 24.05.2016)
4. Office Standard, лицензия № 65121548 (договор №96-A/2015.148452 от 08.05.2016);
5. Windows Server - Device CAL, Windows Server – Standard, лицензия № 65553756 (договор № РГМУ1292 от 24.08.2015).
6. Windows, лицензия № 65553761 (договор №РГМУ1292 от 24.08.2015);
7. Windows Server Datacenter - 2 Proc, лицензия № 65952221 (договор №13466/ПНД1743/РГМУ1679 от 28.10.2015);
8. Kaspersky Total Security 500-999 Node 1 year Educational Renewal License (договор № 273-A/2023 от 25.07.2023).
9. Предоставление услуг связи (интернета): «Эр-Телеком Холдинг» - договор РГМУ262961 от 06.03.2024; «МТС» - договор РГМУ26493 от 11.03.2024.
10. Система унифицированных коммуникаций CommuniGate Pro, лицензия: Dyn-Cluster, 2 Frontends , Dyn-Cluster, 2 backends , CGatePro Unified 3000 users , Kaspersky AntiSpam 3050-users , Contact Center Agent for All , CGPro Contact Center 5 domains . (Договор № 400-A/2022 от 09.09.2022)

11. Система управления базами данных Postgres Pro AC, лицензия: 87A85 3629E CCED6 7BA00 70CDD 282FB 4E8E5 23717(Договор № 400-A/2022 от 09.09.2022)
12. Защищенный программный комплекс 1С: Предприятие 8.3z (x86-64) 1шт. (договор №РГМУ14929 от 18.05.2020г.)
13. Экосистема сервисов для бизнес-коммуникаций и совместной работы:
- «МТС Линк» (Платформа). Дополнительный модуль «Вовлечение и разделение на группы»;
 - «МТС Линк» (Платформа). Конфигурация «Enterprise-150» (договор РГМУ26466 от 05.04.2024г.)
14. Справочная Правовая Система КонсультантПлюс (договор № 24-A/2024 от 11.03.2024г.)
15. Система защиты приложений от несанкционированного доступа Positive Technologies Application Firewall (Догвор №520-A/2023 от 21.11.2023 г.)
16. Система мониторинга событий информационной безопасности Positive Technologies MaxPatrol Security Information and Event Management (Догвор №520-A/2023 от 21.11.2023 г.)

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

Кафедра стоматологии № 3

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

Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично) общепрофессиональных (ОПК-4):

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.	ОПК-1. ИД-1. Знает методы обследования и раннюю диагностику основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛО. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты клинико-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. может формировать на основании полученных результатов план дальнейшего обследования, диспансеризации, лечения и реабилитации. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
ОПК-4	Задания закрытого типа: Ситуационные задачи	25 с эталонами ответов 75 с эталонами ответов

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.

Если больной доставлен в приемное отделение без сознания:

1. жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
3. история болезни заполняется после нормализации состояния

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

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

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

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

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

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

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной
2. скуловой
3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

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

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

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рентгенологическая картина хронического одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. имеет место затемнение пазухи

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:

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

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы хронического паренхиматозного сиалоаденита:

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

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

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Парез мимической мускулатуры имеет место при повреждении:

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

Эталон ответа: 3. лицевого нерва

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

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

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. широкая возможность инфицирования ран
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. широкая возможность инфицирования ран

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. артрит ВНЧС
2. нижняя макрогнатия
3. снижение высоты суставного бугорка

Эталон ответа: 3. снижение высоты суставного бугорка

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея
2. кровотечение из носа
3. патологическая подвижность нижней челюсти

Эталон ответа: 1. ликворея

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома

3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

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

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины околокорневой кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
2. с нечеткими границами в области образования
3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

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

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины фолликулярной кисты характерна деструкция костной ткани:

1. в виде "тающего сахара"
2. с четкими границами и тенью зуба в полости
3. с нечеткими границами в области образования и тенью зуба в полости

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

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. гиперсаливация
2. частичная адентия
3. предраковые заболевания

Эталон ответа: 3. предраковые заболевания

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ранними симптомами центральных сарком челюстей являются:

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

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

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:

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

Эталон ответа: 2. Сосания

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:

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

Эталон ответа: 2. речи

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

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

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

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптом перелома нижней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. нарушение прикуса

Задания открытого типа:

Ситуационные задачи

Задание 1.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 2.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 3.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном 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 впереди правый и левый венечные отростки. Прикус открытый, так как контактируют лишь последние большие коренные зубы.

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

Эталон ответа:

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

Задание 4.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 5.

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

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Поставьте диагноз.

Эталон ответа:

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

Задание 6.

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

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 7.

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

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 8.

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

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

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.

Эталон ответа:

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

Задание 9.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 10.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 567 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой

области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров.

1. Ваш диагноз.
2. Его обоснование.

Эталон ответа:

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

Задание 11.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных.
3. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.
2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области.
3. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.

Задание 12.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 13.

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

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

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.
3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

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

Задание № 16.

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

1. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание № 17.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение

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

1. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

Задание № 18.

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

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

Эталон ответа:

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

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

Задание № 19.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

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

Задание № 20.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 21.

Больной, 25 лет, впервые поступил в клинику 10 дней назад. Был поставлен диагноз: перелом нижней челюсти слева в области 35 со смещением отломков. Произведено

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

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

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.
3. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.

Задание № 22.

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

1. Ваш диагноз.

2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

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

Задание № 23.

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

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

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

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.

Задание № 24.

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боль в области корня языка, усиливающуюся при глотании, разговоре и приеме пищи. Боль появилась 4 дня назад и постепенно нарастала, ее появление ни с чем не связывает. Из анамнеза выявлено, что полгода назад проводилось оперативное вмешательство по поводу удаления кисты корня языка. Сразу после операции обратил внимание на онемение передних двух третей языка слева, которое сохранялось около трех месяцев. В течение последнего времени чувствительность языка стала медленно восстанавливаться. Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется увеличенный, болезненный, спаянный с окружающими тканями лимфатический узел. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Язык отечен больше

в задней трети, выдвижение его из полости рта резко болезненно. Слизистая оболочка языка в задней трети спинки и боковых поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см. Полость рта санирована.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 25.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.

4. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

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

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

4. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

3. Какой важный симптом острого одонтогенного остеомиелита не обозначен?

4. План лечения больного.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.

2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.

3. Симптом Венсана, но он непостоянен.

4. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран.

Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 28.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 35, 36, 37 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 29.

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

Задание № 30.

Больная, 37 лет, поступила в клинику с жалобами на сильную, постоянную боль в правой половине головы, боль при глотании и открывании рта, нарушения зрения. Выражены симптомы интоксикации: повышение температуры тела до 39,0-39,5°C, головокружение,

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

1. Ваш диагноз.

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

Эталон ответа:

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

2. Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных.

3. Воспалительный процесс какой локализации в первую очередь необходимо исключить или подтвердить в данном случае и почему? На основании каких признаков?

4. В каком случае присоединяется отек век?

5. Какие обстоятельства необходимо учитывать при составлении плана лечения?

Эталон ответа:

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

Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона левой височной области.

3. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти.

4. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.

5. Необходимо учитывать два обстоятельства: наличие и характер причин развития воспаления; точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Задание № 32.

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

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.

2. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.

3. На каком основании ставится диагноз?

4. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.

2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).

3. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе

поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

4. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.

Задание № 33.

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

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.

2. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.

3. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

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

2. Несущественные признаки: увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, выделение слюны с примесью гноя через расширенное устье левого Вартонова протока. Данные симптомы могут быть связаны с наличием хронического сиалоаденита левой поднижнечелюстной слюнной железы. Сиалоаденит часто развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, которая имеется у больного.

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

Задание № 34.

Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При объективном обследовании обнаружена увеличенная, уплотненная, болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области пальпируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: 48,46,45,34,35,36,38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено

данными рентгенологического обследования. В подъязычной области справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

1. Каких анамнестических данных не хватает для постановки диагноза?
2. Каких данных объективного и дополнительных методов исследования не хватает для постановки диагноза.
3. Предложите наиболее вероятный диагноз.
4. Какие дополнительные методы исследования Вы предложите для уточнения диагноза?
5. Составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Не хватает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не хватает данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
3. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
4. Необходимо выполнение рентгенограмм дна полости рта и правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов. При подтверждении диагноза слюнно-каменной болезни и уточнении локализации конкремента необходимо провести вскрытие абсцесса с последующим дренированием его полости. При локализации конкремента в протоке он может самостоятельно выйти вместе с гноем. По мере полного устранения острых воспалительных явлений необходимо повторное рентгенологическое исследование. Если при этом обнаруживаются конкременты, их необходимо удалить в плановом порядке.
5. При наличии конкремента крупных размеров возможно прободение стенки протока, выход его и слюны с элементами воспаления в мягкие ткани, что может привести к возникновению абсцесса. Возникновение абсцесса возможно также при продвижении конкремента по протоку, когда возникает его острая травма. При ретенции слюны с элементами воспаления в результате увеличения давления в протоке возможна диффузия бактериальных антигенов в окружающие ткани и развитие абсцесса по типу инфекционно-аллергической реакции.

Задание № 35.

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделию 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 врачу-стоматологу. Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта до 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемизированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат

в челюстно-язычном желобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Составьте план обследования больного.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?
5. Роль санации полости рта в профилактике воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.
4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.
5. Устранение очагов хронической интоксикации и алергизации организма.

Задание № 36.

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

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

Эталон ответа:

1. Данных клинического осмотра о наличии или отсутствии симптома флюктуации, симптомов интоксикации, состояния зубов; данных рентгенологического обследования о наличии и характере очагов инфицирования клетчатки; данных цитологического

исследования пунктата или отделяемого гнойного очага на предмет выявления признаков, характеризующих специфический воспалительный процесс.

2. Можно предположить следующие заболевания: неспецифические воспалительные заболевания: воспалительный инфильтрат, абсцесс, флегмона щечной области; специфические воспалительные заболевания: подкожная или подкожно-межмышечная форма актиномикоза щечной области; нагноившаяся эпидермальная киста левой щечной области.

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

4. Врач-инфекционист.

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

Задание № 37.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Поставьте предварительный диагноз.

3. Назначте план обследования для уточнения диагноза.

4. Наметете план обследования и лечения.

5. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

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

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

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

4. При подтверждении диагноза остеомиелита необходимо произвести удаление секвестров из линии перелома, вскрыть и провести лечение флегмоны.

5. После стихания острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 38.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.
4. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

1. Флегмона поднижнечелюстной области слева. Перелом нижней челюсти в области 35 со смещением отломков.
2. Развитию воспалительного процесса способствовало несоблюдение больным назначений врача, самостоятельное снятие резиновой тяги. Непосредственной причиной развития воспаления могло стать: нагноение мягких тканей, нагноение гематомы, абсцедирование лимфатического узла, нагноение костной раны, развитие хронического посттравматического остеомиелита.
3. Признаком, несущественным для диагностики флегмоны, является онемение нижней губы и кожи подбородка на пораженной стороне. Эти признаки характерны для симптома Венсана, который развивается при остром остеомиелите нижней челюсти в области моляров.
4. После снятия острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 39.

Больная, 47 лет, поступила в клинику с жалобами на незначительную припухлость в правой поднижнечелюстной области, резкую боль в области нижней челюсти справа, невозможность открывания рта, болезненно глотание, (жидкую пищу проглатывать труднее, чем твердую). Беспокоит также незначительная боль и ощущение тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа больше справа, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0°C. Три дня назад простудилась, тогда же

появилась умеренная боль в горле, усиливающиеся при глотании. Терапевт в районной поликлинике поставил диагноз ОРВИ, выдал больничный лист, назначил прогревания, полоскания, витаминотерапию. Со вчерашнего дня боль усилилась, появилось и развивалось ограничение открывания рта, нарастали симптомы интоксикации. Бригадой "скорой помощи" доставлена в отделение челюстно-лицевой хирургии.

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

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

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа. Фактор простуды. Несвоевременное оказание первой помощи.
2. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Особенности оперативного вмешательства является то, что вскрытие флегмоны, учитывая объем воспаления, должно проводиться внеротовым доступом из поднижнечелюстной области. При этом надо вскрыть поднижнечелюстное, крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства справа.
4. Несущественными признаками являются: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи справа, болезненность и чувство тяжести в области верхней челюсти справа, заложенность носа. Это свидетельствует о наличии хронического одонтогенного гайморита справа, развившегося на фоне хронического периодонтита 47,46. Это серьезное сопутствующее заболевание, поэтому в общем комплексе мероприятий необходимо планировать и лечение гайморита.

Задание № 40.

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

языка в задней трети спинки и боковых поверхностей гиперемирована. Слизистая оболочка в подъязычной области отечна, обычной окраски. Вертикальное надавливание на область корня языка резко болезненно. В области корня пальпируется воспалительный инфильтрат размером 3,0 x 4,0 см.

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.

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

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.

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

3. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующей о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?

2. С чем связано абсцедирование?

3. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?

5. Какова дальнейшая тактика врача по отношению к несущественному признаку?

Эталон ответа:

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

2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).

3. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).

4. Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.

Задание № 42.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена

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

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

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Необходимо перевести больного в стационар общехирургического профиля, где будут исследованы печень и почки, так как есть клинические данные за развитие в них метастатических гнойных очагов.
4. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.
5. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?
4. В каком отделении должен лечиться больной?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
2. О генерализации процесса свидетельствует наличие гнойничков на коже, болезненность при пальпации печени и правого тазобедренного сустава, которые могут свидетельствовать о развитии там метастатических гнойных очагов.
3. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.

4. В отделение интенсивной терапии, т.к. нуждается в интенсивном лечении.

Задание № 44.

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

1. Развитие какого осложнения можно предположить?
2. Каких симптомов не хватает для уточнения диагноза?
3. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
4. С чем может быть связано развитие осложнений?
5. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

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

Задание № 45.

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

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
4. С чем может быть связано развитие осложнений?
5. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

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

- интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.
2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
 3. Развитие осложнений может происходить на фоне изменения реактивности организма (гипоэргия, гиперэргия), при недостаточном раскрытии воспалительного очага, неадекватном дренировании, неадекватно проводимом консервативном лечении.
 4. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 46.

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

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

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
2. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а так же на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
3. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии.
4. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.

Задание № 47.

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

имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти – линия перелома в области основания мышцелкового отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 48.

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

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки диагноза?
3. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?
4. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышцелкового отростка, либо острый посттравматический артрит слева.
2. В качестве клинического теста надо попросить больного медленно открывать и закрывать рот, предварительно введя концы мизинцев в наружные слуховые проходы. Это позволяет определять подвижность мышцелковых отростков. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.
3. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
4. Для составления плана лечения перелом нижней челюсти справа в области 48 в стадии консолидации значения не имеет.

Задание № 49.

В клинику обратился больной, 32 лет, с жалобами на болезненное и неполное открывание рта. Из анамнеза выяснено, что трое суток назад получил удар в подбородок. Сознания не теряет, тошноты, рвоты не было. Около 7 месяцев назад был перелом нижней челюсти

справа в области 48. При осмотре определяется небольшая впадина на коже подбородка слева. Рот открывается на 2,0 см., более широкое открывание рта затруднено и болезненно. При открывании рта нижняя челюсть смещается влево. Пальпаторно определяется болезненность в области передней поверхности ветви слева и в области венечного отростка. Прикус заметно не нарушен, 48 отсутствует. При пальпации в области нижней челюсти справа в области ее угла определяется безболезненное утолщение кости.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 50.

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

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Не хватает данных рентгенологического обследования.
3. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в область нижних век с обеих сторон, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние.
4. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).
5. Оперативное лечение подвешивания верхней челюсти с использованием минипластин. Назубные двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 51.

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

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, сопровождающееся болью в области подглазничного отверстия и нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».
3. Не достаёт данных рентгенологического обследования.
4. Консультация врача-невропатолога.

Задание № 52.

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

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должен лечиться больной?
4. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?
5. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов

нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений – особенности получения травмы (какой частью лица ударились).

3. В отделении сочетанной травмы.

4. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

5. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

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

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

4. Наметьте план лечения.

5. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический остеомиелит нижней челюсти справа, слюннокаменная болезнь.

2. Следует выяснить, какое лечение проводили больному, провести рентгенологическое исследование зубов нижней челюсти и поднижнечелюстной железы.

3. Состояние правой подчелюстной слюнной железы, по всей вероятности соответствует слюннокаменной болезни и не имеет отношения к травматическому остеомиелиту нижней челюсти справа

4. Общеклиническое обследование больного. При наличии секвестра с сформированной секвестральной «капсулой» - операция фистулосеквестрнекрэктомии в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Адекватное медикаментозное лечение.

5. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

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

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 55.

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

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

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой

зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперэстезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

2. Невралгия II ветви тройничного нерва слева.

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

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

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

5. Не имеет.

Задание № 56.

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

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Ваш диагноз?

3. Наметьте план лечения.

4. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?

5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

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

2. Невралгия II ветви тройничного нерва справа.

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

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

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

5. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что

месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева.
2. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
3. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
4. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

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

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.
4. Необходимо тщательно выполнять требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

5. После анестезии выкраивается полуовальный или трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, обращенный основанием к переходной складке с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти на уровне 4.5-4.7 зубов. Бором перфорируется, а затем удаляется компактная пластинка в проекции пломбировочного материала. Осторожно удаляя губчатую кость, обнаруживают и убирают пломбировочный материал. Костный дефект возможно заместить биосинтетическим остеоиндуктивным материалом. Рану ушивают.

Задание № 59.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 60.

Больной 63 лет обратился с жалобами на сильные приступообразные боли в области верхней челюсти и верхней губы справа, отдающие в височную область справа. Продолжительность болей 6-10 сек. Приступы болей сопровождаются слезотечением, повышенным слюноотделением, гиперемией кожи справа. Прием пищи, гигиенические мероприятия утром провоцируют приступы болей, что заставляет больного отказываться от них. Из анамнеза выяснено, что год назад появились сильные боли и припухлость в подглазничной области и в области 15 зуба, данный зуб периодически болел и раньше. Больной обратился к врачу-стоматологу, был поставлен диагноз: нагноившаяся околокорневая киста верхней челюсти справа от 15 зуба. Врачом был произведен разрез по переходной складке, вскрыта оболочка кисты, эвакуирован гнойный экссудат, рана

дренирована. Адекватное медикаментозное лечение. Состояние больного улучшилось. Через две недели 15 зуб был запломбирован и сделана операция цистэктомии с одномоментной ампутацией верхушки корня 15. После операции появились сильные приступообразные боли. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, ОРЗ, страдает артериальной гипертензией. Пальпация верхней губы справа провоцирует приступы боли.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 61.

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

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
4. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Причина развития заболевания – избыточное выведение пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, сдавление конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна.
3. Сдавлением конечного отдела нижнелуночкового нерва, ишемия нервного волокна. Этим и обусловлено резкое ухудшение проводимости нерва и выраженные боли в нем в сочетании с нарушениями чувствительности.
4. Избыток пломбировочного материала, попавшего в нижнечелюстной канал, необходимо удалить, тем самым провести декомпрессию нервного ствола и облегчить состояние больного, в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.
5. Местная проводниковая анестезия, обнажения костной ткани в проекции нахождения избытка пломбировочного материала. С помощью бормашины вскрытие кортикальной пластинки нижней челюсти, создание «окна» в кости, аккуратное удаление пломбировочного материала. Промывание костной полости антисептиками, закрытие дефекта в кости ранее выпиленной костной пластинкой, ушивание раны. В послеоперационном периоде назначают антибиотики, анальгетики, антигистамины.

Ежедневный уход за швами, контроль за процессом заживления. Обычно такая тактика приводит к успеху: исчезают болевые ощущения, нормализуется тактильная и температурная чувствительность в зоне подбородочного нерва. Однако это процесс длительный, занимает несколько недель или даже месяцев.

Задание № 62.

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

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.
4. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид. анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.
3. Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 21 день на ДДУ с момента изоляции вновь заболевшего. Наблюдение за контактными (осмотр, измерение температуры), не принимать в группу не болевших и не привитых, не переводить контактных в другие коллективы. Мед.отвод от профилактических прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Сан.просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.
4. Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5 мл. подкожно.

Задание № 63.

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

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?
5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента? амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз.
2. Имеющихся данных достаточно.

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

Задание № 64.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 65.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта по Коваленко для уточнения расположения конкремента.
3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.
4. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную. 5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в 57 ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.

Задания на дополнение

1. Дайте классификацию методов обследования больного.
2. Какие особенности анамнеза жизни особенно важны для врача челюстно-лицевого хирурга?
3. При каких заболеваниях появляется отек мягких тканей лица?
4. При каких болезнях возможно образование единичной язвы на слизистой языка?
5. В каких случаях противопоказано рентгенологическое обследование?
6. Дайте определения сиалографии.

7. Какие инструменты и материалы нужно подготовить для выполнения сиалографии?
8. Для чего используют морфологическое исследование в стоматологии?
9. Какие инструменты и материалы нужны для проведения биопсии?
10. Можно ли выполнять электроодонтометрию при наличии у пациента кардиостимулятора.

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

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-5: Способен назначить лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность.	ОПК-5. ИД-1. Знает и умеет назначать лечение основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛЮ. ОПК-1. ИД-2. Может оценить результаты лечения, контролировать его эффективность и безопасность. Может формировать на основании результатов лечения план дальнейшего лечения. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

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

Задания закрытого типа:

ОПК-5

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. химиотерапию
2. лучевую терапию
3. иссечение опухоли

Эталон ответа: 3. иссечение опухоли

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. химиотерапию
2. криодеструкцию
3. лучевую терапию

Эталон ответа: 2. криодеструкцию

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. СВЧ-гипертерпию

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Показаниями к удалению зубов являются:

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

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

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Лечение больных с невралгией тройничного нерва начинают:

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

Эталон ответа: 3. с блокад анестетиком

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Спирт при лечении больных с невралгией тройничного нерва вводится:

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

Эталон ответа: 1. параневрально

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва целесообразно применять:

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

Эталон ответа: 3. после безуспешной консервативной терапии

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Алкоголизацию при невралгии тройничного нерва проводят раствором спирта в концентрации:

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

Эталон ответа: 3. 80%

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля

2. остеосинтез
3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Эталон ответа: 3. наложение бимаксиллярных шин с пращевидной повязкой

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургическо-ортопедические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

1. дуга Энгля
2. остеосинтез
3. метод Адамса

Эталон ответа: 3. метод Адамса

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. остеосинтез по Макиенко

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. лобно-челюстной остеосинтез

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Хирургические методы иммобилизации переломов верхней челюсти:

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

Эталон ответа: 3. остеосинтез минипластинами

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для фиксации фрагментов нижней челюсти используются внеротовые аппараты:

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

Эталон ответа: 3. аппарат Рудько

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Остеосинтез по Макиенко проводится:

1. спицей
2. минипластинами
3. стальной проволокой

Эталон ответа: 1. спицей

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

1. ежедневно
2. ежемесячно

3. еженедельно

Эталон ответа: 3. еженедельно

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Диета пациентов с переломами челюстей:

1. трубочная (1)
2. трубочная (15)
3. общий стол (15)

Эталон ответа: 2. трубочная (15)

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для иммобилизации переломов беззубых челюстей применяется шина:

1. Порта
2. Ванкевича
3. Тигерштедта

Эталон ответа: 1. Порта

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для иммобилизации переломов при беззубой верхней челюсти применяется шина:

1. Порта
2. Ванкевича
- 3) Тигерштедта

Эталон ответа: 1. Порта

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Минипластины для остеосинтеза переломов челюстей изготавливаются:

1. из стали
2. из бронзы
3. из титана

Эталон ответа: 3. из титана

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. шпатель
2. распатор
3. крючок Лимберга

Эталон ответа: 3. крючок Лимберга

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для репозиции скуловой кости при ее переломе применяют:

1. шпатель
2. распатор
3. крючок Карапетяна

Эталон ответа: 3. крючок Карапетяна

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Доступ для репозиции скуловой кости элеватором Карапетяна:

1. внеротовой
2. внутриротовой
3. через верхнечелюстную пазуху

Эталон ответа: 2. внутриротовой

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Дети с врожденными расщелинами верхней губы и неба должны лечиться:

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

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

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Выполняя разрез при лечении флегмоны дна полости рта можно повредить:

1. язык
2. скуловую кость
3. лицевую артерию

Эталон ответа: 3. лицевую артерию

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 3. на всю ширину инфильтрата

Задания открытого типа:

Ситуационные задачи

Задание 1.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 2.

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

Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 3.

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

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

Эталон ответа:

1. Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. Рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях (на рентгенограммах, выполненных в боковых проекциях, будут четко определяться головки нижней челюсти, расположенные на передних скатах суставных бугорков, как справа, так и слева. Правая и левая суставные впадины будут свободны).
3. Вправление вывиха, НПВС, иммобилизация на 10-12 дн.

Задание 4.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 5.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 6.

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

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
3. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 7.

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

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 8.

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

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева)
3. План лечения: Госпитализация больного, удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

Задание 9.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте его.

3. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание 10.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался. При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С. Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 567 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров.

1. Ваш диагноз.
2. Его обоснование.
2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины.
3. Удаление 35,36,37 зубов, секвестров, промывание свищевых ходов растворами антисептиков. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования - произвести секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание 11.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?
2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных.
3. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить,

имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

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

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

Задание 12.

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

1. Ваш диагноз.

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

3. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

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

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

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

Задание 13.

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

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

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.
3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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

сглажена. При надавливании тканей в проекции бугра верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения.
3. Несанированная полость рта.

Задание № 16.

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

1. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание № 17.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела $-38,5^{\circ}\text{C}$. 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 обеих челюстно-язычных желобков и подъязычных областей отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 заполнена организуемым кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантограмме в области лунки 47 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела

нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

1. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

Задание № 18.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 19.

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

нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

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

Задание № 20.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 21.

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

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

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.
 2. Вскрытие и дренирование гнойника, антибактериальное лечение с учетом чувствительности бактерий к медикаментам (антибиотикам), общеукрепляющее, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Надеть резиновую тягу.
 3. Нарушение режима больным. После снятия тяги отломки сместились и открылась костная рана в полость рта. Микрофлора полости рта вызвала нагноение костной раны и воспалительный процесс распространился на мягкие ткани поднижнечелюстной области.
- Задание № 22.

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

1. Ваш диагноз.
2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

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

Задание № 23.

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

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

1. Ваш диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Операция вскрытия и дренирование гнояника. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 24.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 25.

Больной, 52 лет, поступил в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на невозможность глотания, открывания рта, нарастающее состояние удушья, значительные затруднения при разговоре. Объективно определяется разлитой, резко болезненный, воспалительный

инфильтрат, занимающий подподбородочную, обе поднижнечелюстные области, распространяющийся на верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована одонтогенная флегмона дна полости рта. Произведено вскрытие флегмоны, удалены 46,45,37 по поводу хронического периодонтита. Наложена трахеостома. На следующий день после операции на фоне назначенного медикаментозного лечения состояние больного стало ухудшаться. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0°C, пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения и напряжения. Симптом "поколачивания" резко положительный, печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см., резко болезненна. Отмечается анемия, СОЭ - 55 мм/час, гипопротейнемия. В моче обнаружено высокое содержание белка и лейкоцитов.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5х1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

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

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.
3. Диагноз обоснован неполностью: отсутствует рентгенологическое исследование для выявления причинного зуба. Больному рекомендовано: рентгенологическое исследование нижней челюсти для выявления «причинного» зуба. Проведение общеклинических методов исследования (показатели крови, мочи и др).
4. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.
5. План лечения: комплексное - госпитализация больного, удаление «причинного» зуба. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Назначаются противовоспалительная,

дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какой важный симптом острого одонтогенного остеомиелита не обозначен?
4. План лечения больного.
5. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.
3. Симптом Венсана, но он непостоянен.
4. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.
5. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

Задание № 28.

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

в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров.

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

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.
4. Удаление 35,36,37 мелких секвестров, промывание свищевых ходов растворами антисептиков. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования - произвести секвестрэктомии в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание № 29.

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Местное лечение.
5. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения. Перевязки.
3. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25,26,27,28. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную

ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник.

4. Больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами.

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

5. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

Задание № 30.

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

1. Ваш диагноз.

2. План лечения.

3. Целесообразно ли в данном случае применение активного дренирования раневого диализа.

4. Укажите оперативные подходы для вскрытия воспалительных очагов данной локализации.

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

Эталон ответа:

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

2. Удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их, дренирование раны. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.

3. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа.

4. Для вскрытия флегмоны подвисочной и крылонебной ямок используют сочетание внутриротового (по переходной складке на уровне моляров) и внеротового (по переднему краю височной мышцы) разрезов. Из этих разрезов проникают и вскрывают гнойные очаги в подвисочной, крылонебной ямках, производят ревизию височной области. В

контрапертуру вводятся сквозные дренажи. Для вскрытия флегмоны орбиты производится вскрытие верхнечелюстной пазухи с соответствующей стороны традиционным способом. Гнойный очаг вскрывается путем трепанации верхне-задней стенки пазухи. Эвакуация гнойного отделяемого осуществляется через соустье с нижним носовым ходом.

5. Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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

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

Эталон ответа:

1. Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.
2. Флегмона левой височной области.
3. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти.
4. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.
5. Необходимо учитывать два обстоятельства: наличие и характер причин развития воспаления; точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Задание № 32.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась

незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. 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.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.
3. Опишите методику оперативного лечения.
4. На каком основании ставится диагноз?
5. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).
3. Под наркозом или под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки и фиксируются. Накладывается асептическая повязка. Берется мазок для определения чувствительности к микрофлоре к антибиотикам.
4. 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.
5. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.

Задание № 22.

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

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

1. Ваш диагноз.
2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

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

Задание № 33.

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

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

5. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита 41. Абсцесс подъязычной области. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
2. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного лечения. Устранение причины абсцедирования - лечение хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно проведение операции резекции верхушки корня 41, или его удаление.
3. Под местной анестезией с премедикацией производится рассечение слизистой оболочки подъязычной области. При локализации абсцесса в центре области, разрез проводится в сагиттальной плоскости по центру от корня языка к внутренней поверхности подбородочного отдела нижней челюсти. При локализации абсцесса в боковых отделах области, разрез проводится параллельно Вартоновым протокам, во избежание их травмирования. После рассечения слизистой оболочки тупым путем распрепаровываются ткани до проникновения в полость абсцесса и получения гноя. Проводится ревизия полости абсцесса, вводится резиновая дренажная полоска.
4. Несущественные признаки: увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, выделение слюны с примесью гноя через расширенное устье левого Вартонова протока. Данные симптомы могут быть связаны с наличием хронического сиалоаденита левой поднижнечелюстной слюнной железы. Сиалоаденит часто развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, которая имеется у больного.
5. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание № 34.

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

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

Эталон ответа:

1. Наличия у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Недостает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достает

данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?

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

4. Необходимо выполнение рентгенограмм дна полости рта и правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов.

При подтверждении диагноза слюннно-каменной болезни и уточнении локализации конкремента необходимо провести вскрытие абсцесса с последующим дренированием его полости. При локализации конкремента в протоке он может самостоятельно выйти вместе с гноем. По мере полного устранения острых воспалительных явлений необходимо повторное рентгенологическое исследование. Если при этом обнаруживаются конкременты, их необходимо удалить в плановом порядке.

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

Задание № 35.

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение, около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы 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 подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в челюстно-язычном желобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Составьте план обследования больного.

2. Поставьте предположительный диагноз.

3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?

4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?

5. Роль санации полости рта в профилактике воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

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

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

3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.
4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.
5. Устранение очагов хронической интоксикации и алергизации организма.

Задание № 36.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 37.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 38.

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

слева. Проволочные шины фиксированы хорошо. Лунка удаленного 35 содержит гнойное отделяемое. Отмечается наличие отека слизистой оболочки в подъязычной области слева и отсутствие инфильтрации. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева определяется тень щели перелома, проходящая через лунку удаленного 35. Положение фрагментов удовлетворительное. Патологических изменений костной ткани не выявлено.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
4. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.
5. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

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

Задание № 39.

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

При осмотре: отмечается умеренно выраженный отек в поднижнечелюстной и позадищелюстной областях. Кожа в цвете не изменена, собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, резко болезненны. При введении пальцев врача позади ветви нижней челюсти справа отмечается резкая болезненность. Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только после блокады двигательных ветвей тройничного нерва справа по методу Егорова. Полость рта не санирована, имеются множественные кариозные полости. Слизистая

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

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите особенности оперативного вмешательства.
5. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

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

Задание № 40.

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

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.

4. Какова тактика ведения больного после выписки из отделения?

5. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.

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

3. Вскрытие абсцесса корня языка внеротовым доступом, госпитализация для проведения местного и общего консервативного лечения в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.

4. В случае формирования свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.

5. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующей о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?

2. С чем связано абсцедирование?

3. Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?

4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?

5. Какова дальнейшая тактика врача по отношению к несущественному признаку?

Эталон ответа:

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

2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).

3. Под местной инфильтрационной или под язычной анестезией справа производится разрез слизистой оболочки языка в продольном направлении на боковой поверхности ближе к спинке, во избежание повреждения язычной артерии, вены и нерва. Разрез проводится на всю длину инфильтрата. Далее тупым путем проникают в полость абсцесса, эвакуируют гнойное отделяемое, делают ревизию и вводят резиновые выпускники.

4. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).

5. Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.

Задание № 42.

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

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

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Необходимо перевести больного в стационар общехирургического профиля, где будут исследованы печень и почки, так как есть клинические данные за развитие в них метастатических гнойных очагов.
4. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.
5. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?
4. В каком отделении должен лечиться больной?
5. Каков план лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
 2. О генерализации процесса свидетельствует наличие гнойничков на коже, болезненность при пальпации печени и правого тазобедренного сустава, которые могут свидетельствовать о развитии там метастатических гнойных очагов.
 3. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.
 4. В отделение интенсивной терапии, т.к. нуждается в интенсивном лечении.
 5. Ревизия вскрытых клетчаточных пространств.
- Консультация хирурга общего профиля. Проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержание и восстановление жизненно важных функций.

Задание № 44.

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

1. Развитие какого осложнения можно предположить?
2. Каких симптомов не хватает для уточнения диагноза?
3. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
4. С чем может быть связано развитие осложнений?
5. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

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

Задание № 45.

Больной, 28 лет, поступил в клинику с диагнозом: слепое осколочное ранение позадищелюстной области и верхнебоковой области шеи слева. В результате ранения перенес массивную кровопотерю. Диагностирован постгеморрагический шок. Проведена гемотрансфузия, больной из состояния шока выведен. Во время первичной хирургической обработки раны произведена перевязка и прошивание поврежденных сосудов, удалено инородное тело (осколок), иссечены нежизнеспособные ткани. Рана частично ушита с введением дренажей. Через двое суток стали нарастать воспалительные явления в ране. Ее края и ткани по периферии инфильтрировались, нарастал отек, спустившийся на всю переднебоковую поверхность шеи слева, по дренажам - гнойное отделяемое. Боль в области раны усиливалась, затем присоединилась боль в области грудной клетки,

покашливание. Принято решение произвести ревизию раны. Сняты швы, края раны разведены, получено большое количество гноя. Проведена ревизия раны, вскрыты гнойные затеки. Установлена система для раневого диализа. Однако, симптомы интоксикации, боль в грудной клетке нарастают. Усилился кашель. Появилась и нарастала одышка.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 46.

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

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

Эталон ответа:

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

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

Задание № 47.

Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышечного отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечного отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти – линия перелома в области основания мышечного отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 48.

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

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки диагноза?

3. План лечения при переломе.
4. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?
5. Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышелкового отростка, либо острый посттравматический артрит слева.
2. В качестве клинического теста надо попросить больного медленно открывать и закрывать рот, предварительно введя концы мизинцев в наружные слуховые проходы. Это позволяет определять подвижность мышелковых отростков. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.
3. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга.
4. На 3 недели. Профилактика анкилоза.
5. Для составления плана лечения перелом нижней челюсти справа в области 48 в стадии консолидации значения не имеет.

Задание № 49.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 50.

Больной, 35 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти. Из анамнеза выяснено, что накануне ночью был избит, сознание не терял. Из перенесенных заболеваний отмечает: детские инфекции, частые простудные заболевания, аппендэктомия. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная отечность среднего отдела лица, кровоизлияния в область нижних век с

обеих сторон. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, по типу открытого прикуса. При пальпации костей средней зоны лица подвижности фрагментов не отмечается, но имеется резкая болезненность. В области спинки носа определяется симптом “ступеньки”. При пальпации со стороны полости рта определяется подвижность верхней челюсти. Имеются кровянистые выделения из носа.

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Не достает данных рентгенологического обследования.
3. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в область нижних век с обеих сторон, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние.
4. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость.
5. Оперативное лечение подвешивания верхней челюсти с использованием минипластин. Назубные двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 51.

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

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, сопровождающееся болью в области подглазничного отверстия и нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица,

сопровождающаяся резкой болезненностью, интратравматическая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».

3. Не достает данных рентгенологического обследования.

4. Консультация врача-невропатолога.

5. Оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон, минипластины и др.), подвешивания верхней челюсти. Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксилярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 52.

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

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?

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

3. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должен лечиться больной?

4. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?

5. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

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

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

3. В отделении сочетанной травмы.

4. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

5. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

Больной, 32 лет, поступил в клинику с жалобами на припухлость в нижнем отделе щечной области справа и наличие свищевого хода с гнойным отделяемым, припухлость в подчелюстной области справа и боли в этой области, усиливающиеся при приеме пищи. Из анамнеза выяснено, что 5 недель назад получил травму в области нижней челюсти справа во время драки. К врачу обратился через неделю после травмы с признаками воспаления. Лечился в стационаре, затем в поликлинике. Через неделю после снятия двучелюстных назубных шин снова появилась припухлость в околочелюстных тканях справа, гиперемия кожи, открылся свищевой ход с гнойным отделяемым. Три дня назад появились припухлость и боль в поднижнечелюстной области справа, усиливающиеся при приеме пищи. По общему статусу практически здоров. При местном осмотре: конфигурация лица изменена за счет припухлости в нижнем отделе щечной и

поднижнечелюстной областях справа, имеется гиперемия кожи здесь, пальпируется плотный инфильтрат, в центре которого определяется свищевой ход с гнойным отделяемым. При бимануальной пальпации определяется конкремент, диаметром 0,5 см. в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы, из протока справа слюна не выделяется. Подвижности фрагментов нижней челюсти справа в месте предшествующего перелома нет, зубы из линии перелома не удаляли.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Имеет ли отношение состояние подчелюстной слюнной железы к осложнению травматического поражения нижней челюсти?
4. Наметьте план лечения.
5. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический остеомиелит нижней челюсти справа, слюннокаменная болезнь.
2. Следует выяснить, какое лечение проводили больному, провести рентгенологическое исследование зубов нижней челюсти и поднижнечелюстной железы.
3. Состояние правой подчелюстной слюнной железы, по всей вероятности соответствует слюннокаменной болезни и не имеет отношения к травматическому остеомиелиту нижней челюсти справа
4. Общеклиническое обследование больного. При наличии секвестра с сформированной секвестральной «капсулой» - операция фистулосеквестрнекрэктомии в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Адекватное медикаментозное лечение.
5. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

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

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

Эталон ответа:

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

3. Следует провести обследование больного у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцeпам), витамины группы - В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
4. Вероятнее всего ОРВИ явилась одним из этиологических моментов в возникновении невралгии, что соответствует вирусной теории в этиологии данного заболевания. На этом основана необходимость назначения противовирусных препаратов в комплексном лечении невралгий.
5. Не является.

Задание № 55.

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

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

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперестезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.
2. Невралгия II ветви тройничного нерва слева.
3. Следует провести обследование больной у невропатолога, отоларинголога и терапевта. При выявлении органической патологии лечение должно быть комплексным. Назначаются противоэпилептические средства (тигретол, суksилен, финлепсин, ривотрил, морфолен, триметин, клоноцeпам), витамины группы В, биогенные стимуляторы, антигистаминные препараты и т. п., физиолечение.
4. Консультация подобных больных стоматологом необходима для обследования челюстно-лицевой области с целью выявления заболеваний, являющихся причиной развития вторичных (симптоматических) невралгий ветвей лицевого нерва, а также заболеваний, имеющих сходные клинические симптомы.
5. Не имеет.

Задание № 56.

Больная 37 лет, обратилась в клинику с жалобами на сильные, приступообразные, самопроизвольные боли в области 1.4 зуба, иррадиирующие в верхнюю челюсть справа. Из анамнеза выяснено, что в течение года больной удалили 1.7, 1.5, 1.3, 1.2 зубы по поводу периодонтита, возникшего сразу же после лечения пульпита. Но интенсивные

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 57.

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

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

Эталон ответа:

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

4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. При невритах алкоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 59.

Больная, 32 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Врач-стоматолог хирург удалил

36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Пальпация точек Валле безболезненна. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

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

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба, несостоятельная биологическая «повязка» лунки (сгусток).
3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации подбородочного нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.
4. От невралгии неврит отличается тем, что при невралгии имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.
5. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарств («коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1-1мл, витамины В1 и В6 по 1 мл.). Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить больной транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов(тегретол, этосуксимид). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект.

Задание № 60.

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

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

5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Вероятная причина - грубая хирургическая травма.
3. В целом тактически врач действовал верно.
4. Во время цистэктомии и ампутации верхушки корня 15 зуба, вероятно, была допущена ошибка: слишком большой захват прилежащих костных структур и повреждение средних верхних зубных сплетений.
5. Поскольку причина (околораневая киста) удалена, следует лечить возникшее состояние травматического неврита: использование лекарств («коктейля»: лидокаин 2% 4 мл, платифиллин 0,1 1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл по типу инфильтрационной анестезии. процедура-1 раз в сутки, в течение 7-8 дней). Также назначить транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков. Также назначить физиотерапию. Комплексное лечение в течение 3-4 недель.

Задание № 61.

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

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
4. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

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

температурная чувствительность в зоне подбородочного нерва. Однако это процесс длительный, занимает несколько недель или даже месяцев.

Задание № 62.

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

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.
4. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.
3. Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 21 день на ДДУ с момента изоляции вновь заболевшего. Наблюдение за контактными (осмотр, измерение температуры), не принимать в группу не болевших и не привитых, не переводить контактных в другие коллективы. Мед.отвод от профилактических прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Сан.просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.
4. Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5 мл. подкожно.

Задание № 63.

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

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?
5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента? амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

Эталон ответа:

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

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

Задание № 64.

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

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?
4. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсibilизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.
3. Для уточнения диагноза необходимо использовать кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутрикжно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично, вводится столько же стерильного мясopептoнного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введенный антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуносpeцифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщy из зоны поражения.
4. Лечение может быть иммуносpeцифическим (большие дозы антибиотиков, противогрибковые препараты, соли тяжёлых металлов, малые дозы рентгеновского излучения) и иммуносpeцифическим (лечение актинолизатом). Актинолизатотерапия проводится с учётом рекомендаций большого русского учёного Безредки: начиная с дозы «переносимости» (около 0.3 мл) с повышением ежедневно на 0.2 мл до дозы «терпимости» (около 1,6 мл). После этого выдерживается «плато» на максимально терпимой организмом дозе в течение недели и начинается снижение дозировки по 0,2 мл в сутки до первоначальных 0,3 мл. Через два месяца при необходимости курс повторяется. Лечение актинолизатом по методу Сутеева: внутримышечно, за один раз, вводится максимальная доза – 3 мл. При отсутствии отрицательных реакций через три дня вводится ещё столько же. Подобное лечение длится в течение месяца и даёт хороший клинический результат.

Задание № 65.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
6. Возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта для уточнения расположения конкремента.
3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.
4. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную.
5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в 57 ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапанья кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.
6. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.

Задания на дополнение

1. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
2. Какие пары черепно-мозговых нервов принимают участие в иннервации челюстно-лицевой области.
3. Основные ветви наружной сонной артерии.
4. Пути венозного оттока из органов полости рта.
5. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.

6. Сердечная недостаточность. Клинические проявления, лечение.
7. Обморок, коллапс. Клиника, диагностика, лечение.
8. Анафилактический шок. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
9. Антибактериальные препараты общего действия, применяемые для лечения больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.
10. Профилактика СПИДа в практике врача челюстно-лицевого хирурга.

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

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ПК-1. Способен к ведению и лечению пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, в том числе нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи.	<p>ПК-1. ИД-1. Знает методы ранней диагностики и профилактики основных заболеваний и травматических повреждений ЧЛО.</p> <p>ПК-1. ИД-2. Оценивает результаты клинико-лабораторных, инструментальных и рентгенологических методов диагностики заболеваний челюстно-лицевой области. Формирует на основании полученных результатов план дальнейшего обследования, диспансеризации, лечения и реабилитации. Способен осуществлять взаимодействие с другими службами здравоохранения с целью направления больного на последующие лечение и реабилитацию.</p>

3. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
	Задания закрытого типа: Ситуационные задачи Задания на дополнение	25 с эталонами ответов 65 с эталонами ответов 10

ПК- 1. Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

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

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

Эталон ответа: 2. острого периодонтита

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

1. жалобы и анамнез в истории болезни не записываются
2. история болезни записывается со слов сопровождающих лиц или бригады скорой помощи
3. история болезни заполняется после нормализации состояния

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

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

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

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Характерным признаком при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти:

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

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

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Затруднение при глотании появляется при флегмоне

1. височной
2. скуловой
3. дна полости рта

Эталон ответа: 3. дна полости рта

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

1. паротит
2. медиастинит
3. парез лицевого нерва

Эталон ответа: 2. медиастинит

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. одностороннее поражение верхнечелюстной пазухи

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

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

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

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Рентгенологическая картина хронического одонтогенного гайморита:

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

Эталон ответа: 1. имеет место затемнение пазухи

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Симптомы слюнокаменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы:

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

Эталон ответа: 1. симптом «слюнной колики»

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Укажите основные симптомы хронического паренхиматозного сиалоаденита:

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

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

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Парез мимической мускулатуры имеет место при повреждении:

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

Эталон ответа: 3. лицевого нерва

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. не соответствие внешнего вида раны тяжести повреждения
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

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

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ

Особенности ранений мягких тканей лица:

1. широкая возможность инфицирования ран
2. наличие локальной гематомы, отек
3. боль при смыкании зубов

Эталон ответа: 1. широкая возможность инфицирования ран

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной причиной вывихов нижней челюсти является:

1. артрит ВНЧС
2. нижняя макрогнатия
3. снижение высоты суставного бугорка

Эталон ответа: 3. снижение высоты суставного бугорка

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Обязательным симптомом перелома основания черепа является:

1. ликворея
2. кровотечение из носа
3. патологическая подвижность нижней челюсти

Эталон ответа: 1. ликворея

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основные симптомы перелома скуловой кости:

1. гематома скуловой области
2. деформация носа, гематома
3. симптом "ступени" по нижнему краю глазницы

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

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины 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.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 2.

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

Стоматолог не может производить санацию полости рта. В раннем детстве перенес остеомиелит тела нижней челюсти. В настоящее время выражена деформация нижнего отдела лица. Прикус перекрестный.

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

Эталон ответа:

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

Задание № 3.

Больная, 28 лет, обратилась в стоматологическую клинику, членораздельно изложить жалобы не может, так как не может закрыть рот. Мимикой и жестами дает понять о сильной боли в верхнем отделе околоушных областей, о желании закрыть рот, об обильном

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

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

Эталон ответа:

1. Острый передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. Рентгенография нижней челюсти в боковых проекциях (на рентгенограммах, выполненных в боковых проекциях, будут четко определяться головки нижней челюсти, расположенные на передних скатах суставных бугорков, как справа, так и слева. Правая и левая суставные впадины будут свободны).
3. Вправление вывиха, НПВС, иммобилизация на 10-12 дн.

Задание 4.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание 5.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 46 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не

изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 46 зуба.

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

Эталон ответа:

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

Задание 6.

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

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
2. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
3. Причинно-следственную связь подтверждают рентгенологические признаки: тень лунки удаленного зуба прилежит к тени нижнечелюстного канала, а также отсутствие костной перегородки между лункой и каналом.

Задание 7.

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

Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после травматического удаления 38 полуретинированного зуба на нижней челюсти слева возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли на десну, нижней челюсти и нижней губы. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Гиперестезия с

участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

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

Эталон ответа:

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

Задание 8.

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

1. Ваш диагноз.
2. Обоснование диагноза.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева)
3. План лечения: Госпитализация больного, удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

Задание 9.

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

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

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.

2. Общее тяжелое состояние, ознобы, реакция лимфоузлов с обеих сторон, в полости рта коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти.

3. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, общий анализ крови и мочи.

Задание 10.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым и ноющую боль в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что периодически боль появлялась и раньше, при этом возникала припухлость в области нижней челюсти слева, повышалась температура тела до 37,5 С, к врачу не обращался.

При поступлении: состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1 С.

Конфигурация лица изменена за счет припухлости мягких тканей в области нижнего отдела щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Левые поднижнечелюстные лимфатические узлы незначительно увеличены, подвижные и слегка болезненные. В полости рта: коронки 567 частично разрушены, на слизистой оболочке альвеолярной части нижней челюсти слева с вестибулярной стороны имеется несколько свищевых ходов с гнойным отделяемым. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована. На боковой рентгенограмме нижней челюсти слева определяются тени мелких секвестров в области моляров.

1. Ваш диагноз.

2. Его обоснование.

2. Наметьте план лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

2. Анамнез, клиническая и рентгенологическая картины.

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

Задание 11.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Поставьте предположительный диагноз на основании имеющихся данных.

3. Предположительная причина заболевания.

Эталон ответа:

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

2. Флегмона височной области слева. Необходимо исключить или подтвердить наличие

воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области.

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

Задание 12.

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

1. Ваш диагноз.

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

3. Что способствовало возникновению осложнения?

Эталон ответа:

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

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

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

Задание 13.

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

1. Ваш предположительный диагноз.

2.Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Дифференциальная диагностика с острым одонтогенным периоститом.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.
3. При остром одонтогенном остеомиелите воспалительный процесс локализован во всех тканях кости, а при остром одонтогенном периостите воспалительный процесс локализован под надкостницей.

Задание № 14.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие данные являются несущественными?
3. Какие существенные данные упущены?

Эталон ответа:

1. Острый остеомиелит нижней челюсти.
2. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.
3. В анамнезе и объективном исследовании нет данных о «причинном» зубе, что влияет на принципах лечения остеомиелита.

Задание № 15.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Какова причина вероятнее всего заболевания?

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения.
3. Несанированная полость рта.

Задание № 16.

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

1. Каких данных не хватает для уточнения диагноза?

Эталон ответа:

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

Задание № 17.

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

1. Ваш диагноз.
2. Проведите его обоснование.

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

Задание № 18.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 19.

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

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Дополнительный метод исследования для уточнения тактики лечения больного.

Эталон ответа:

1. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа.

2. Более полный диагноз зависит от результатов рентгенологического исследования.

Задание № 20.

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

1. Каких данных не хватает для постановки окончательного диагноза?

2. Ваш диагноз.

Эталон ответа:

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

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

Задание № 21.

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

1. Ваш диагноз.

2. Тактика лечения больного.

3. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

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

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

Задание № 22.

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

1. Ваш диагноз.

2. Вероятная причина осложнения.

Эталон ответа:

1. Нагноение костной раны. Флегмона поднижнечелюстной области слева.

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

Задание № 23.

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

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

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

Челюсти сомкнуты, открывание рта отсутствует. Осмотреть полость рта удалось только

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

1. Ваш диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. План лечения.

Эталон ответа:

1. Флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства справа.
2. Фактор простуды. Причиной развития острого воспалительного процесса явилась несанированная полость рта (наличие очага хронической интоксикации и аллергизации организма), снижение иммунитета и несвоевременное оказание первой помощи.
3. Операция вскрытия и дренирование гнояника. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 24.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 25.

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

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

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Как уточнить диагноз?

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.

2. Дополнительно для уточнения диагноза необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры как минимум.

Задание № 26.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся сильным ознобом. При поступлении: температура тела 39,5 С. Состояние средней тяжести. Отмечается отек мягких тканей щечной области и нижнего века слева. Кожа в этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненная. В полости рта: имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярной части нижней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяется инфильтрат с участком флюктуации 34,35 - II-III степени подвижности, их перкуссия резко болезненная, коронковые части 34,35 частично разрушены.

На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5х1,5 см. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования больного.

4. Определите признаки нехарактерные для данного заболевания.

5. План лечения.

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

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

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

4. Новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

5. План лечения: комплексное - госпитализация больного, удаление «причинного» зуба. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. Перевязки.

Задание № 27.

Больной, 23 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0 С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. При поступлении: температура тела 39,5 С. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больной отмечает медленный рост образования.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какой важный симптом острого одонтогенного остеомиелита не обозначен?
4. План лечения больного.
5. Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?

Эталон ответа:

1. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.
2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.
3. Симптом Венсана, но он непостоянен.
4. План лечения: удаление «причинных» зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран в условиях стационара. Вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Компактостеотомия. Назначаются противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, десенсибилизирующее, симптоматическое лечение. перевязки.
5. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

Задание № 28.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Обоснуйте диагноз.

3. Когда приступают к оперативному вмешательству фистулосеквестрэктомии?

4. План лечения.

Эталон ответа:

1. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.
2. В анамнезе больные зубы (периодонтит скорее всего), клиническая и рентгенологическая картины (наличие свища с гнойными выделениями) и секвестры.
3. При сформировании секвестральной капсулы (коробки). Ориентировочно 4-5 неделя после начала болезни.
4. Удаление 35,36,37 мелких секвестров, промывание свищевых ходов растворами антисептиков. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования - произвести секвестрэктомия в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.

Задание № 29.

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

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Местное лечение.
5. Укажите, с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывание рта и болезненность при глотании.

Эталон ответа:

1. Абсцесс подвисочной ямки.
2. Удаление 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального, десенсибилизирующего и противовоспалительного лечения. Перевязки.
3. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25,26,27,28. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник.

4. Больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем или меняются с промыванием раны растворами антисептиков, или подтягиваются до момента прекращения гноетечения.
5. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

Задание № 30.

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

1. Ваш диагноз.
2. План лечения.
3. Целесообразно ли в данном случае применение активного дренирования раневого диализа.
4. Укажите оперативные подходы для вскрытия воспалительных очагов данной локализации.
5. С чем связано наличие отека обоих век левого глаза? И участие каких специалистов необходимо при лечении такого больного?

Эталон ответа:

1. Одонтогенная флегмона подвисочной, крылонебной ямок справа. Обострение хронического периодонтита 18.
2. Удаление 18, вскрытие гнойных очагов и их, дренирование раны. Проведение массивного местного и общего противовоспалительного, антибактериального, дезинтоксикационного и симптоматического лечения.
3. В данном случае целесообразно применение активного дренирования раневого диализа.
4. Для вскрытия флегмоны подвисочной и крылонебной ямок используют сочетание внутриротового (по переходной складке на уровне моляров) и внеротового (по переднему краю височной мышцы) разрезов. Из этих разрезов проникают и вскрывают гнойные очаги в подвисочной, крылонебной ямках, производят ревизию височной области. В контрапертуру вводятся сквозные дренажи. Для вскрытия флегмоны орбиты производится вскрытие верхнечелюстной пазухи с соответствующей стороны традиционным способом.

Гнойный очаг вскрывается путем трепанации верхне-задней стенки пазухи. Эвакуация гнойного отделяемого осуществляется через соустье с нижним носовым ходом.

5. Наличие отека обоих век левого глаза связано с тем, что воспалительный отек распространился по периневральной клетчатке правого зрительного нерва, через перекрест правого и левого зрительных нервов и затем по периневральной клетчатке левого зрительного нерва в полость левой глазницы, на ее клетчатку. Офтальмолога, невропатолога.

Задание № 31.

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

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

Эталон ответа:

1. Прежде всего, необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не хватает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не хватает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.
2. Флегмона левой височной области.
3. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти.
4. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединяться отек век.
5. Необходимо учитывать два обстоятельства: наличие и характер причин развития воспаления; точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Задание № 32.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на резко болезненную припухлость в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, слабость, недомогание, повышение температуры тела. Также беспокоит затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появилась в 47, усиливающаяся при накусывании. Боль нарастала, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 по поводу

обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба, припухлость увеличивалась, боль и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к врачу-стоматологу направлен в стационар челюстно-лицевой хирургии. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела $-38,5^{\circ}\text{C}$. 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.

1. Поставьте диагноз и проведите его обоснование.
2. Какие осложнения наиболее вероятны в данной клинической ситуации.
3. Опишите методику оперативного лечения.
4. На каком основании ставится диагноз?
5. Укажите на признаки, нехарактерные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Флегмона дна полости рта.
2. Переход воспалительного процесса на соседние жизненно важные области (шея, средостение).
3. Под наркозом или под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки и фиксируются. Накладывается асептическая повязка. Берется мазок для определения чувствительности к микрофлоры к антибиотикам.
4. 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.
5. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.

Задание № 33.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в подъязычной области. Боль усиливается при приеме пищи и разговоре. Из анамнеза выяснено, что три дня назад, после переохладения появилась слабоболезненная припухлость под языком. Больной самостоятельно применял теплые ротовые полоскания

содовым раствором. Несмотря на это припухлость увеличивалась, болезненность усиливалась. Перенесенные и сопутствующие заболевания: хронический холецистит, хронический гиперацидный гастрит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии рубцевания. Объективно: при внешнем осмотре определяется припухлость тканей в левой поднижнечелюстной области. При пальпации тканей усиливается болезненность в подъязычной области. Коронка 41 разрушена, при перкуссии незначительная болезненность. В подъязычной области слева определяется резко болезненный инфильтрат с четкими границами. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, коллатеральный отек выражен незначительно. В центре инфильтрата определяется очаг флюктуации. Устье левого Вартонова протока расширено, при стимуляции слюноотделения из него выделяется мутная слюна с примесью хлопьевидного гноя в незначительном количестве. При бимануальной пальпации определяется увеличение и болезненность левой поднижнечелюстной слюнной железы. При рентгенологическом исследовании дна полости рта конкрементов не обнаружено, а в области 41 у верхушки корня определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами 0,3 x 0,3 см.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Опишите методику оперативного вмешательства.
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем, по Вашему мнению, они могут быть связаны.
5. Какова профилактика одонтогенных гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области?

Эталон ответа:

1. Обострение хронического периодонтита 41. Абсцесс подъязычной области. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных объективного обследования: наличие воспалительного инфильтрата с очагом флюктуации в подъязычной области, разрушение коронки 41, характерные рентгенологические изменения.
2. Производится вскрытие абсцесса подъязычной области, дренирование, назначение противовоспалительного консервативного лечения. Устранение причины абсцедирования - лечение хронического периодонтита 41. Необходимо консервативными методами попытаться вылечить 41, в дальнейшем при отсутствии воспалительных явлений возможно проведение операции резекции верхушки корня 41, или его удаление.
3. Под местной анестезией с премедикацией производится рассечение слизистой оболочки подъязычной области. При локализации абсцесса в центре области, разрез проводится в сагиттальной плоскости по центру от корня языка к внутренней поверхности подбородочного отдела нижней челюсти. При локализации абсцесса в боковых отделах области, разрез проводится параллельно Вартоновым протокам, во избежание их травмирования. После рассечения слизистой оболочки тупым путем расщепляются ткани до проникновения в полость абсцесса и получения гноя. Проводится ревизия полости абсцесса, вводится резиновая дренажная полоска.
4. Несущественные признаки: увеличение поднижнечелюстной слюнной железы, выделение слюны с примесью гноя через расширенное устье левого Вартонова протока. Данные симптомы могут быть связаны с наличием хронического сиалоаденита левой поднижнечелюстной слюнной железы. Сиалоаденит часто развивается на фоне патологии желудочно-кишечного тракта, которая имеется у больного.
5. Все зубы, подлежащие лечению, должны быть вылечены. Зубы, не подлежащие лечению – удалены.

Задание № 34.

Больной, 51 года, поступил с жалобами на наличие болезненной припухлости в подъязычной области справа, которая появилась два дня назад. Появление припухлости ни с чем не связывает. Боли усиливаются при приеме пищи, при движении языком. При

объективном обследовании обнаружена увеличенная, уплотненная, болезненная правая поднижнечелюстная слюнная железа. В подподбородочной области пальпируется увеличенный, болезненный лимфатический узел. При внутриротовом осмотре: 48,46,45,34,35,36,38 отсутствуют. Сохранившиеся зубы интактны, что подтверждено данными рентгенологического обследования. В подъязычной области справа пальпируется болезненный воспалительный инфильтрат, флюктуация. При массировании поднижнечелюстных слюнных желез слюна из правого протока не выделяется, а слева выделяется в незначительном количестве.

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

Эталон ответа:

1. Наличие у больного симптомов ретенции слюны: увеличение в объеме слюнной железы во время приема пищи и возникновение слюнных колик.
2. Недостает данных объективного обследования: определяется ли при пальпации конкремент в проекции протока правой поднижнечелюстной слюнной железы. Не достает данных рентгенологического обследования: определяются ли на рентгенограммах конкременты в области слюнных желез или их протоков?
3. Абсцесс подъязычной области. Хронический калькулезный сиалоаденит правой поднижнечелюстной слюнной железы.
4. Необходимо выполнение рентгенограмм дна полости рта и правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов. При подтверждении диагноза слюнно-каменной болезни и уточнении локализации конкремента необходимо провести вскрытие абсцесса с последующим дренированием его полости. При локализации конкремента в протоке он может самостоятельно выйти вместе с гноем. По мере полного устранения острых воспалительных явлений необходимо повторное рентгенологическое исследование. Если при этом обнаруживаются конкременты, их необходимо удалить в плановом порядке.
5. При наличии конкремента крупных размеров возможно прободение стенки протока, выход его и слюны с элементами воспаления в мягкие ткани, что может привести к возникновению абсцесса. Возникновение абсцесса возможно также при продвижении конкремента по протоку, когда возникает его острая травма. При ретенции слюны с элементами воспаления в результате увеличения давления в протоке возможна диффузия бактериальных антигенов в окружающие ткани и развитие абсцесса по типу инфекционно-аллергической реакции.

Задание № 35.

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боль в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паратонзиллярных абсцессов. Неделью назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение, около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боль при глотании незначительно усилилась больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность. Симптомы нарастают. ЛОР-врачом направлен на консультацию к врачу-стоматологу. Объективно: определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта до 1,5-2,0 см., резко болезненное. Движения языка не ограничены,

болезненны. Определяется отек слизистой оболочки подъязычных областей, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-нижнечелюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в челюстно-язычном желобке справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны.

1. Составьте план обследования больного.
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как?
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они связаны?
5. Роль санации полости рта в профилактике воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области.

Эталон ответа:

1. Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания.
2. Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования.
3. План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования.
4. Несущественные признаки: заложенность уха, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небно-язычных дужек свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.
5. Устранение очагов хронической интоксикации и алергизации организма.

Задание № 36.

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 37.

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

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

Эталон ответа:

1. Для постановки окончательного диагноза не хватает данных рентгенологического обследования. Необходимо уточнить, что явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
2. Флегмона околоушно-жевательной области справа. Обострение травматического остеомиелита нижней челюсти справа в области угла.
3. Необходимо рентгенологически обследовать область перелома на предмет выявления деструкции костной ткани, образования теней секвестров.
4. При подтверждении диагноза остеомиелита необходимо произвести удаление секвестров из линии перелома, вскрыть и провести лечение флегмоны.

5. После стихания острых воспалительных явлений надо планировать операцию секвестрэктомии. Если рентгенологически диагноз остеомиелита не подтвердится, после снятия острых воспалительных явлений за больным устанавливается динамическое наблюдение.

Задание № 38.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
4. Укажите признаки, несущественные для диагностики вторичного воспалительного процесса.
5. Как вести больного после вскрытия и дренирования флегмоны, стихания острых воспалительных явлений?

Эталон ответа:

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

Задание № 39.

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

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

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, что, по Вашему мнению, явилось причиной развития острого воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите особенности оперативного вмешательства.
5. Укажите несущественные для данного заболевания признаки, с чем они связаны.

Эталон ответа:

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

Задание № 40.

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

Полость рта санирована.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите, с чем может быть связано развитие воспалительного процесса.
3. Составьте план лечения.
4. Какова тактика ведения больного после выписки из отделения?
5. Укажите признаки, несущественные для данного заболевания. С чем они могут быть связаны?

Эталон ответа:

1. Абсцесс корня языка.
2. Развитие абсцесса может быть связано с тем, что операция удаления кисты корня языка проведена нерадикально - оставлен участок оболочки. Вследствие этого мог возникнуть рецидив кисты корня языка и ее нагноение, и формирование абсцесса.
3. Вскрытие абсцесса корня языка внеротовым доступом, госпитализация для проведения местного и общего консервативного лечения в условиях стационара челюстно-лицевой хирургии.
4. В случае сформирования свищевого хода в области корня языка необходимо проведение в плановом порядке радикального вмешательства.
5. Несущественными признаками являются симптомы выпадения чувствительности языка, свидетельствующей о наличии неврита язычного нерва. Это может быть связано с его травмой при первой операции.

Задание № 41.

Больная, 60 лет, обратилась к стоматологу в районную поликлинику с жалобами на боль в языке, усиливающуюся при приеме пищи и разговоре, припухлость языка. Данные жалобы появились после того, как два дня назад больная прикусила язык. Самостоятельно применяла теплые содовые ротовые ванночки, однако симптомы нарастали. После осмотра стоматолог поставил диагноз: абсцесс передней трети языка справа. Кроме того, обращено внимание на наличие у больной деформации нижней челюсти на уровне 41 за счет вздутия. Пальпация его безболезненна, слизистая оболочка в цвете не изменена. Во 42 - глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия 42 безболезненная.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен диагноз абсцесс языка?
2. С чем связано абсцедирование?
3. Какова методика оперативного лечения абсцесса данной локализации?
4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. С чем они могут быть связаны?

5. Какова дальнейшая тактика врача по отношению к несущественному признаку?

Эталон ответа:

1. Диагноз поставлен на основании наличия резко болезненного воспалительного инфильтрата в передней трети языка справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Определяется симптом флюктуации.
2. Абсцедирование могло произойти в результате нагноения гематомы, полученной и инфицированной во время травмы (прикусывание языка).
3. Под местной инфильтрационной или под язычной анестезией справа производится разрез слизистой оболочки языка в продольном направлении на боковой поверхности ближе к спинке, во избежание повреждения язычной артерии, вены и нерва. Разрез проводится на всю длину инфильтрата. Далее тупым путем проникают в полость абсцесса, эвакуируют гнойное отделяемое, делают ревизию и вводят резиновые выпускники.
4. Несущественным признаком для данного заболевания является наличие деформации нижней челюсти за счет вздутия. Это может свидетельствовать о наличии внутрикостной патологии (киста, доброкачественная опухоль и др.).
5. Необходимо проведение дополнительных методов обследования, прежде всего рентгенологического. После постановки предварительного диагноза следует планировать лечение.

Задание № 42.

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

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

Эталон ответа:

1. Сепсис (септикопиемия). Токсический гепатит и нефрит. Осложненное течение одонтогенной флегмоны дна полости рта.
2. Дополнительно необходимо провести посев крови на присутствие в ней микрофлоры.
3. Необходимо перевести больного в стационар общехирургического профиля, где будут исследованы печень и почки, так как есть клинические данные за развитие в них метастатических гнойных очагов.
4. Для развития септикопиемии вплоть до септического шока необходимо наличие септического очага инфекции, содержащего достаточное количество возбудителей или их

токсинов, снижение общей резистентности организма больного и наличие входных ворот для проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.

5. Способствуют развитию септического состояния недостаточно радикальное оперативное вмешательство и неадекватная медикаментозная терапия.

Задание № 43.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Имеются ли свидетельства генерализации процесса?
3. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?
4. В каком отделении должен лечиться больной?
5. Каков план лечебных мероприятий?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие у больного одонтогенного сепсиса. Об этом свидетельствует резкое ухудшение состояния больного на фоне проводимой терапии, распространение процесса на соседние клетчаточные пространства.
 2. О генерализации процесса свидетельствует наличие гнойничков на коже, болезненность при пальпации печени и правого тазобедренного сустава, которые могут свидетельствовать о развитии там метастатических гнойных очагов.
 3. Недостает сведений характеризующих симптомы интоксикации больного: лихорадка, показатели крови, мочи, артериального давления, пульса. Нет данных о результатах посевов периферической крови на микрофлору.
 4. В отделение интенсивной терапии, т.к. нуждается в интенсивном лечении.
 5. Ревизия вскрытых клетчаточных пространств.
- Консультация хирурга общего профиля. Проведение массивной терапии, направленной на уничтожение инфекционного начала, коррекцию общих нарушений в организме, поддержание и восстановление жизненно важных функций.

Задание № 44.

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

1. Развитие какого осложнения можно предположить?
2. Каких симптомов не хватает для уточнения диагноза?
3. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?
4. С чем может быть связано развитие осложнений?
5. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие переднего медиастинита.
2. Для переднего медиастинита характерны загрудинные боли, усиливающиеся при перкуссии грудины. Усиление болей при вдохе, пастозность, отек и крепитация в области яремной впадины, вынужденное положение больного. Необходимо уточнить симптомы,

характерные для поражения органов переднего средостения. Также не достает данных рентгенологического обследования, указывающих на точную локализацию и объем поражения.

3. С торакальным хирургом и врачом-анестезиологом.

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

5. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 45.

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

1. Развитие какого общего осложнения местного воспалительного процесса можно предположить в данном случае?

2. С кем необходимо консультировать больного перед оперативным вмешательством?

3. С чем может быть связано развитие осложнений?

4. Совместно с каким специалистом проводится лечение больного?

Эталон ответа:

1. Можно предположить развитие медиастинита на основании данных о наличии болей в области грудной клетки, покашливании, нарастании одышки, нарастании симптомов интоксикации. Однако, по имеющимся данным нельзя исключить присоединение к основному заболеванию бронхо-легочных заболеваний, как сопутствующей патологии.

2. С торакальным хирургом.

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

4. С торакальным хирургом, врачом анестезиологом, реаниматологом.

Задание № 46.

Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на боль и отек в подбородочном отделе нижней челюсти. Из анамнеза выяснено, что около 3-х суток назад получил удар в область нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Нарастающий отек в области подбородка и болезненность в области передних нижних зубов заставили больного обратиться за помощью. Из перенесенных заболеваний указывает на детские инфекции и простудные заболевания, а также на то, что за 8 месяцев до последней травмы был перелом скуловой кости слева. При осмотре определяется гематома в области подбородка, нарушения целостности мягких тканей и слизистой оболочки нижней губы не выявлено. Имеется нарушение прикуса вследствие незначительного смещения фрагментов во фронтальном отделе между 41 и 31.

Определяется патологическая подвижность фрагментов нижней челюсти, сопровождающаяся значительной болезненностью. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - щель перелома между центральными резцами нижней челюсти, переходящая к нижнему краю, отклоняясь от средней линии вправо и заканчивается в области правого резца. Подвижности костных фрагментов на месте бывшего перелома скуловой кости слева нет, при рентгенологическом исследовании этой области определяется утолщение костной ткани, полная консолидация.

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

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти во фронтальном отделе со смещением отломков.
2. Диагноз ставится на основании анамнестических данных (травма), нарушения прикуса в результате смещения фрагментов, патологической их подвижности, а так же на основании наличия линии перелома при рентгенологическом исследовании.
3. Шинирование челюстей с наложением межчелюстной резиновой тяги. Проведение общей антибактериальной терапии.
4. Для профилактики травматического остеомиелита челюсти т.к. в пределах зубных рядов переломы нижней челюсти открытые.

Задание № 47.

Больной, 20 лет, в результате аварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37. Рот открывается до 1,5 см., пальпаторно определяется болезненность в области мышечного отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечного отростка нижней челюсти слева. 37 отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти – линия перелома в области основания мышечного отростка нижней челюсти слева. Малый фрагмент смещен вперед и внутрь.

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

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области основания мышечного отростка со смещением отломков.
2. Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышечного отростка: болезненная пальпация слева в области ветви, надавливание на подбородок вызывает боль в области мышечного отростка слева. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает.

3. Наложение двучелюстных назубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе.

4. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

5. Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет, т.к. перелом консолидирован.

Задание № 48.

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

1. Ваш предварительный диагноз.

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

3. План лечения при переломе.

4. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?

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

Эталон ответа:

1. Перелом нижней челюсти слева в области мышцелкового отростка, либо острый посттравматический артрит слева.

2. В качестве клинического теста надо попросить больного медленно открывать и закрывать рот, предварительно введя концы мизинцев в наружные слуховые проходы. Это позволяет определять подвижность мышцелковых отростков. В качестве дополнительных сведений нужны рентгенологические данные.

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

4. На 3 недели. Профилактика анкилоза.

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

Задание № 49.

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

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите обоснование диагноза.

3. Составьте план лечения.

4. Сколько времени необходима эластическая тяга и почему?
5. Определите признаки, нехарактерные для данного заболевания.

Эталон ответа:

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

Задание № 50.

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

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II.
2. Не достает данных рентгенологического обследования.
3. Выраженный отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в область нижних век с обеих сторон, нарушение прикуса, подвижность верхней челюсти, наличие кровянистых выделений из наружных носовых ходов без примеси спинномозговой жидкости обосновывает данное патологическое состояние.
4. Подвешивание верхней челюсти к вышестоящим областям лица (головная опорная шапочка, скуловая кость и дуга, лобная кость).
5. Оперативное лечение подвешивания верхней челюсти с использованием минипластин. Назубные двучелюстные шины с зацепными петлями и межчелюстной фиксации и с обязательным применением пращевидной повязки Померанцевой-Урбанской. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 51.

Больной, 30 лет, обратился с жалобами на головную боль, невозможность сомкнуть челюсти, нарушение речи, приема пищи. Из анамнеза выяснено, что около 20 часов назад был избит неизвестными около своего дома. Терял ли сознание не помнит, потому что был в состоянии алкогольного опьянения, самостоятельно добрался домой. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные болезни, перелом левой голени. В настоящее время считает себя здоровым. При осмотре определяется значительная

отечность среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, кровянистое отделяемое из носа с обеих сторон, больной отмечает боль в области подглазничного отверстия справа и потерю чувствительности кожи в подглазничной области. При пальпации костей лица определяется патологическая подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяются симптомы «ступеньки» в области спинки носа и нижнеглазничных краев с обеих сторон. В этих же местах определяется патологическая подвижность. В полости рта отмечается нарушение окклюзии зубов, зубы верхней челюсти смещены несколько кзади, открытый прикус.

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

Эталон ответа:

1. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II.
2. Характерными признаками патологического состояния являются отек среднего отдела лица с кровоизлияниями в области век и конъюнктивы, сдавление нижнеглазничного нерва вследствие смещения фрагмента кзади, сопровождающееся болью в области подглазничного отверстия и нарушением чувствительности тканей подглазничной области. Имеются кровянистые выделения из носа, поверхностная пальпация лица, сопровождающаяся резкой болезненностью, внутриротовая пальпация подтверждают диагноз. Важными симптомами является наличие «ступенек».
3. Не достает данных рентгенологического обследования.
4. Консультация врача-невропатолога.
5. Оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон, минипластины и др.), подвешивания верхней челюсти. Под местной анестезией с премедикацией ручная репозиция фрагментов верхней челюсти, наложение назубных бимаксилярных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией для восстановления прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки. Адекватное медикаментозное лечение.

Задание № 52.

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

1. Какое патологическое состояние Вы можете предположить?
2. Какие дополнительные сведения и клинические данные необходимы для постановки окончательного диагноза и составления плана лечения?
3. В каком отделении многопрофильной больницы скорой помощи должен лечиться больной?
4. Для уточнения стоматологического статуса больного какое обследование необходимо провести?
5. Какие специалисты принимают участие в лечении больного кроме челюстно-лицевого хирурга?

Эталон ответа:

1. Сочетанная травма. Перелом коронковой части 21. Перелом альвеолярного отростка нижней челюсти во фронтальном отделе. Перелом левой голени ЗЧМТ, сотрясение ГМ.
2. В качестве необходимых клинических данных нужны сведения о прикусе (каким он был до травмы), симптом нагрузки в области подбородка, наличие подвижности фрагментов

нижней челюсти, данные о состоянии окружающих нижнюю челюсть тканей. В качестве дополнительных сведений – особенности получения травмы (какой частью лица ударились).

3. В отделении сочетанной травмы.

4. Для получения дополнительной информации необходимо провести рентгенологическое обследование.

5. Врач-травматолог, врач-невропатолог

Задание № 53.

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

1. Поставьте предварительный диагноз.

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

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

4. Наметьте план лечения.

5. Что, по Вашему мнению, могло служить основной причиной заболевания?

Эталон ответа:

1. Хронический посттравматический остеомиелит нижней челюсти справа, слюннокаменная болезнь.

2. Следует выяснить, какое лечение проводили больному, провести рентгенологическое исследование зубов нижней челюсти и поднижнечелюстной железы.

3. Состояние правой подчелюстной слюнной железы, по всей вероятности соответствует слюннокаменной болезни и не имеет отношения к травматическому остеомиелиту нижней челюсти справа

4. Общеклиническое обследование больного. При наличии секвестра с сформированной секвестральной «капсулой» - операция фистулосеквестрнекрэктомии в стационаре челюстно-лицевой хирургии. Адекватное медикаментозное лечение.

5. Лечение начато через неделю после травмы и зуб из линии (щели) перелома не удален.

Задание № 54.

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

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

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

Эталон ответа:

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

Задание № 55.

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

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

Эталон ответа:

1. Жалобы больной на приступообразные рвущие боли, данные анамнеза (лечилась у врача-невропатолога по поводу невралгии тройничного нерва слева), наличие курковой

зоны на слизистой оболочке по переходной складке в области 2.4, 2.5 зубов и гиперэстезия щечной области слева свидетельствуют о невралгии II ветви тройничного нерва слева.

2. Невралгия II ветви тройничного нерва слева.

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

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

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

5. Не имеет.

Задание № 56.

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

1. Проведите обоснование диагноза.

2. Ваш диагноз?

3. Наметьте план лечения.

4. Достаточно ли сведений для постановки диагноза?

5. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

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

2. Невралгия II ветви тройничного нерва справа.

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

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

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

5. Острый или обострение хронического пульпита, острый периодонтит, острый верхнечелюстной синусит.

Задание № 57.

Больной, 22 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что

месяц назад появились боли после сложного удаления 3.8 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 3.8 зуба эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 3.8 зуба, доходящая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом.

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва слева.
2. Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева после сложного удаления 3.8 зуба свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева.
3. Лечение комплексное. Назначаются витамины группы В, физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.
4. Какие из перечисленных признаков подтверждают причинно-следственную связь между проведенным вмешательством и возникшим в последствии заболеванием?
5. При невритах алгоголизацию проводить категорически не показано, так как это деструктивный метод. Поэтому вследствие его проведения явления неврита усиливается.

Задание № 58.

Больной, 39 лет, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в области нижней челюсти справа, онемение в области нижней губы справа. Из анамнеза выяснено, что боли появились месяц назад после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита. Конфигурация лица не изменена, определяется участок гипестезии в области нижней губы справа. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа отмечается рентгеноконтрастная тень, размером 0,2х0,1 см., в нижнечелюстном канале ниже дистального корня 4.6 зуба.

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

Эталон ответа:

1. Неврит III ветви тройничного нерва справа.
2. На основании анамнеза о постоянных болях, появившихся после лечения 4.6 зуба по поводу пульпита и данных рентгенологического исследования, свидетельствующих о наличии пломбировочного материала в нижнечелюстном канале справа, можно предположить неврит III ветви тройничного нерва справа.
3. Лечение комплексное: физиотерапия, иглорефлексотерапия. Назначение витаминов группы -В, обезболивающих и антигистаминных препаратов. При безуспешности консервативного лечения - операция удаления пломбировочного материала из нижнечелюстного канала с вероятным удалением 4.6 зуба.
4. Необходимо тщательно выполнять требования, предъявляемые на каждом этапе эндодонтического лечения: аккуратно пользоваться эндодонтическим инструментарием, использовать глубиномеры, контролировать количество вводимого в каналы

пломбировочного материала. На каждом этапе эндодонтического лечения необходимо осуществлять рентгенологический контроль.

5. После анестезии выкраивается полуовальный или трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут, обращенный основанием к переходной складке с вестибулярной стороны альвеолярной части нижней челюсти на уровне 4.5-4.7 зубов. Бором перфорируется, а затем удаляется компактная пластинка в проекции пломбировочного материала. Осторожно удаляя губчатую кость, обнаруживают и убирают пломбировочный материал. Костный дефект возможно заместить биосинтетическим остеоиндуктивным материалом. Рану ушивают.

Задание № 59.

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

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

Эталон ответа:

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва.
2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба, несостоятельная биологическая «повязка» лунки (сгусток).
3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации подбородочного нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне повреждения на уровне удаленного 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно.
4. От невралгии неврит отличается тем, что при невралгии имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные.
5. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарств («коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1-1мл, витамины B1 и B6 по 1 мл.). Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить больной транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов(тегретол, этосуксимид). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект.

Задание № 60.

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

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

Эталон ответа:

1. Невралгия средних зубных ветвей II ветви тройничного нерва.
2. Вероятная причина - грубая хирургическая травма.
3. В целом тактически врач действовал верно.
4. Во время цистэктомии и ампутации верхушки корня 15 зуба, вероятно, была допущена ошибка: слишком большой захват прилежащих костных структур и повреждение средних верхних зубных сплетений.
5. Поскольку причина (околокорневая киста) удалена, следует лечить возникшее состояние травматического неврита: использование лекарств («коктейля»: лидокаин 2% 4 мл, платифиллин 0,1 1 мл, витамины B1 и B6 по 1 мл по типу инфильтрационной анестезии. процедура-1 раз в сутки, в течение 7-8 дней). Также назначить транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков. Также назначить физиотерапию. Комплексное лечение в течение 3-4 недель.

Задание № 61.

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

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания?
3. Чем обусловлены онемение кожи подбородка и нижней губы справа?
4. Тактика врача-стоматолога по отношению к инородному телу (пломбировочному материалу).
5. Составьте план лечения.

Эталон ответа:

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

Задание № 62.

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

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Ваша тактика по отношению к больному?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в детском комбинате.
4. В чем заключается специфическая профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Эпидемический паротит. Диагноз ставится на основании эпид.анамнеза и типичной клиники – припухлость и болезненность в области слюнной железы и жалоб.
2. Изолировать больного на дому на 9 дней, назначить симптоматическое лечение: парацетамол 10 мг/кг внутрь, витамины, сухое тепло на область желез, постельный режим, щадящую диету, полоскание полости рта, обильное питье.
3. Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 21 день на ДДУ с момента изоляции вновь заболевшего. Наблюдение за контактными (осмотр, измерение температуры), не принимать в группу не болевших и не привитых, не переводить контактных в другие коллективы. Мед.отвод от профилактических прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку и проветривать помещения. Сан.просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.
4. Проведение вакцинации живой ослабленной паротитной вакциной в возрасте 12-15 мес. и ревакцинации в 6 лет 0,5 мл. подкожно.

Задание № 63.

Пациентка 58 лет, полного телосложения, у которой наблюдаются, последние 10 лет, повышенные цифры артериального давления. После проведения местной анестезии в стоматологическом кресле, почувствовала: сильную головную боль; головокружение; ощущение «двоения» в глазах, появилось мелькание – «белый снег»; ощущение «онемения» в конечностях; кожные покровы покрылись потом; появилось чувство

нехватки воздуха «звон» в ушах; все эти явления сопровождались резко выраженным страхом. В этот момент определялось: кожные покровы влажные, ЧСС 110 уд. в мин., ЧД 28 экс. в мин., АД 180/120 мм. рт.ст.

1. Назовите причину, которая могла вызвать данные симптомы?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. Какие меры неотложной помощи следует предпринять?
4. Виды лекарственных препаратов необходимые для неотложной помощи пациенту в условиях амбулаторного стоматологического приема?
5. Рекомендации по профилактике данного состояния при дальнейшем лечении пациента? амбулаторно, после консультации врача-терапевта с учетом его рекомендаций, после премедикации транквилизаторами, спазмолитическими препаратами и возможно гипотензивными средствами, с адекватной местной анестезией. +

Эталон ответа:

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

Задание № 64.

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

1. Какое заболевание можно предположить?
2. Каковы этиологические моменты развития данного заболевания?
3. Каковы пути распространения инфекции?
4. Какие клинические проявления характерны для данного заболевания?
5. Какой метод диагностики может помочь в постановке окончательного диагноза?
6. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены?

Эталон ответа:

1. Наиболее вероятный диагноз: актиномикоз в области угла нижней челюсти справа, кожно-мышечная форма.
2. Заболевание вызывается лучистыми грибами, которые сапрофитируют в полости рта почти каждого здорового человека. Только высокий уровень сенсibilизации и резкое ослабление всех видов иммунитета может привести к возникновению актиномикоза.
3. Распространяется актиномикоз контактным, одонтогенным, лимфогенным и гематогенным путями.
4. Наиболее патогномоничные симптомы актиномикоза: деревянистой плотности инфильтрат в месте первичного внедрения лучистого грибка в ткани, синюшно-багровая

окраска кожи над инфильтратом и симптом «стёганого одеяла», который возникает за счёт наличия множества свищей, устья которых образуют втянутости. Из свищей могут выделяться, наряду с гноем, крошковидные включения, содержащие элементы друз лучистого грибка.

5. Для уточнения диагноза необходимо использовать кожно-аллергическую пробу с актинолизатом по Аснину. Внутривожно, во внутреннюю поверхность предплечья, вводится 0,1 мл актинолизата (продукт спонтанного лизиса колонии актиномицетов). В другое предплечье, симметрично, вводится столько же стерильного мясопептонного бульона для контроля. Через 12-24 часа оценивают реакцию организма на введённый антиген. Если вокруг места введения никаких проявлений, лишь лёгкая краснота – реакция отрицательная. Если краснота вокруг места инъекции более 1,5-2 см и имеется волдырь – реакция положительная. Наиболее надёжным способом диагностики является сочетание иммуноспецифической реакции с гистологическим исследованием: взятием кусочка тканей во всю толщу из зоны поражения.

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

Задание № 65.

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

1. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно провести?
3. Причины возникновения заболевания.
4. Классификация данной патологии.
5. Опишите методику хирургического лечения данной патологии.
6. Возможные осложнения.

Эталон ответа:

1. Сиалолитиаз, конкремент в протоке.
2. Необходима РГ дна полости рта для уточнения расположения конкремента.

3. Основной причиной возникновения камней в слюнных железах (СЖ) является снижения клиренса слюноотделения. Это бывает при гипофункции СЖ. Также важным моментом в камнеобразовании может быть нарушение водно-солевого обмена в организме, нарушение деятельности желез внутренней секреции, хронические болезни ЖКТ.

4. Слюннокаменная болезнь (СКБ) делится на начальную и развившуюся, захватывающую одну и более СЖ, с образованием камней внутри паренхимы СЖ и в её протоках, сочетающуюся с камнеобразованием в других органах (печени, почках) и изолированную.

5. Под торусальной или мандибулярной анестезией прошиваются и подтягиваются кверху ткани позади камня вартонова протока. Это необходимо для того, чтобы камень не ускользнул во время операции в 57 ампулу железы. После делается разрез над уплотнённым участком протока вплоть до ощущения царапания кончика скальпеля по поверхности конкремента. Небольшой кюретажной ложкой камень аккуратно извлекается из места его «прилипания» к внутренней поверхности вартонова протока в полость рта. При этом из увеличенной слюнной железы однократно выделится около 4-6 мл застойной слюны. Разрез дренируется, назначается массаж ПЧСЖ, уход за полостью рта.

6. К возможным осложнениям относятся раздробление камня при грубых действиях хирурга, проталкивание его в мягкие ткани с их последующим нагноением, нанесение значительной травмы больному при попытке использования зажимов для извлечения камня, кровотечение.

Задания на дополнение

11. Особенности кровоснабжения челюстно-лицевой области.
12. Какие пары черепно-мозговых нервов принимают участие в иннервации челюстно-лицевой области.
13. Основные ветви наружной сонной артерии.
14. Пути венозного оттока из органов полости рта.
15. Отравление местными анестетиками. Клиника, лечение.
16. Сердечная недостаточность. Клинические проявления, лечение.
17. Обморок, коллапс. Клиника, диагностика, лечение.
18. Анафилактический шок. Клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
19. Антибактериальные препараты общего действия, применяемые для лечения больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.
20. Профилактика СПИДа в практике врача челюстно-лицевого хирурга.

11. 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	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий,	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения

применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закреплённом практическом навыке	нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.
---	--	--	---

Критерии оценивания тестового контроля:

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

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

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий,	логичность и последовательность ответа

	области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	
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,	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы	достаточный уровень профессионального мышления.

	предъявляемые к заданию, выполнены		уверенные навыки решения ситуации	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