

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Ижевская государственная медицинская академия»

«УТВЕРЖДАЮ»
И.о. ректора ФГБОУ ВО ИГМА,
д.м.н., профессор
_____ Шкляев А.Е.

ПРОГРАММА
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ С ВЫСШИМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ
ОБРАЗОВАНИЕМ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТЯМ
«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»
«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»
(ПОВЫШЕНИЕ КВАЛИФИКАЦИИ)

Ижевск 2019 год

Программа дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» разработана сотрудниками кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (заведующая кафедрой – кандидат медицинских наук, доцент Мохначева Светлана Борисовна)

Рекомендована Ученым советом ФГБОУ ВО ИГМА в качестве программы дополнительного профессионального образования для подготовки специалистов в системе непрерывного медицинского образования по специальности «Стоматология хирургическая, «Челюстно-лицевая хирургия» года (протокол №5 от 24.01.2019 г.).

СОДЕРЖАНИЕ

Состав рабочей группы и консультантов по разработке программы «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	4
Пояснительная записка	5
Требования к уровню подготовки врача-специалиста, успешно освоившего программу дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	6
Профессиональные компетенции врача-специалиста	6
Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста	6
Содержание программы «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	8
Учебный план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	10
Учебно-тематический план цикла (ПК) по программе дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	11
Материально-техническое оснащение программы дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»	11
Список литературы	12
Оценочные средства	15
Законодательные и нормативно-правовые документы	58

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ И КОНСУЛЬТАНТОВ
по разработке программы дополнительного профессионального образования специалистов с
высшим профессиональным образованием в системе непрерывного медицинского
образования
«Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»

№ Пп	Фамилия, имя, Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Мохначева Светлана Борисовна	Кандидат медицинских наук, доцент	Заведующая кафедрой	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ
2.	Халюта Елена Евгеньевна	Кандидат медицинских наук, доцент	Доцент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ
3.	Терещенко Лариса Павловна	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ
4.	Корляков Денис Викторович	Кандидат медицинских наук	Ассистент	ФГБОУ ВО ИГМА кафедра хирургической стоматологии и ЧЛХ
По методическим вопросам				
1.	Кудрина Елена Аркадьевна	Доктор медицинских наук, доцент	Председатель Методического совета ФПК и ПП	ФГБОУ ВО ИГМА, деканат ФПК и ПП

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Программа дополнительного профессионального образования специалистов с высшим профессиональным образованием «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» является нормативно-методическим документом, регламентирующим содержание и организационно-методические формы обучения в дополнительном профессиональном образовании врачей в системе непрерывного медицинского образования.

Актуальность программы дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» заключается в необходимости приобретения врачами-стоматологами-хирургами и челюстно-лицевыми хирургами углублённых знаний и навыков, отвечающих современным стандартам для повышения качества медицинского обслуживания, повышения эффективности подготовки врачей-стоматологов-хирургов и челюстно-лицевых хирургов. В программе отражены вопросы этиологии, патогенеза, клиники, диагностики и лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Настоящая дополнительная профессиональная программа предназначена для врачей, работающих в должности «Стоматологов-хирургов» и «Челюстно-лицевых хирургов», окончивших высшие учебные заведения по специальности «Стоматология». Обучение ведется с отрывом от основного места работы.

Цель повышения квалификации - углубление теоретических основ и практических навыков по направлению «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» для оказания хирургической стоматологической помощи больным.

Задачи повышения квалификации:

1. Углубить знания врачей-стоматологов по вопросам анатомии клетчаточных пространств челюстно-лицевой области.

2. Углубить знания врачей-стоматологов о современных представлениях об этиологии, патогенезе и диагностике одонтогенных и неодонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

3. Углубить знания врачей-стоматологов о современных методах лечения периодонтита, периостита, остеомиелита, одонтогенного гайморита, лимфаденита, абсцессов, флегмон, воспалительных заболеваний слюнных желез.

Программа дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» включает в себя содержание рабочей программы дисциплины (модуля), учебный план, учебно-тематический план, перечень заданий для самостоятельной внеаудиторной работы, ситуационные задачи, тестовые задания и задания для работы на симуляторах.

Для реализации рабочей программы дополнительного профессионального образования по направлению «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» кафедра располагает наличием:

1) учебно-методической документации и материалов по всем разделам дисциплины (модуля);

2) учебно-методической литературы для внеаудиторной работы обучающихся;

3) материально-технической базы, обеспечивающей организацию всех видов дисциплинарной подготовки: учебную аудиторию и кабинет, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса; клиническими базами в стоматологической клинической поликлинике ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ г.Ижевска, в челюстно-лицевых отделениях 1 РКБ и РДКБ.

Основными видами учебных занятий являются проблемные и обзорные лекции, практические занятия на симуляторах в учебном классе. Общее рабочее время аудиторной работы обучающегося составляет 36 часов за весь цикл обучения, что по трудоемкости равно 1 зачетной единице. В процессе подготовки слушателя цикла повышения квалификации обязательна проверка базисных знаний и навыков до начала обучения с последующим рубежным и итоговым контролем знаний. При этом используются различные формы контроля: решение ситуационных задач, тестовый контроль и итоговая аттестация. В процессе обучения слушатель обязан посещать лекции, практические занятия и совершенствовать свои знания путем изучения научных статей, руководств, монографий, нормативной и специальной литературы.

**ТРЕБОВАНИЯ К УРОВНЮ ПОДГОТОВКИ
ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, УСПЕШНО ОСВОИВШЕГО ПРОГРАММУ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ПО НАПРАВЛЕНИЮ «ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ
ОБЛАСТИ»**

В процессе освоения программы дополнительного профессионального образования «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» углубляются и совершенствуются следующие

профессиональные компетенции:

в диагностической деятельности:

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

готовность к проведению экспертизы временной нетрудоспособности и участие в иных видах медицинской экспертизы;

в лечебной деятельности:

готовность к определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи;

Формирование профессиональных компетенций врача-специалиста предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

**Врач-стоматолог-хирург и врач-челюстно-лицевой хирург
должен знать:**

- организацию хирургической стоматологической помощи населению;
- современные теории этиологии и патогенеза, особенности современного проявления клиники и течения, современные принципы терапии воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области у взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;

**Врач-стоматолог-хирург и врач-челюстно-лицевой хирург
должен уметь:**

- организовать профилактику хирургических стоматологических заболеваний;
- осуществить раннюю диагностику по клиническим симптомам и синдромам, дифференциальную диагностику, оценить тяжесть состояния больного, определить показания к госпитализации;
- определить объём и последовательность специальных диагностических мероприятий, оценить их результаты;
- составить и обосновать план лечебных мероприятий, сформулировать показания и противопоказания к оперативному вмешательству;
- определить объём предоперационной подготовки с учётом возраста, нарушений гомеостаза, характера и тяжести основного заболевания и сопутствующей патологии;
- оценить объём операционной травмы с целью выбора адекватного метода обезболивания, объём возможной кровопотери, определить необходимость и методы её коррекции;
- определить наиболее целесообразную методику хирургического вмешательства и выполнить её в необходимом объёме;
- организовать адекватное послеоперационное лечение больного;
- оценить необходимость участия врачей смежных специальностей в комплексном лечении взрослых, детей, лиц пожилого и старческого возраста;

- организовать диспансеризацию, реабилитацию, экспертизу трудоспособности больных с хирургическими стоматологическими заболеваниями.
- осуществить профилактические, диагностические и лечебные мероприятия при следующих заболеваниях:
 - острый и хронический периодонтит;
 - острый гнойный периостит;
 - одонтогенный, травматический и гематогенный остеомиелит;
 - перикоронит;
 - альвеолит;
 - постлучевой остеорадионекроз;
 - абсцессы челюстно-лицевой области различной этиологии и локализации;
 - флегмоны челюстно-лицевой области различной этиологии и локализации;
 - одонтогенный верхнечелюстной синусит с ороантральным свищом и без такового;
 - фурункулы и карбункулы лица;
 - актиномикоз, туберкулёз, сифилис;
 - лимфадениты различной этиологии и локализации.
 - осложнений лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области:
 - кровотечения: луночковые, костные, из мягких тканей; перфорация верхнечелюстной пазухи с попаданием корня удалённого зуба в верхнечелюстную пазуху и без такового;
 - инородные тела тканей челюстно-лицевой области различной локализации и этиологии; тромбоз вен челюстно-лицевой области;
 - сиалоаденит острый различной этиологии и локализации;
 - сиалоаденит хронический (паренхиматозный, интерстициальный, протоковый);
 - абсцесс слюнной железы;
 - пародонтальный абсцесс;
 - периодонтальный абсцесс;
 - острый перикоронит;
 - хронический перикоронит.

Врач-стоматолог-хирург и врач-челюстно-лицевой хирург должен владеть:

- забором экссудата из раны для бактериологического исследования
- цитологической биопсией методом пункции или соскоба
- неинъекционными методами анестезии
- интралигаментарной анестезией
- инфильтрационной анестезией
- проводниковой анестезией на верхней челюсти
- проводниковой анестезией на нижней челюсти
- стволовой анестезией
- удалением различных групп зубов на верхней и нижней челюстях
- удалением ретинированных и дистопированных зубов
- ревизией лунки при альвеолите
- остановкой луночковых кровотечений
- удалением секвестров при остеомиелите лунки зуба
- рассечением или иссечением слизистой оболочки (капюшона) при перикороните
- пластическим устранением ороантрального сообщения при острой перфорации верхнечелюстной пазухи
- резекцией верхушки корня зуба
- гемисекцией зуба
- ампутацией корня зуба
- вскрытием субпериостальных абсцессов
- вскрытием поверхностных и глубоких абсцессов мягких тканей
- проведением блокад при воспалительных инфильтратах
- бужированием протоков слюнных желез
- удаление камней из протоков слюнных желез

- пункцией верхнечелюстной пазухи
- открытым кюретажем патологических зубодесневых карманов
- лоскутными операциями
- гингивотомией
- гингивэктомией
- секвестрэктотомией при хронических остеомиелитах различного генеза
- вскрытием флегмон
- вскрытием фурункулов и карбункулов лица и шеи
- верхнечелюстной синусотомией с пластическим устранением свищевого хода

**СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
«Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»**

Индекс	Индекс Наименование тем, элементов и т.д.
1.	2
1.	Раздел 1. Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Зубосохраняющие операции. Воспалительные кисты челюстей.
1.1.	Классификация периодонтитов.
1.2.	Острый периодонтит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
1.3.	Хронический периодонтит. Клиника, диагностика. Показание к удалению зуба.
1.4.	Зубосохраняющие операции: резекция верхушки корня, ампутация корня, реплантация, гемисекция корня, коронаро-радикулярная сепарация. Показания, противопоказания, методика, исходы и осложнения.
1.5.	Радикулярные кисты челюстей. Клиника, диагностика, методы лечения (цистотомия, цистэктомия, двухэтапная операция, пластическая цистэктомия). Показания, противопоказания, методика, исходы и осложнения
2.	Раздел 2. Острый и хронический периостит. Одонтогенный остеомиелит челюсти.
2.1.	Острый периостит. Клиника, диагностика, лечение.
2.2.	Хронический периостит. Клиника, диагностика, лечение.
2.3.	Одонтогенный остеомиелит челюсти. Определение, этиология теории патогенеза.
2.4.	Стадии одонтогенного остеомиелита: острая, подострая, хроническая. Клиника, диагностика.
2.5.	Лечение острого одонтогенного остеомиелита.
2.6.	Лечение хронического одонтогенного остеомиелита.
2.7.	Прогноз и профилактика одонтогенного остеомиелита.
3.	Раздел 3. Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи.
3.1.	Топографическая анатомия челюстно-лицевой области.
3.2.	Этиология и патогенез абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
3.3.	Острые воспалительные процессы в области нижней челюсти и языка. Клиника, диагностика, лечение.
3.4.	Воспалительные процессы в области верхней челюсти, скуловой и височной костей. Клиника, диагностика, лечение.
4.	Раздел 4. Лимфадениты и аденофлегмоны лица и шеи.
4.1.	Топографическая анатомия лимфоузлов лица и шеи.
4.2.	Этиология и патогенез лимфаденитов челюстно-лицевой области.
4.3.	Острый лимфаденит челюстно-лицевой области. Классификация, клиника, диагностика.
4.4.	Хронический лимфаденит челюстно-лицевой области. Классификация, клиника, диагностика.
4.5.	Дифференциальная диагностика лимфаденитов челюстно-лицевой области.
4.6.	Аденофлегмона. Определение, клиника, диагностика, лечение.
5.	Раздел 5. Осложнения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области
5.1.	Медиастинит. Клиника, диагностика, лечение.
5.2.	Тромбофлебит вен лица. Клиника, диагностика, лечение.

5.3.	Тромбоз пещеристого синуса, менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга. Клиника, диагностика, лечение.
5.4.	Сепсис. Клиника, диагностика, лечение.
6.	Раздел 6. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.
6.1.	Актиномикоз. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.2.	Туберкулез челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.3.	Сифилис. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.4.	Фурункулы, карбункулы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
6.5.	Рожа, нома, сибирская язва. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
6.6.	ВИЧ – инфекция. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
7.	Раздел 7. Физиотерапия при воспалительных процессах ЧЛЮ.
7.1.	Применение УФО при лечении воспалительных процессов ЧЛЮ.
7.2.	Применение УВЧ при лечении воспалительных процессов ЧЛЮ.
7.3.	Лазерное воздействие
7.4.	Ультразвуковое воздействие
7.5.	Флюктуоризация в лечении воспалительных процессов ЧЛЮ
7.6.	Электрофорез лекарственных веществ.
8.	Раздел 8. Воспалительные заболевания слюнных желез.
8.1.	Строение слюнных желез, функция слюнных желез. Регуляция слюноотделения.
8.2.	Методы обследования слюнных желез: клинические (осмотр, пальпация, зондирование протоков), рентгенологические (сиалография) и радиологические. Пантомоссиалография, радиосиалография, сиалосцинтиграфия. Контрастная сиалограмма, УЗИ-диагностика, лабораторные методы исследования слюны.
8.3.	Классификация заболеваний слюнных желез.
8.4.	Острый сиалоаденит. Этиология, патогенез, дифференциальная диагностика (эпидемический паротит, вирусный сиалоаденит, бактериальный сиалоаденит, контактный сиалоаденит, лимфогенный паротит – ложный паротит Генценберга, послеоперационный паротит. Лечение острого сиалоаденита.
8.5.	Хронический сиалоаденит (паренхиматозный, интерстициальный сиалодохит). Этиология, патогенез, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
8.6.	Реактивно- дистрофические заболевания слюнных желез. Этиология, патогенез, клиника и диагностика. Сиалоаденозы. Ксеростомия, как симптом нарушения функции слюнных желез.
8.7.	Болезнь и синдром Шергена. Клиника, диагностика, лечение.
8.8.	Болезнь Микулича (лимфоматоз желез). Клиника, диагностика, лечение
8.9.	Опухоль Кютнера. Клиника, диагностика, лечение.
8.10.	Калькулезный сиалоаденит (слюнно-каменная болезнь) Образование и состав слюнный камней. Клиника, диагностика, осложнение, лечение.
9.	Раздел 9. Одонтогенный гайморит.
9.1.	Этиология, патогенез одонтогенного гайморита. Классификация.
9.2.	Роль инородного тела и хронического периодонтита в развитии хронического одонтогенного гайморита.
9.3.	Острый одонтогенный гайморит. Методы диагностики. Лечение.

9.4.	Хронический одонтогенный синусит: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
9.5.	Методы оперативного и консервативного лечения. Техника операции по Колдуэлл-Люку. Методики щадящей гайморотомии, эндоскопические методики.
9.6.	Перфорация верхнечелюстной пазухи. Клиника, диагностика и показания к ее оперативному закрытию, методы закрытия. Профилактика образования свищей, (перфорационного) одонтогенного синусита.
10.	Раздел 10. Особенности воспалительных процессов ЧЛЮ у детей
10.1.	Особенности строения органов и тканей ЧЛЮ в детском возрасте.
10.2.	Особенности течения острого одонтогенного остеомиелита у детей. Клиника, диагностика, лечение.
10.3.	Хронический остеомиелит у детей. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
10.4.	Гематогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.
10.5.	Лимфаденит и аденофлегмона у детей.
10.6.	Особенности воспалительных заболеваний слюнных желез у детей.

**Учебный план цикла усовершенствования
«Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»
срок обучения: 36 часа, 1 неделя.**

Цель: углубление теоретических основ и практических навыков по направлению «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» для оказания хирургической стоматологической помощи больным.

Категория обучающихся: врач-стоматолог-хирург, челюстно-лицевой хирург

Сроки обучения: 36 часов – 1 неделя.

Трудоемкость: 1 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: очная.

Код	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			лекции	практ. занятия	
1.	Периодонтит. Периостит, остеомиелит челюсти.	6	2	4	
2.	Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи.	6	2	4	
3.	Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области.	6	2	4	
4.	Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	6	4	2	
5.	Воспалительные заболевания слюнных желез. Одонтогенный гайморит	6	2	4	
6.	Особенности воспалительных процессов челюстно-лицевой области у детей	4	2	2	
7.	Итоговая аттестация	2			
ИТОГО:		36	14	20	

Учебно-тематический план цикла усовершенствования

«Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области»

Цель: углубление теоретических основ и практических навыков по направлению «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» для оказания хирургической стоматологической помощи больным.

Категория обучающихся: врач-стоматолог-хирург, челюстно-лицевой хирург

Сроки обучения: 36 часов – 1 неделя.

Трудоемкость: 1 ЗЕТ (в зачетных единицах)

Режим занятий: 6 академических часов в день

Форма обучения: очная.

№	Наименование разделов и дисциплин	Всего часов	В том числе		Форма контроля
			лекции	практ. занятия	
1.	Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Зубосохраняющие операции. Воспалительные кисты челюстей.	3	1	2	
2	Острый и хронический периостит. Одонтогенный остеомиелит челюсти	3	1	2	
3.	Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи.	6	2	4	
4.	Лимфадениты и аденофлегмоны лица и шеи.	3	2	1	
5.	Осложнения абсцессов и флегмон ЧЛО.	3	-	3	
6.	Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области	4	2	2	
7.	Физиотерапия при воспалительных процессах ЧЛО.	2	2	-	
8.	Воспалительные заболевания слюнных желез	3	1	2	
9.	Одонтогенный гайморит	3	1	2	
10.	Особенности воспалительных процессов ЧЛО у детей	2	2	2	
	Итоговая аттестация:	2	14	18	
	ИТОГО	36	14	20	

МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОСНАЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ

№/№	Наименование оборудования	Кол-во
1	SMILY (дентальный стоматологический симулятор преподавателя с фантомным манекеном)	1
2	SMILY (дентальный стоматологический симулятор студента с фантомным манекеном)	4
3	Компрессор медицинский DK-50 2VS	2

4	Интраоральная видеокамера VistaProof	1
5	Ноутбук с веб-камерой	1
6	Проектор “Тошиба”	1

**Учебно-методическое и информационное обеспечение программы дополнительного профессионального образования
«ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ»**

№	Наименование согласно библиографическим требованиям	Количество экземпляров	
		На кафедре	В библиотеке
Перечень основной литературы			
1.	Хирургическая стоматология : учебник / под общ. ред. В. В. Афанасьева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011 . - 880 с.		80
2.	Шаргородский А. Г. Воспалительные заболевания тканей челюстно-лицевой области: учеб. пособие. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2001		15
3.	Хирургическая стоматология: учебник /под ред. Т.Г.Робустовой. - М.: Медицина, 2001		34
4.	Острые сиаладениты: учеб. пособие / Е. Д. Дерябин и др. – Ижевск: Б. и., 2009		70
5.	Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи: учеб. пособие / под ред. Шаргородского – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002		10
6.	Физиотерапия в стоматологии : учеб. пособие / сост. Т. Л. Рединова [и др.] - Ижевск : ИГМА, 2012 . - 98 с.		89
7.	Дерябин Е.И. Хирургическая анатомия клетчаточных пространств челюстно-лицевой области и операции при одонтогенных флегмонах: учеб. пособие.- Ижевск: Б. и., 2006 . - 32 с.		104
8.	Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / под ред. В.М.Безрукова и Т.Г.Робустовой. – М.: Медицина, 2010. – Т.1 – 771 с. – Т.2 – 487 с.	1	
9.	Стоматология детского возраста. Персин.Л.С., Елизарова В.М.,Дьякова С.В. – М.: Медицина, 2006.	1	
10.	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л.: Учебник для студентов медицинских вузов. – М.: Плюс,2005.	1	1
11.	Лучевая диагностика в стоматологии: Атлас. Васильев А.Ю., Воробьев Ю.И., Трутень В.П. – М.6 Медика, 2007.	1	

12.	Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: Учеб. пособие/ О.З.Топольницкий, А.Ю.Васильев. – М.: ГОЭТАР-Медиа, 2011. – 264 с.: илл.	1	
13.	Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия (Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов) Под ред. О.З. Топольницкого, С.В.Дьяковой, В.П.Вашкевич. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2007.	1	
14.	Рациональная фармакотерапия в стоматологии. Под ред. проф. Г.М.Барера, проф. Е.В.Зорян. – М.: Литтерр, 2006.	1	
15.	Лекарственные средства в стоматологии. Луцкая И.К., Мартов В.Ю. – М., 2006.	1	
16.	Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области: руководство для врачей/ Под ред. Н.А.Рабухиной, Н.М.Чупрыниной. – М.: Медицина, 2004.	1	
Дополнительная литература			
1.	Остеодисплазии и остеодистрофии челюстей : учеб. пособие / [сост. З. А. Мельчукова]. - Ижевск : [ИГМА], 2012. – 28 с.		10
2.	Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Дурново Е.А., Рунова Н.Б., Фурман И.В., Мишина Н.В., Хомутильников Н.Е. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2005.	1	
3.	Клиническая анатомия скелета лица. Атлас. Смирнов В.Г., Персин Л.С. – М., 2007.	1	
4.	Стоматология детей и подростков. Под ред. Ральфа Е. Мак-Дональда Р.Эйвери/ перевод с англ. Под ред. Т.Ф.Виноградовой. 0 М., 2003.	1	
5.	Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области — М., 2003.	1	
6.	Агапов В.С., Арутюнов С.д. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно лицевой области. — М., 2004.	1	

Симуляционное обучение включает отработку навыков оказания неотложной помощи больным на стоматологическом приеме, удаления различных групп зубов, периостотомии, проведения операций резекции верхушки корня зуба, гемисекции, ампутации корня зуба, реплантации зубов с использованием симуляторов, биологических моделей челюстей. Материально-техническое оснащение: тренажеры стоматологические, зубы человека (комплекты по 32 шт.), дентальные стоматологические симуляторы преподавателя с фантомным манекеном, компрессоры медицинские, биологические модели челюстей. Для освоения навыков оказания неотложной помощи: тренажер головы для демонстрации прочищения блокировки дыхательных путей, муляж для проведения первичного реанимационного комплекса Селика, тренажер для реанимации со световым контролем, торс, тренажер первой помощи при аспирации взрослого Геймлиха, тренажер реанимации взрослого человека (торс), фантом реанимационный, манекен-тренажер человека полнотелый для отработки мозговой и СЛР. Место проведения: аккредитационно-симуляционный центр ФГБОУ ВО ИГМА МЗ РФ.

Оценочные материалы

Контрольные вопросы.

№	Контрольные вопросы
1.	Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Зубосохраняющие операции. Воспалительные кисты челюстей.
2.	Острый и хронический периостит. Одонтогенный остеомиелит челюсти
3.	Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи.
4.	Лимфадениты и аденофлегмоны лица и шеи.
5.	Осложнения абсцессов и флегмон ЧЛЮ.
6.	Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области
7.	Физиотерапия при воспалительных процессах ЧЛЮ.
8.	Воспалительные заболевания слюнных желез
9.	Одонтогенный гайморит
10.	Особенности воспалительных процессов ЧЛЮ у детей

ЗАДАНИЯ В ТЕСТОВОЙ ФОРМЕ.

Раздел 1. Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Зубосохраняющие операции. Воспалительные кисты челюстей.

01. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся
 - а) паротит
 - б) кровотечение
 - в) невралгия тройничного нерва
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

02. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится
 - а) паротит
 - б) невралгия тройничного нерва
 - в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

03. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится
 - а) паротит
 - б) отлом бугра верхней челюсти
 - в) невралгия тройничного нерва
 - г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
 - д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

04. Возможным осложнением во время операции удаления 3-го моляра нижней челюсти является
 - а) синусит
 - б) периостит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) перелом нижней челюсти

05. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 - а) анурез
 - б) синусит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) гипертонический криз

06. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 - а) анурез
 - б) синусит
 - в) альвеолит
 - г) остеомиелит
 - д) анафилактический шок

07. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
 - а) анурез
 - б) синусит

- в) обморок
 - г) альвеолит
 - д) остеомиелит
08. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят
- а) анурез
 - б) синусит
 - в) коллапс
 - г) альвеолит
 - д) остеомиелит
09. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) анурез
 - б) миозит
 - в) коллапс
 - г) невралгию
 - д) альвеолит
10. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят
- а) анурез
 - б) миозит
 - в) коллапс
 - г) невралгию
 - д) альвеолоневрит
11. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят
- а) анурез
 - б) миозит
 - в) коллапс
 - г) гайморит
 - д) невралгию
12. Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид
- а) лимфы
 - б) крови
 - в) мутной жидкости
 - г) холестеотомных масс
 - д) прозрачной жидкости с кристаллами холестерина
13. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является
- а) цистэктомия
 - б) криодеструкция
 - в) склерозирование
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
14. Основным методом лечения кист челюстей большого размера является
- а) цистотомия
 - б) цистэктомия
 - в) криодеструкция
 - г) частичная резекция челюсти
 - д) половинная резекция челюсти
15. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является

- а) прорастание кисты в полость носа
 - б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - в) небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - г) большие размеры (до 3 зубов в полости)
 - д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
016. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является
- а) прорастание кисты в полость носа
 - б) одиночная киста с одним корнем в полости
 - в) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
 - г) большие размеры (до 3 зубов в полости)
 - д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти
17. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- а) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - б) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
 - в) в полости ее находятся корни нескольких интактных зубов
18. Цистотомия проводится при радикулярной кисте челюсти, если
- а) прорастает в полость носа
 - б) прорастает в верхнечелюстную пазуху
 - в) она имеет небольшие размеры (до 3 зубов в полости)
19. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
- а) оттеснивших полость носа
 - б) нижней челюсти больших размеров
 - в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
20. Ороназальная цистотомия проводится при радикулярных кистах
- а) оттеснивших полость носа
 - б) нижней челюсти больших размеров
 - в) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
 - г) прорастающих в верхнечелюстную пазуху,
в полости которой находится несколько интактных зубов

ОТВЕТЫ

- | | |
|--------|--------|
| 01- б | 14 - а |
| 02 - в | 15 - в |
| 03 - б | 16 - б |
| 04 - д | 17 - в |
| 05 - д | 18 - а |
| 06 - д | 19 - г |
| 07 - в | 20 - г |
| 08 - в | |
| 09 - д | |
| 10 - д | |
| 11 - г | |
| 12 - д | |
| 13 - а | |

Раздел 2. Острый и хронический периостит. Одонтогенный остеомиелит челюсти

01. Причиной для развития периостита является
 - а) острый пародонтит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
02. Причиной для развития периостита является
 - а) альвеолит
 - б) ушиб мягких тканей лица
 - в) фиброма альвеолярного отростка
 - г) обострение хронического гайморита
 - д) перелом мышечкового отростка нижней челюсти
03. При периостите гнойный процесс локализуется
 - а) под кожей
 - б) под мышцей
 - в) под надкостницей
 - г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти
 - д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка
04. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится
 - а) на 2 день
 - б) на 3 день
 - в) на 4 день
 - г) после разреза
05. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует
 - а) удалить
 - б) запломбировать канал до вскрытия периоста
 - в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
 - г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста
06. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать
 - а) через неделю
 - б) сразу после удаления дренажа
 - в) после стихания воспалительных явлений
 - г) на третий день после удаления дренажа
07. Если причиной периостита является многокорневой зуб, его следует
 - а) удалить
 - б) запломбировать канал до вскрытия периоста
 - в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
 - г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста
08. Типичным клиническим признаком периостита является
 - а) асимметрия лица
 - б) подвижность всех зубов
 - в) затрудненное открывание рта
 - г) выбухание подъязычных валиков
 - д) гиперемия и отек переходной складки

09. В день обращения при периостите челюстей необходимо
- вскрыть гнойный очаг
 - начать иглорефлексотерапию
 - сделать новокаиновую блокаду
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - ввести внутримышечно дыхательные аналептики
10. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе
- окаймляющем угол нижней челюсти
 - в подподбородочной области по средней линии
 - слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
 - слизистой и надкостницы по переходной складке
 - в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти
11. В комплекс лечения острого периостита входит
- криотерапия
 - физиотерапия
 - химиотерапия
 - рентгенотерапия
 - электрокоагуляция
12. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс
- в лимфатических узлах
 - в слюнных железах
 - в периапикальных тканях
 - в верхнечелюстной пазухе
 - в месте перелома челюсти
13. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
- острый паротит
 - перелом челюстей
 - острый лимфаденит
 - обострение хронического периодонтита
 - обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма
14. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается
- в подвижности всех зубов на челюсти
 - в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
 - в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсана, подвижности зубов
 - в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки
15. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются
- подвижность всех зубов на челюсти
 - воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
 - муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
 - воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки

16. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- начать иглорефлексотерапию
 - госпитализировать больного
 - сделать новокаиновую блокаду
 - назначить физиотерапевтическое лечение
 - ввести внутримышечно дыхательные аналептики
17. "Причинный" зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- удалить
 - раскрыть
 - запломбировать
 - депульпировать
 - реплантировать
18. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием
- канамицин
 - ампициллин
 - линкомицин
 - пенициллин
 - эритромицин
19. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит
- лучевая терапия
 - седативная терапия
 - мануальная терапия
 - гипотензивная терапия
 - десенсибилизирующая терапия
20. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается
- в удалении причинного зуба
 - в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
 - в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
 - в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
 - в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух стороны, дренировании

ОТВЕТЫ

01 - а	07 - а	13 - д	19 - д
02 - а	08 - д	14 - в	20 - д
03 - в	09 - а	15 - в	
04 - г	10 - г	16 - б	
05 - г	11 - б	17 - а	
06 - в	12 - в	18 - в	

Раздел 3. Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи.

01. Верхней границей подвисочной ямки является
 - а) шиловидный отросток
 - б) бугор верхней челюсти
 - в) щечно-глоточная фасция
 - г) подвисочный гребень основной кости
 - д) наружная пластинка крыловидного отростка
 - е) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

02. Нижней границей височной области является
 - а) скуловая дуга
 - б) височная линия
 - в) чешуя височной кости
 - г) лобный отросток скуловой кости
 - д) подвисочный гребень основной кости

03. Нижней границей околоушно-жевательной области является
 - а) передний край m.masseter
 - б) нижний край скуловой дуги
 - в) нижний край тела нижней челюсти
 - г) задний край ветви нижней челюсти

04. Внутренней задней и нижней границей крыловидно-челюстного пространства является
 - а) щечно-глоточный шов
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
 - г) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы

05. Наружной границей окологлоточного пространства является
 - а) боковая стенка глотки
 - б) межкрыловидная фасция
 - в) подчелюстная слюнная железа
 - г) медиальная крыловидная мышца
 - д) боковые отростки предпозвоночной фасции

06. Верхней границей дна полости рта является
 - а) основание языка
 - б) заднее брюшко m.digastricus
 - в) кожа поднижнечелюстных областей
 - г) слизистая оболочка дна полости рта
 - д) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

07. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
 - а) височной
 - б) скуловой
 - в) щечной области
 - г) околоушно-жевательной
 - д) окологлоточного пространства

08. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
 - а) височной
 - б) скуловой

- в) щечной области
 - г) околоушно-жевательной
 - д) крыловидно-челюстного пространства
09. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- а) скуловой
 - б) подчелюстной
 - в) подглазничной
 - г) щечной области
 - д) околоушно-жевательной
10. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- а) скуловой
 - б) подчелюстной
 - в) подглазничной
 - г) щечной области
 - д) крыловидно-челюстного пространства
11. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) стафилококки
 - в) лучистые грибы
 - г) бледные спирохеты
 - д) туберкулезные микобактерии
12. Причиной для развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) зубов нижней челюсти
 - в) зубов верхней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области
13. Типичным клиническим признаком флегмоны дна полости рта является
- а) тризм
 - б) отек крыло-челюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечных областей
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных и подподбородочных областях
14. Флегмону дна полости рта необходимо дифференцировать
- а) с тризмом
 - б) с ангиной Людвига
 - в) с карбункулом нижней губы
 - г) с флегмоной щечной области
 - д) с флегмоной височной области
15. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс
- а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в околоушной слюнной железе
 - д) в крыловидно-челюстном пространстве
16. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне дна полости рта чаще всего бывает абсцесс

- а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в околоушной слюнной железе
 - д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
17. В день обращения при флегмоне дна полости рта необходимо
- а) вскрыть гнойный очаг
 - б) начать иглорефлексотерапию
 - в) сделать новокаиновую блокаду
 - г) назначить физиотерапевтическое лечение
 - д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики
18. Основным функциональным нарушением при флегмоне дна полости рта является
- а) ртоз
 - б) гипосаливация
 - в) затруднение глотания
 - г) парез язычного нерва
 - д) парез третьей ветви n. facialis
19. Возбудителями при флегмоне подподбородочной области чаще всего являются
- а) анаэробы
 - б) стафилококки
 - в) лучистые грибы
 - г) бледные спирохеты
 - д) туберкулезные микобактерии
20. Причиной для развития флегмоны крыловидно-челюстного пространства является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) третьих моляров
 - в) зубов верхней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области

ОТВЕТЫ

01 - г	11 - б
02 - д	12 - б
03 - в	13 - д
04 - г	14 - б
05 - г	15 - д
06 - г	16 - д
07 - д	17 - а
08 - а	18 - в
09 - д	19 - б
10 - д	20 - б

Раздел 4. Лимфадениты и аденофлегмоны лица и шеи.

01. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны
 - а) осложнениями
 - б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
 - в) скоростью нарастания симптомов интоксикации
 - г) выраженностью местных клинических проявлений
 - д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость
02. Аденофлегмоны развиваются по причине
 - а) абсцедирующего фурункула
 - б) периапикального воспаления
 - в) паренхиматозного сиалоаденита
 - г) распространения воспалительного процесса из других областей
 - д) распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла
03. Типичным клиническим признаком флегмоны подподбородочной области является
 - а) тризм
 - б) отек крыло-челюстной складки
 - в) отек и гиперемия щечных областей
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат и гиперемия тканей в подподбородочной области
04. Флегмону подподбородочной области дифференцируют
 - а) с тризмом
 - б) с абсцессом корня языка
 - в) с карбункулом нижней губы
 - г) с флегмоной щечной области
 - д) с флегмоной височной области
05. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс
 - а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в жевательной мышце
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в крыловидно-челюстном пространстве
06. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне подподбородочной области чаще всего бывает абсцесс
 - а) в щечной области
 - б) в подвисочной ямке
 - в) в подъязычной области
 - г) в жевательной мышце
 - д) в заднечелюстном и окологлоточном пространстве
07. В день обращения при флегмоне подподбородочной области необходимо
 - а) вскрыть гнойный очаг
 - б) начать инглорефлексотерапию
 - в) сделать но
08. Типичным клиническим признаком флегмоны околоушно-жевательной области является
 - а) отек верхнего века
 - б) отек крыло-челюстной складки

- в) отек и гиперемия щечной области
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат и гиперемия околоушно-жевательной области
09. Типичным клиническим признаком флегмоны подвисочной области является
- а) симптом "песочных часов"
 - б) отек губо-щечной складки и подподбородочной области
 - в) отек и гиперемия щечной области
 - г) гиперемия кожи в области нижней губы
 - д) инфильтрат мягких тканей в поднижнечелюстных
10. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается
- а) в интоксикации
 - б) в судорожной готовности
 - в) в респираторном синдроме
 - г) в гипертоническом синдроме
 - д) в почечной недостаточности
11. Общесоматическая симптоматика при флегмоне подвисочной области заключается
- а) в болевом синдроме
 - б) в судорожной готовности
 - в) в респираторном синдроме
 - г) в гипертоническом синдроме
 - д) в почечной недостаточности
12. Возбудителями при флегмоне височной области чаще всего являются
- а) стафилококки
 - б) лучистые грибы
 - в) бледные спирохеты
 - г) факультативные анаэробы
 - д) туберкулезные микобактерии
13. Возбудителями при флегмоне щечной области чаще всего являются
- а) лучистые грибы
 - б) бледные спирохеты
 - в) облигатные анаэробы
 - г) факультативные анаэробы
 - д) туберкулезные микобактерии
14. Одонтогенной причиной для развития флегмоны щечной области является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) зубов верхней челюсти
 - в) лимфоузлов щечной области
 - г) лимфоузлов околоушной области
 - д) травмы слизистой оболочки щеки
15. Наиболее частой неodontогенной причиной для развития флегмоны щечной области является
- а) фурункул нижней губы
 - б) лимфаденит околоушной области
 - в) травмы слизистой оболочки щеки
 - г) лимфаденит поднижнечелюстной области
 - д) острый периодонтит зубов нижней челюсти

16. Наиболее частой неodontогенной причиной для развития флегмоны щечной области является
- фурункул нижней губы
 - лимфаденит щечной области
 - лимфаденит околоушной области
 - лимфаденит поднижнечелюстной области
 - острый периодонтит зубов нижней челюсти
17. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
- асимметрия лица
 - гиперемия и инфильтрат щеки
 - затрудненное открывание рта
 - отек крыло-челюстной складки
 - выбухание подъязычных валиков
18. Типичным клиническим признаком флегмоны щечной области является
- асимметрия лица
 - затрудненное открывание рта
 - отек верхнего и нижнего века
 - отек крыло-челюстной складки
 - выбухание подъязычных валиков
19. Флегмону щечной области необходимо дифференцировать
- с тризмом
 - с карбункулом нижней губы
 - с флегмоной дна полости рта
 - с флегмоной височной области
 - с подмассетеральным абсцессом

ОТВЕТЫ

01 – д	08 - д	15 - в
02 – д	09 - а	16 - б
03 - д	10 - а	17 - б
04 - б	11 - а	18- в
05 - г	12 - г	19 - д
06 - в	13 - г	
07 - а	14 - г	

Раздел 5. Осложнения абсцессов и флегмон ЧЛЮ

01. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть
 - а) ксеростомия
 - б) выворот век
 - в) потеря зрения
 - г) парез лицевого нерва
02. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
 - а) паротит
 - б) медиастенит
 - в) флебит угловой вены
 - г) парез лицевого нерва
 - д) гематома мягких тканей
03. Серьезным осложнением флегмон верхних отделов лица является
 - а) паротит
 - б) медиастенит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) гематома мягких тканей
 - д) тромбоз синусов головного мозга
04. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является
 - а) паротит
 - б) медиастенит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) гематома мягких тканей
 - д) тромбоз синусов головного мозга
05. Показанием для проведения блокад по Вишневскому является
 - а) отек
 - б) инфильтрат
 - в) эмпиема верхнечелюстной пазухи
 - г) инфильтрат с признаками абсцедирования
06. Для ускорения абсцедирования назначают
 - а) парафинотерапию
 - б) грязевые аппликации
 - в) УВЧ в нетепловой дозе
 - г) УВЧ в слаботепловой дозе
 - д) УВЧ в субэритемных дозах
07. Для ускорения очищения гнойной раны назначают
 - а) УВЧ
 - б) массаж
 - в) электрофорез
 - г) гальванизацию
 - д) флюктуаризацию
08. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
 - а) в клыковой ямке
 - б) в щечной области
 - в) в ретромолярной области
 - г) в подподбородочной области
 - д) в поднижнечелюстной области
09. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области

- чаще всего бывает абсцесс
- а) в клыковой ямке
 - б) в щечной области
 - в) в крыло-небной ямке
 - г) в подподбородочной области
 - д) в поднижнечелюстной области
10. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне височной области чаще всего бывает абсцесс
- а) в клыковой ямке
 - б) в щечной области
 - в) в подподбородочной области
 - г) в поднижнечелюстной области
 - д) в крыловидно-челюстном пространстве
11. Возбудителями при ангине Людвига являются
- а) бледные спирохеты
 - б) туберкулезные микобактерии
 - в) стафилококки, стрептококки
 - г) лучистые грибы, стафилококки
 - д) факультативные анаэробы, гемолитический стрептококк
12. Одонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) зубов верхней челюсти
 - в) моляров нижней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области
13. Неодонтогенной причиной для развития ангины Людвига является воспалительный процесс в области
- а) верхней губы
 - б) небных миндалин
 - в) зубов верхней челюсти
 - г) лимфоузлов щечной области
 - д) лимфоузлов околоушной области
14. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) окологлоточное пространство
15. При ангине Людвига поражаются клетчаточные пространства
- а) клыковой ямки
 - б) щечной области
 - в) височной области
 - г) околоушно-жевательной области
 - д) крыловидно-челюстного пространства
16. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является поражение
- а) височной и подвисочной областей
 - б) височной, щечной областей и клыковой ямки
 - в) всех клетчаточных пространств дна полости рта

- г) крыло-небной, височной и подвисочной областей
- д) крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

17. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) гнилостно-гангренозная флегмона дна полости рта
- б) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
- в) вид рожистого воспаления слизистой оболочки полости рта
- г) обильное гнойное отделяемое после вскрытия гнойного очага
- д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

18. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) выраженная интоксикация
- б) отсутствие интоксикации
- в) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
- г) ограниченный воспалительный инфильтрат корня языка
- д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

19. Характерной особенностью клинической картины ангины Людвига является

- а) свободное открывание рта
- б) затруднение дыхания, открывания рта
- в) отсутствие интоксикации и повышения температуры
- г) наличие четких границ воспалительного инфильтрата
- д) разлитой воспалительный инфильтрат крыло-небной, височной, подвисочной и крыло-челюстной областей

ОТВЕТЫ

01 – в	08 - в	15 – д
02 – в	09 – в	16 – в
03 - д	10 – д	17 – а
04 - б	11 - д	18 - а
05 - б	12 - в	19 - б
06 - г	13 - б	
07 - д	14 - д	

Раздел 6. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области.

01. Возбудителем актиномикоза являются
 - а) стафилококки
 - б) стрептококки
 - в) лучистые грибы
 - г) кишечные клостридии
 - д) туберкулезные микобактерии

02. Актиномикоз является
 - а) пороком развития
 - б) дистрофическим процессом
 - в) опухолеподобным процессом
 - г) специфическим воспалительным заболеванием
 - д) неспецифическим воспалительным заболеванием

03. Лучистые грибы распространяются
 - а) аутогенно
 - б) гематогенно
 - в) внутрикостно
 - г) контактно
 - д) воздушно-капельным путем

04. Лучистые грибы распространяются
 - а) лимфогенно
 - б) гематогенно
 - в) внутрикостно
 - г) контактно
 - д) воздушно-капельным путем

05. Диагноз "актиномикоз" устанавливается на основании
 - а) цитологического исследования
 - б) рентгенологических данных
 - в) клинического анализа крови
 - г) серологического исследования
 - д) исследования гормонального статуса

06. Клиническая картина актиномикоза мягких тканей лица заключается
 - а) в гиперемии кожи
 - б) во множестве свищей на неизменной коже
 - в) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности без четких границ
 - г) в воспалительном инфильтрате деревянистой плотности с четкими границами

07. Наиболее часто поражаются актиномикозом области
 - а) шеи
 - б) подбородочная
 - в) подподбородочная
 - г) височная, скуловая
 - д) поднижнечелюстная, щечная, околоушно-жевательная

08. Для постановки диагноза актиномикоз необходимо провести
 - а) серологическую реакцию.
 - б) анализ мочи.
 - в) кожно-аллергическую реакцию.
 - г) общий анализ крови.

09. Типичной зоной поражения нижней челюсти туберкулезом является
- ветвь нижней челюсти.
 - мышечковый отросток.
 - угол нижней челюсти
 - тело нижней челюсти
10. Наиболее характерен для туберкулезного поражения следующий набор признаков
- вялое начало заболевания; отсутствие болевого синдрома; хронический лимфаденит; лимфатические узлы спаяны в пакеты; наличие свища со скудным зеленоваты отделяемым с творожистым комочками
 - острое начало заболевания; в полости рта гангренозный зуб; накануне зуб болел; в подчелюстной области пальпируется плотный болезненный инфильтрат; температура 38.5°C
 - медленное развитие воспалительного процесса; отсутствие причинного зуба; кожа плотно спаяна с инфильтратом в околоушно-жевательной области; хронический лимфаденит; в центре инфильтрата пальпируется размягчение
 - медленное развитие воспалительного процесса; в полости рта гангренозный зуб; лимфаденит поднижнечелюстных лимфатических узлов; из свищевого хода выбухает грануляционная ткань, свищ ведет в ткани щеки; от причинного зуба к инфильтрату тянется плотный тяж под слизистой оболочкой переходной складки
11. Типичный путь попадания бледной спирохеты в организм человека
- через ссадины или царапины на коже или слизистой оболочке
 - через одонтогенный очаг воспаления
 - через гангренозный зуб
 - через патологический зубо-десневой карман
12. Типичный путь распространения спирохеты в организме
- по лимфатическим сосудам
 - по венозным сосудам
 - по артериальной системе
 - по протяженности
13. Время появления твердого шанкра от момента внедрения бледной спирохеты
- 2-4 недели
 - 1 неделя
 - 5-6 недель
 - 7-8 недель
14. Для сифилитической язвы или эрозии в полости рта характерно
- наличие плотного инфильтрата на нижней губе; имеется язвенная поверхность размером 0.5×1 см; язва как бы приподнята над окружающими тканями; нет болезненности; подчелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, безболезненны
 - наличие эрозивно-язвенной поверхности на слизистой нижней губы; в анамнезе слизистой нижней губы острая форма воспаления в области травмы; слизистая травмирована острым краем отколывшегося зуба; нет склероденита
 - эрозивное поражение на слизистой нижней губы; основание инфильтрата на очень плотное; отмечается некоторое увеличение лимфатических узлов; некоторое уплотнение лимфатических узлов
 - язва поражает ткани губы на значительную глубину; появилась на губе около 6 месяцев назад; дно язвы покрыто некротической массой; пальпация нижней губы безболезненна; в подчелюстной области лимфатические узлы одиночные, плотные, с окружающими тканями спаяны
15. Для постановки диагноза "сифилис" необходимо сделать

- а) анализ крови на реакцию Вассермана
- б) общий анализ мочи
- в) анализ крови
- г) анализ крови на свертывающую систему

16. Серореакция становится положительной

- а) с 6-й недели заболевания
- б) с 2-3-й недели заболевания
- в) с 4-5-й недели заболевания
- г) с 1-й недели заболевания

ОТВЕТЫ

- 01 – в
- 02 – г
- 03 – а
- 04 – а
- 05 – а
- 06 – в
- 07 – д
- 08 – в
- 09 – а,г
- 10 – а
- 11 – а
- 12 – а
- 13 – а
- 14 – а
- 15 – а
- 16 – в

Раздел 7. Физиотерапия при воспалительных процессах ЧЛЮ

001. В методиках гальванизации при электрофорезе применяется
- постоянный ток
 - переменный ток
002. Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе
- с положительного полюса
 - с отрицательного полюса
003. Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе
- с положительного полюса
 - с отрицательного полюса
004. К диадинамическому току относится
- однотактный непрерывный ток
 - двухтактный непрерывный ток
 - прерывистый ритмичный ток
 - все вышеперечисленные
005. В основе диадинамических токов лежат следующие механизмы болеутоляющего действия
- снижение рН внутритканевой жидкости
 - нервно-рефлекторные механизмы
 - раздражение вегетативных образований
006. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет
- направленного колебания ионов, дипольных и полярных молекул
 - межтканевой жидкости
 - механического перемещения тканей
007. В основу образования ультразвука положен принцип
- высокочастотных колебаний электрического поля
 - магнитострикционного эффекта пьезоэлектрических датчиков
008. На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?
- в клетках микробов нарушается обмен нуклеиновых кислот
 - бактерии гибнут от повышения температуры в тканях
009. Магнитотерапия при переломах назначается
- на 1-2-й день
 - на 2-3-й день
 - на 4-5-й день
010. Магнитотерапия назначается больным с воспалительными процессами после вскрытия
- с 1-2-го дня
 - с 3-4-го дня
011. Напряженность магнитного поля измеряется
- в теслах
 - в амперах
 - в вольтах
012. Интенсивность ультразвуковых колебаний измеряется
- в ваттах

- б) в теслах
- в) в амперах

013. Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов ультразвук назначается

- а) сразу после операции
- б) через 3-5 дней после операции
- в) через 4-6 дней после снятия швов

014. Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после вскрытия начинается

- а) с 1-3-го дня
- б) с 4-6-го дня
- в) с 7-10-го дня

ОТВЕТЫ

001 - а	004 - г	007 - а	010 - б	013 - б
002 - а	005 - б	008 - а	011 - а	014 - а
003 - б	006 - а	009 - в	012 - а	

Раздел 8. Воспалительные заболевания слюнных желез.

01. Ведущую роль в развитии острого сиалоаденита играет
 - а) острый стоматит
 - б) синдром Олбрайта
 - в) рефлекторная гипосаливация
 - г) рефлекторная гиперсаливация
02. Клиническая картина острого сиалоаденита характеризуется
 - а) синдром Олбрайта
 - б) незначительным уплотнением железы
 - в) болью, увеличением железы, гипосаливацией
 - г) болью, увеличением железы, гиперсаливацией
03. Слюна при остром сиалоадените
 - а) прозрачная, вязкая
 - б) прозрачная, жидкая
 - в) мутная, вязкая
04. Лечение острого сиалоаденита заключается
 - а) во вскрытии очага воспаления
 - б) в удалении пораженной железы
 - в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
 - г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления
05. Стимулирует слюноотделение
 - а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый кальций
06. Подавляет слюноотделение
 - а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый калий
07. Противовоспалительный препарат, обладающий тропностью к железистой ткани
 - а) атропин
 - б) пилокарпин
 - в) хлоргексидин
 - г) йодистый калий
 - д) хлористый калий
08. Лечение эпидемического паротита заключается
 - а) в лучевой терапии
 - б) в дезинтоксикационной
 - в) в бужировании протоков
 - г) в контрастной сиалографии
09. Местными осложнениями эпидемического паротита является
 - а) проктит
 - б) менингит

- в) невралгия
 - г) образование конкрементов
 - д) гнойное расплавление железы
10. Местными осложнениями эпидемического паротита является
- а) проктит
 - б) менингит
 - в) невралгия
 - г) абсцедирование
 - д) образование конкрементов
11. К хроническим воспалительным заболеваниям слюнных желез относится
- а) болезнь Шегрена
 - б) болезнь Микулича
 - в) эпидемический паротит
 - г) паренхиматозный сиалоаденит
12. Ведущую роль в развитии хронического сиалоаденита играет
- а) острый стоматит
 - б) синдром Олбрайта
 - в) рефлекторная гиперсаливация
 - г) снижение секреторной функции
13. Хронический паренхиматозный сиалоаденит характеризуется
- а) расплавлением стромы
 - б) тотальным отеком паренхимы
 - в) образованием мелких гнойных полостей
 - г) разрастанием межклеточной соединительной ткани
14. Хронический интерстициальный сиалоаденит характеризуется
- а) расплавлением стромы
 - б) тотальным отеком паренхимы
 - в) образованием мелких гнойных полостей
 - г) разрастанием межклеточной соединительной ткани
15. При сиалодохитах характерно поражение
- а) стромы железы
 - б) паренхимы железы
 - в) системы выводных протоков
 - г) внутрижелезистых лимфоузлов
16. Клиническая картина обострения паренхиматозного сиалоаденита характеризуется
- а) незначительным уплотнением железы
 - б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
 - в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
 - г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
17. Слюна при обострении паренхиматозного сиалоаденита
- а) прозрачная
 - б) с примесью гноя
18. Основным клиническим признаком калькулезного сиалоаденита является
- а) боль в железе
 - б) гипосаливация
 - в) гиперсаливация
 - г) воспаление устья протока

д) припухание железы во время приема пищи

19. Контрастная сиалограмма паренхиматозного сиалоаденита характеризуется

- а) расширением главного протока
- б) сужением протоков всех порядков
- в) множественными полостями в железе
- г) ампульным расширением протоков II-III порядка

20. Контрастная сиалограмма интерстициального сиалоаденита характеризуется

- а) расширением главного протока
- б) сужением протоков всех порядков
- в) множественными полостями в железе
- г) ампульным расширением протоков II-III порядка

ОТВЕТЫ

- | | |
|---------|---------|
| 01 - в | 013 - в |
| 02 - в | 014 - г |
| 03 - в | 015 - а |
| 04 - г | 016 - б |
| 05 - б | 017 - б |
| 06 - а | 018 - д |
| 07 - г | 019 - в |
| 08 - б | 020 - б |
| 09 - д | |
| 010 - г | |
| 011 - г | |
| 012 - г | |

Раздел 9. Одонтогенный гайморит

01. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении
- 21┘12
 - 321┘123
 - 87654┘45678
 - 87654^А45678
02. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- носовое кровотечение
 - кровотечение из лунки
 - перелом альвеолярного отростка
 - выделение из лунки пенистой крови
03. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании
- жалоб больного
 - клинических данных
 - рентгенологической картины
 - клинико-рентгенологической картины
04. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении
- его низким стоянии
 - удалении 21┘12
 - удалении 321┘123
 - удалении 87654^А45678
05. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является
- носовое кровотечение
 - кровотечение из лунки
 - перелом альвеолярного отростка
 - положительный симптом нагрузки
 - положительная носо-ротовая проба
06. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо
- провести гайморотомию
 - динамическое наблюдение
 - промыть пазуху антисептиком
 - укрыть лунку йодоформным тампоном
 - закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
07. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо
- провести гайморотомию
 - динамическое наблюдение
 - промыть пазуху антисептиком
 - укрыть лунку йодоформным тампоном
 - закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки
08. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано
- физиотерапия
 - гайморотомия
 - иссечение свища
 - промывание пазухи антисептиком
 - гайморотомия с одномоментной пластикой свища

09. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани
- а) филатовского стебля
 - б) слизистой оболочки щеки
 - в) слизистой оболочки верхней губы
 - г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка
 - д) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и щеки
10. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают
- а) obturatorом
 - б) защитной пластинкой
 - в) йодоформным тампоном
 - г) мостовидным протезом
 - д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой
11. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является
- а) тризм
 - б) носовое кровотечение
 - в) деформация скуловой области
 - г) парез краевой ветви n. facialis
12. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является
- а) тризм
 - б) расхождение швов
 - в) деформация скуловой области
 - г) парез краевой ветви n. facialis
13. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают
- а) массаж
 - б) лазеротерапию
 - в) иглорефлексотерапию
 - г) чрескожную электро-нейростимуляцию

ОТВЕТЫ

- | | |
|--------|--------|
| 01 - в | 08 - д |
| 02 - г | 09 - д |
| 03 - г | 10 - д |
| 04 - а | 11 - б |
| 05 - д | 12 - б |
| 06 - г | 13 - б |
| 07 - д | |

Раздел 10. Особенности воспалительных процессов ЧЛЮ у детей

01. Неотложная помощь ребенку с острым одонтогенным остеомиелитом заключается в
- хирургической помощи в полном объеме
 - антибактериальной терапии
 - десенсибилизирующей терапии
 - противовоспалительной терапии
02. При остром остеомиелите причинный временный однокорневой зуб удаляется
- по показаниям
 - всегда
 - никогда
03. У детей преобладает остеомиелит челюстных костей этиологии
- посттравматической
 - гематогенной
 - специфической
 - одонтогенной
04. Одонтогенный остеомиелит у детей наблюдается чаще в области челюсти
- нижней
 - верхней
 - с одинаковой частотой
05. При остром остеомиелите причинный постоянный многокорневой зуб у детей удаляется
- по показаниям
 - всегда
 - никогда
 - по настоянию родителей
06. При остром остеомиелите причинный зуб 3.5 у ребенка 16 лет
- удаляется по показаниям
 - однозначно удаляется
 - подлежит эндодонтическому лечению
 - подлежит динамическому наблюдению
07. Подвижность причинного и соседних интактных зубов, субпериостальные абсцессы с обеих сторон альвеолярного отростка, околочелюстная флегмона — характерные симптомы
- острого серозного периостита
 - острого остеомиелита
 - хронического оссифицирующего периостита
 - острого гнойного периостита
08. Для острого одонтогенного остеомиелита у детей характерны следующие клинические симптомы
- септический характер температуры
 - состояние удовлетворительное
 - подвижны причинный и соседние зубы
 - околочелюстная флегмона
 - температура субфебрильная
09. Для острого одонтогенного остеомиелита у детей характерны следующие клинические симптомы
- коллатеральный отек прилежащих мягких тканей лица
 - общее состояние удовлетворительное
 - околочелюстная флегмона

- г) поднадкостничные абсцессы с обеих сторон альвеолярного отростка
д) общее состояние тяжелое
10. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является
- а) острый паротит
 - б) перелом челюсти
 - в) острый лимфаденит
 - г) снижение реактивности организма
 - д) травма плохо изготовленным протезом
11. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является воспалительный процесс
- а) в лимфатических узлах
 - б) в слюнных железах
 - в) в периапикальных тканях
 - г) в верхнечелюстной пазухе
 - д) в месте перелома челюсти
12. Признаки, характерные для анамнеза острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, является
- а) заболевание развивается медленно, в течение месяца
 - б) острое начало
 - в) повышение температуры тела
 - г) наличие кариозно разрушенного зуба
 - д) верно б), в), г)
13. Объективными признаками, характерными для клиник острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти, являются
- а) кожные покровы области проекции тела нижней челюсти гиперемированы, напряжены
 - б) имеется равномерная отечность мягких тканей около нижней челюсти
 - в) периостальная реакция выражена со стороны преддверия рта
 - г) имеется симптом Венсена на стороне поражения
 - д) подвижность и изменение перкуторного звука группы зубов, расположенных рядом с кариозно разрушенным
14. Для острого одонтогенного остеомиелита нижней области характерно
- а) гиперемия кожных покровов в области проекции тела нижней челюсти; ограничение открывания рта; повышение температуры тела; снижение слуха; локальная боль в области кариозно разрушенного зуба
 - б) отечность мягких тканей в области тела нижней челюсти; повышение температуры тела; выраженная периостальная реакция с вовлечением в процессе надкостницы с язычной и вестибулярной стороны; положительный симптом Венсена на стороне поражения; подвижность группы зубов, расположенных рядом с причинным, притупление их перкуторного звука
 - в) повышение температуры тела; сглаженность переходной складки; отечность мягких тканей в области проекции тела нижней челюсти; наличие кариозно разрушенного зуба на стороне поражения; болезненность рядом расположенных зубов при перкуссии
 - г) плотный болезненный инфильтрат мягких тканей в области проекции угла нижней челюсти; резкая гиперемия кожи; воспалительная контрактура нижней челюсти; кариозно разрушенный U_8 зуб; сглаженность и гиперемия по переходной складке
 - д) отечность околочелюстных мягких тканей; ощущение соленого во рту; повышение температуры тела; ограничение открывания рта; гиперемия слизистой полости рта на стороне поражения; ограничение открывания рта
15. Всегда ли острый остеомиелит переходит в хроническую стадию?
- а) да

б) нет

16. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти заключается
- а) в подвижности всех зубов на челюсти
 - б) в болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
 - в) в ознобах, повышении температуры тела до 40°C, симптоме Венсена, подвижности зубов
 - г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки
17. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются
- а) подвижность всех зубов на челюсти
 - б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
 - в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсена, подвижность зубов
 - г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
18. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо
- а) начать иглорефлексотерапию
 - б) госпитализировать больного
 - в) сделать новокаиновую блокаду
 - г) назначить физиотерапевтическое лечение
 - д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

ОТВЕТЫ

- 1 – 1
- 2 - 2
- 3 - 4
- 4 - 1
- 5 - 2
- 6 - 2
- 7 - 2
- 8 - 1,3,4
- 9 - 3,4,5
- 10 – 4
- 11 – 3
- 12 - 5
- 13 - 4
- 14 - 2
- 15 – 1
- 16 – 3
- 17 – 3
- 18 – 2

ЗАДАНИЯ ДЛЯ РАБОТЫ НА СИМУЛЯТОРАХ

Раздел 1

На практическом занятии будет отрабатываться навык проведения операции резекции верхушки корня на биологических моделях челюстей.

Раздел 2

На практическом занятии будет проводиться удаление различных групп зубов с использованием симуляторов.

Раздел 3

На практическом занятии будет отрабатываться навык проведения операции гемисекция на биологических моделях челюстей.

Раздел 4

На практическом занятии будет проводиться периостотомия в области различных зубов на биологических моделях челюстей.

Раздел 5

На практическом занятии будет отрабатываться навык проведения операции реплантации зубов на биологических моделях челюстей.

Раздел 6

На практическом занятии будет отрабатываться навык проведения операции ампутации корня зуба на биологических моделях челюстей.

Раздел 7

На практическом занятии будет отрабатываться навык проведения операции коронаро-радикулярная сепарация зуба на биологических моделях челюстей.

Раздел 8

На практическом занятии будет проводиться удаление различных групп зубов с использованием симуляторов.

Раздел 9

На практическом занятии будет проводиться периостомия в области различных зубов на биологических моделях челюстей.

Раздел 10

На практическом занятии будет проводиться удаление различных групп временных зубов с использованием симуляторов.

КЕЙС-ЗАДАЧИ

Раздел 1. Острый и хронический периодонтит. Клиника, диагностика, лечение. Зубосохраняющие операции. Воспалительные кисты челюстей.

Задача № 1.

Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодически возникающую припухлость в области 22. Местно: отмечается незначительная болезненность при перкуссии 22, глубокая кариозная полость, при ЭОД не реагирует. При рентгенологическом исследовании: канал корня 22 запломбирован, в области верхушки которого имеется разрежение костной ткани с четкими границами, размером 0,5х0,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие подготовительные мероприятия необходимо провести перед операцией?
3. Какая операция показана в данном случае и техника ее выполнения?

Задача № 2.

Больная, 40 лет, обратилась с просьбой сохранить 26, так как он является ½ опорой мостовидного протеза от 23 до 26. Местно: на слизистой почке на уровне медиального щечного корня имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании 26 определяется тень пломбировочного материала в небном и дистальном корнях на всем протяжении, у медиального щечного корня имеется такая же тень у устья канала, а в области верхушки этого корня отмечается разрежение костной ткани без четких границ, размером 0,3х0,2 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Каким хирургическим методом можно сохранить 26?

Задача № 3.

Больная, 42 лет, обратилась с жалобами на наличие свищевого хода в области 21. Зуб ранее лечен, изменен в цвете. Местно: на уровне верхушки корня 21 имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании 21 отмечается тень пломбировочного материала на протяжении ½ длины корня, у верхушки определяется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,4х0,5 см.

1. Поставьте диагноз.
2. Возможно ли сохранение 21?
3. Выберите метод оперативного вмешательства и опишите технику его выполнения.

Задача № 4.

Больной, 30 лет направлен врачом – ортопедом с рекомендацией хирургического лечения и сохранения 46 для последующего протезирования. Местно: 46 неподвижен, на рентгенограмме дистальный корень запломбирован до верхушки, медиальный корень запломбирован на 1/3, у его верхушки имеется разрежение размером 0,3 на 0,4 округлой формы.

1. Поставьте диагноз
2. Какая операция показана в данном случае?

Задача № 5.

Пациентка 24 года обратилась с жалобами на периодические боли в области нижней челюсти справа. Боли появились после лечения зуба 46 по поводу осложненного кариеса. Объективно: лицо симметрично, рот открывается свободно, зуб 46 под временной пломбой, зондирование и перкуссия безболезненны, на слизистой нижней челюсти с язычной стороны в области зуба 46 свищ с гнойным отделяемым. На рентгенограмме каналы зуба 46 запломбированные до верхушки. В области бифуркации корней разрежение костной ткани до 4 мм.

1. Диагноз, план лечения.

Раздел 2. Острый и хронический периостит. Одонтогенный остеомиелит челюсти

Задача № 1.

Больной, 37 лет, предъявляется жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $37,3^{\circ}\text{C}$. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть 36 частично разрушена, 36 неподвижен. Перкуссия безболезненна, переходная складка в области 36,37 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.

Задача № 2.

Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области в нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение двух дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $38,3^{\circ}\text{C}$. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть 45 частично разрушена, 45 неподвижен. Перкуссия слабо болезненна. Переходная складка в области 45,46 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части 45 частично разрушены, перкуссия слабо болезненна. На альвеолярном отростке в области проекции верхушек корней 45 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.

Задача № 3.

Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $37,0^{\circ}\text{C}$. В полости рта: коронковые части 76 частично разрушены, определяется подвижность второй степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 76 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обоснование необходимо провести дополнительно?

Задача № 4.

Больной, 45 лет, предъявляет жалобы на боли в области верхней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$. В полости рта: коронковая часть 26 частично разрушена, 26 неподвижен. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 27, 26 выбухает, гиперемирована. На верхней челюсти коронковые части 21 частично разрушены, перкуссия безболезненна. На альвеолярном отростке в проекции верхушки корня 22 определяется свищевой ход.

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

Задача № 5.

Больной 28 лет обратился с жалобами на боли в верхней челюсти справа, болен 4 дня, температура $37,8$, отмечает головные боли, слабость, потерю аппетита.

Объективно: асимметрия лица за счет отека мягких тканей щечной области справа, кожа гиперемированна, в полости рта зуб 22,25 коронка разрушена полностью, перкуссия безболезненна, слизистая гиперемированна, отечна. По переходной складке в области 22, 25 инфильтрат 2 см, определяется флюктуация.

1. Диагноз, план лечения.

Раздел 3. Топографическая анатомия челюстно-лицевой области. Абсцессы и флегмоны лица и шеи

Задача № 1.

Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянные ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывания рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 17,18 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространились на всю правую половину головы, прогрессировало ограничение открывания рта, нарастали боли при глотании.

Объективно: кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, на вопросы врача отвечает вяло. Температура тела при поступлении 41,2°C. Определяется отек мягких тканей в височной и околоушно-жевательной областях справа (симптом "песочных часов"), а также отек верхнего и нижнего век правого глаза. Кожа правой височной области в цвете не изменена, однако при пальпации в толще височной мышцы определяется резко болезненный, плотный, с нечеткими контурами воспалительный инфильтрат. Флюктуации не определяется. Открывание рта невозможно, отмечаются лишь незначительные резко болезненные боковые движения нижней челюсти. В полости рта слизистая оболочка переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 16 и отсутствующих 18, 17 гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Также наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа.

1. Поставьте диагноз, укажите основные клинические симптомы, на основании которых поставлен диагноз.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага.
4. Укажите особенности данного оперативного вмешательства.

Задача № 2.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Также беспокоят боли при глотании, отмечается ограничение открывания рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 17. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течение четырех дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единственный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в позадичелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре - коронковая часть 17 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 16,17,18, отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом обследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

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

Задача № 3.

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на постоянные ноющие, тупые боли в левой височной области, припухлость в той же области, ограничение открывания рта, болезненность при движении нижней челюсти, более выраженную при боковых движениях, головные боли, общую слабость, недомогание. Из анамнеза выявлено, что два месяца назад на производстве получил травму: удар в теменную и височную области слева тупым металлическим предметом (металлическая деталь). Травма сопровождалась разрывом мягких тканей. С диагнозом: рвано-ушибленная рана теменно-височной области, сотрясение головного мозга госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Произведена первичная хирургическая обработка, ушивание раны, лечение сотрясения. Повреждение костей черепа не было выявлено. После проведенного лечения выписан, однако сохранились жалобы на припухлость в височной области, слабо болезненную при пальпации. Беспокоило также незначительное ограничение открывания рта. В течение всего последующего времени температура тела держалась в пределах субфебрильных цифр, часто беспокоили головные боли, однако, больной к врачу не обращался. Неделию назад боли в височной области стали усиливаться, припухлость увеличивалась, прогрессировало ограничение открывания рта. Больной обратился в районную поликлинику к невропатологу. Там же был проконсультирован: хирургом и стоматологом. Направлен в челюстно-лицевой стационар. Объектно: определяется умеренно-болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат с нечеткими границами в левой височной области. Кожа над ним слабо гиперемирована, синюшна, в складку не собирается. В передне-верхних отделах височной области определяется небольшой участок флюктуации. Кожа над ним резко гиперемирована, истончена. Открывание рта до 2 см, болезненное. Боковые движения нижней челюсти ограничены, болезненны. При рентгенологическом исследовании костей черепа в области левой височной кости определяются несколько участков разрежения костной ткани от 0,5 до 1,0 см. Четкость контуров различная. Внутри участков разрежения определяются участки костной ткани, похожие на тени формирующихся и сформированных секвестров.

1. Поставьте диагноз, проведите его обоснование.
2. Составьте план лечения.
3. Укажите анатомические границы височной области.

Задача № 4.

Больной, 42 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной, разлитой припухлости в подбородочной и поднижнечелюстной областях, затрудненное, резко болезненное открывание рта, болезненность при разговоре, глотании, движении языком, затрудненное дыхание, резко выраженную общую слабость, недомогание, озноб. Заболевание началось два дня назад, после переохлаждения: появилась незначительная припухлость и болезненность в правой поднижнечелюстной области. симптомы быстро нарастали. В анамнезе: аллергическая реакция на анестетики и большинство антибиотиков. Объективно: положение больного вынужденное: сидит, подавшись вперед и немного опустив голову. Рот полуоткрыт, вытекает слюна. Температура тела 39,4⁰С. Несколько заторможен, речь невнятная. Определяется обширный, резко болезненный воспалительный инфильтрат без четких границ, занимающий две поднижнечелюстные и подподбородочную области. Кожа над инфильтратом гиперемирована, блестит, в складку не собирается. Дыхание хриплое. Открывание рта до 2,0 см, резко болезненное. При внутриротовом осмотре язык приподнят, отечен, движения его ограничены, резко болезненны. Имеется большое количество серого зловонного налета. Слизистая оболочка подъязычной области и челюстно-язычных желобков гиперемирована, отечна, болезненна, выбухает в виде валиков над уровнем альвеолярного отростка. Коронки 37, 36; 34,35,36 разрушены.

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины возникновения заболевания.
3. Составьте план обследования и лечения.
4. Укажите вид обезболивания, под которым планируется проведение оперативного вмешательства.

Задача № 5.

Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит также затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастали, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 37 по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление зуба припухлость увеличивалась, боли и симптомы нарушения функций нарастали. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар.

Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5⁰С. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ними 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 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обоих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 37 заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фиброзным налетом. На ортопантограмме в области лунки 37 патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 37 определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы.

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

Раздел 4. Лимфадениты и аденофлегмоны лица и шеи

Задача № 1.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости в подбородочной области, ограниченное, болезненное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела до 37,5-38,0⁰С. Из анамнеза выявлено, что в течение полугода больной обращал внимание на наличие болезненного опухолевидного образования, размером около 1,5x1,5 см в диаметре в подбородочной области. После перенесенного неделю назад простудного заболевания новообразование стало увеличиваться, появилась болезненность. Постепенно сформировалась разлитая, резко болезненная припухлость. Обратился к стоматологу по месту жительства. Направлен в стоматологический стационар, где поставлен диагноз: флегмона подбородочной области.

1. На основании каких клинических симптомов поставлен такой диагноз?
2. Каких сведений не хватает для постановки достоверного диагноза?
3. Что могло послужить причиной развития флегмоны?
4. Составьте план лечения в зависимости от возможного полного диагноза.

Задача № 2.

Больному, 52 лет, две недели назад в поликлинике по месту жительства произведено удаление 41,31 по поводу хронического пародонтита третьей-четвертой степеней. Больной также обратил внимание врача на припухлость в подбородочной области, поставлен диагноз: хронический лимфаденит. Лечение не проводилось. Неделю назад припухлость начала увеличиваться, появилась болезненность. Была назначена противовоспалительная терапия, однако, улучшения не последовало. Симптомы нарастали. Направлен на консультацию и лечение в клинику хирургической стоматологии, при осмотре обнаружен резко болезненный инфильтрат в подбородочной области. Лунки ранее удаленных 41,31 заполнены организующимися кровяными сгустками. Пальпация в этой области безболезненная. При рентгенологическом исследовании

обнаружены участки резорбции костной ткани и костные карманы в области 37,36, 46. Также обнаружены ретенированные и дистопированные 48,38, располагающиеся в области ветвей нижней челюсти справа и слева. Патологических изменений в области лунок удаленных 41,31 не обнаружено.

1. Каких сведений не достаает для постановки диагноза?
2. Какие заболевания (патологические состояния) можно предположить?
3. Какова тактика лечения в зависимости от возможного диагноза?
4. Какие сведения являются несущественными для данного заболевания?

Задача № 3

Ребенку 13 лет.

Из анамнеза: два дня назад на фоне герпетических высыпаний на коже в области правого угла рта появились боли и припухлость в поднижнечелюстной области справа.

При осмотре — на коже, прилегающей к углам рта, определяются герпетические высыпания, в поднижнечелюстной области справа есть припухлость, кожа над припухлостью в цвете не изменена, в складку собирается. При пальпации определяется подвижное образование округлой формы с четкими границами, мягко-эластичной консистенции, диаметром 2 см, слабоболезненное при пальпации, температура 37,3 °С.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дополнительные методы исследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Поставьте заключительный диагноз.
5. Составьте план лечения и укажите место лечения.

Задача № 4

Больной Б., 4-х лет. 5 дней находился на лечении у отоларинголога по поводу гнойного отита слева. Почти одновременно отметили появление в поднижнечелюстных областях умеренно болезненный участок уплотнения тканей округлой формы размерами от гороха до боба. Получает антибиотики, десенсибилизирующие препараты. Ребенок плаксив, нет аппетита. Вчера вечером температура повысилась до 38,7°. Беспокоит боль, отек тканей в поднижнечелюстной области слева. При осмотре в поднижнечелюстной области слева кожа напряжена, гиперемирована. Пальпируется болезненный инфильтрат размером 2,0x1,5 см округлой формы, слабо подвижный. Определяется флюктуация. Рядом и справа определяются уплотненные участки размером с боб без признаков флюктуации, слабо болезненные при пальпации. Рот открывается свободно.

1. Поставьте диагноз.
2. О чем говорит признак флюктуации?
3. Потребуется ли хирургическое лечение?
4. Причина заболевания?
5. Методы исследования?

Задача № 5

Ребенку 4 года. Доставлен машиной скорой помощи в стационар. Капризен, плохо спит и ест, температура 39°. Родители указывают на боль, отек в поднижнечелюстной области слева, нараставшие в течение суток. Последние 6 суток находились на амбулаторном лечении у отоларинголога с диагнозом фолликулярная ангина. При осмотре: кожа в левой поднижнечелюстной области гиперемирована, напряжена. При пальпации определяется плотный разлитой инфильтрат, болезненный, с очагом размягчения в центре. Рот открывается свободно. Имеется кариозная полость в 75 зубе. Перкуссия отрицательная. Слизистая десны и переходной складки физиологической окраски.

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. План лечения?
4. Дифференциальная диагностика?
5. Методы исследования?

Раздел 5. Осложнения абсцессов и флегмон ЧЛЮ

Задача № 1.

Больной, 47 лет, находится на лечении в клинике хирургической стоматологии с диагнозом: флегмона височной области справа, подвисочной и крылонебной ямок справа. Поступил в состоянии средней тяжести пять дней назад. При поступлении произведено удаление причинных 28, 27. Флегмона вскрыта наружным и внутриротовым доступами, создана контрапертура. Назначена противовоспалительная, симптоматическая физиотерапия. За истекшие сутки состояние больного не улучшилось, в течение последних суток наметилась тенденция к ухудшению. Воспалительный инфильтрат стал менее болезненным, еще более уплотнился. Обнаружено, что наметилась тенденция к появлению инфильтрации тканей в области крыловидно-челюстного и окологлоточных пространств. Явления гнойно-резорбтивной лихорадки нарастают. Температура тела в течение суток колеблется от 38,0⁰С до 39,5⁰С, беспокоит общая сильная слабость, озноб. Отмечаются нарушения работы кишечника: диарез. СОЭ – 40 мм/ч.

1. Развитие какого патологического состояния можно предположить и почему?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечения?

Задача № 2.

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 корень языка, верхние отделы передней поверхности шеи. Диагностирована флегмона дна полости рта, произведено вскрытие флегмоны, удаление 46,45, 47 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, также предъявляется жалобы на коликообразные боли в поясничной области, в области правого подреберья. Кожа бледная, желтушного цвета, лицо покрыто холодным потом. Температура тела 40,0⁰С, 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 определяется высокое содержание белка и лейкоцитов.

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

Задача № 3.

Больной, 55 лет, поступил в клинику с диагнозом: флегмона дна полости рта с распространением гнойного процесса на крыловидно-челюстное и окологлоточное пространства слева. При поступлении флегмона вскрыта, гнойные полости дренированы, удален причинные зубы 45,46. Назначена массивная антибактериальная инфузионная терапия. В течение последующих нескольких часов состояние больного оставалось тяжелым. Появилась одышка, влажный кашель с выделением мокроты. Наложена трахеостома. Температура приняла интермитирующий характер. Сознание затуманено. Нарастала дыхательная недостаточность. Постепенно началось снижение артериального давления до 80/50 мм рт. ст. на фоне учащения и ослабления пульса до 150 ударов в минуту.

1. Развитие какого осложнения можно предположить у данного больного?
2. Ваша дальнейшая тактика?
3. Определите основные направления лечебных мероприятий.

Задача № 4.

Больной, 38 лет, находится на лечении в клинике в течение недели с диагнозом: флегмона дна полости рта. В течение первых трех суток после проводимого лечения состояние больного незначительно улучшилось, затем вновь стало ухудшаться. Отмечалось распространение воспалительного процесса на передне-боковую 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, приведите его обоснование.
2. Каких сведений не хватает для уточнения диагноза?
3. Составьте план лечебных мероприятий.

Задача № 5.

Больной, 25 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости под нижней челюстью, боли при глотании, разговоре, невозможность открывания рта, слабость, озноб, повышение температуры тела до 39,0С. После проведенного обследования поставлен диагноз: флегмона дна полости рта, удалены причинные 46,47, флегмона вскрыта, получено большое количество гнойного отделяемого. Клетчаточные пространства дренированы. Наложена трахеостома. В течение первых суток после операции состояние больного несколько улучшилось, но затем вновь стало резко ухудшаться. Отмечено появление загрудинной боли. Положение больного вынужденное – сидит с опущенной к груди головой. Повысилась температура тела до 40,0°С, симптомы интоксикации нарастают. При попытке перемены положения тела боли за грудиной усиливаются. Боли за грудиной также усиливаются при поколачивании по ней и при запрокидывании головы. Кожа в области яремной вырезки отечна, пальпация болезненна, определяется крепитация. При вдохе наблюдается втягивание в области яремной впадины. Через некоторое время у больного отмечалось постоянное покашливание, нарастала одышка. Рентгенологическое исследование позволило выявить изменение контуров верхнего средостения и наличие выпуклых теней округлой формы в области верхнего средостения.

1. Чем можно объяснить ухудшение состояния больного? Поставьте диагноз.
2. Укажите точную локализацию вторичного воспалительного процесса.
3. План Ваших действий.

Раздел 6. Инфекционные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области

Задача № 1.

Больной, 28 лет, жалуется на болезненную припухлость в области подбородка, общую слабость. Давность заболевания – второй день. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Температура тела 37,7°С. Полость рта санирована. Фронтальные зубы нижней челюсти клинически и рентгенологически интактны. В подбородочной области справа определяется участок резко гиперемированного болезненного инфильтрата, размером 1,0x1,5 см, в центре которого гнойная пустула в диаметре 0,1x0,1см прилежащие ткани и нижняя губа отечны. Регионарные лимфатические узлы справа болезненны, увеличены, подвижны.

1. Поставьте диагноз, определите стадию заболевания.
2. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.

Задача № 2.

Больной, 44 лет, обратился с жалобами на болезненную припухлость верхней губы справа, появившуюся пять дней назад после того, как при бритье нанес микротравму в этом месте. В анамнезе ишемическая болезнь сердца в течение 20 лет. Температура тела 38°С. Полость рта санирована. Верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфильтрат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре – гнойная пробка 0,2x 0,2 см. поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, в основном, на стороне поражения.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз, установите стадию заболевания.
3. Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.
4. Определите объем хирургического вмешательства.

Задача № 3.

Больная, 31 года, жалуется на наличие болезненного «возвышения» в левой щечной области, головные боли, общую слабость. Симптомы появились три дня назад, после косметической процедуры очищения кожи лица, проведенной больной в домашних условиях. Занималась самолечением – компрессы. По общему статусу считает себя здоровой. Температура тела 37,9⁰С. Левая щечная область отечна, в центре отека определяется конусовидный болезненный инфильтрат, кожа над ним гиперемирована, в середине кратерообразная рана 0,2 x 0,3 см, выполненная некротизированной тканью, гнойное отделяемое. От края нижней челюсти слева до внутреннего угла глаза пальпируется плотный болезненный тяж. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, болезненны.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса.
2. Составьте план лечения и место его проведения.

Задача № 4.

Больная, 52 лет, обратилась с жалобами на припухлость в лобной области справа, головную боль, общую слабость. Давность заболевания – пять дней. К врачу не обращалась, лечилась дома компрессами. В анамнезе – хронический холецистит. Температура тела 38,1⁰С. Полость рта не санирована. В лобной области справа определяется плотный конусовидный инфильтрат 1,5 x 2,0 см болезненный, кожа гиперемирована, в центре глубокий свищевой ход 0,2 x 0,2 см, с неровными краями и гнойным отделяемым. Отек окружающих тканей и верхнего века правого глаза, глазная щель сужена.

1. Поставьте диагноз и определите стадию заболевания.
2. Составьте план лечения.

Задача № 5.

Больной, 45 лет, жалуется на жгучую боль и отек в области правой половины лица, на припухлость верхней губы. Заболел четыре дня назад, когда на верхней губе появились «три белые точки», боль усиливалась и больной обратился к врачу на 4-й день. Занимался самолечением. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела 39,2⁰С. Больной заторможен. Отмечается значительный отек верхнего и нижнего века справа, подглазничной и щечной областей справа, птоз, экзофтальм справа. На верхней губе справа пальпируется уплотнение округлой формы до 3,0 см в диаметре, кожа напряжена и гиперемирована. В центре инфильтрата видны четыре гнойных стержня. Пальпируется плотный болезненный тяж от края нижней челюсти до внутреннего угла глаза справа. Кожа над тяжем синюшная. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны, спаяны в пакеты.

1. Проведите обоснование диагноза.
2. Поставьте диагноз.
3. Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника.
4. Составьте план лечения, определите объем хирургического вмешательства.

Раздел 7. Физиотерапия при воспалительных процессах ЧЛЮ

Задача № 1.

Больной, 37 лет, предъявляется жалобы на боли в области нижней челюсти справа и припухлость мягких тканей щечной области справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,3⁰С. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области справа. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации с обеих сторон. В полости рта: коронковая часть 36 частично разрушена, 36 неподвижен. Перкуссия безболезненна, переходная складка в области 36,37 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Физиотерапия при данной патологии.

Задача № 2.

Больной, 37 лет, предъявляет жалобы на боли в области в нижней челюсти слева и припухлость мягких тканей щечной области слева. Болен в течение двух дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 38,3⁰С. при осмотре определяется отек мягких тканей щечной области слева. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны при пальпации слева. В полости рта: коронковая часть 45 частично разрушена, 45 неподвижен. Перкуссия слабо болезненна. Переходная складка в области 45,46 выбухает, гиперемирована, пальпация этой области резко болезненна, определяется флюктуация. На верхней челюсти коронковые части 45 частично разрушены, перкуссия слабо болезненна. На альвеолярном отростке в области проекции верхушек корней 45 имеется свищевой ход.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
4. Физиотерапия при данной патологии.

Задача № 3.

Больной, 40 лет, предъявляет жалобы на боли в области нижней челюсти справа. Болен в течение трех дней. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,0⁰С. В полости рта: коронковые части 46 частично разрушены, определяется подвижность второй степени. Перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 46 выбухает, гиперемирована.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
3. Какое обоснование необходимо провести дополнительно?
4. Физиотерапия при данной патологии.

Задача № 4.

Больной, 35 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в области верхней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0⁰С. При поступлении: температура тела 39,5⁰С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей с небной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области отечна, гиперемирована, при пальпации резко болезненна, определяются участки флюктуации. 14,15,16,17 – второй-третьей степени подвижности, их перкуссия резко болезненна.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Физиотерапия при данной патологии

Задача № 5.

Больной, 40 лет, обратился с жалобами на сильные боли в области нижней челюсти слева, начавшиеся внезапно ночью и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 38,8⁰С. При поступлении: температура тела 39,5⁰С. Состояние средней тяжести. Отек мягких тканей щечной области слева. Левая глазная щель сужена за счет отека нижнего века. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта: имеется коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка верхней челюсти слева. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, при пальпации болезненна, определяются участки флюктуации. 45 – второй-третьей степени подвижности, их перкуссия резко болезненна, коронковые части 45 частично разрушены. На слизистой оболочке щечной области слева имеется новообразование на широком основании, бледно-розовой окраской, безболезненное, размером 1,5x1,5 см. больного не беспокоит, отмечает медленный рост новообразования.

1. Обоснуйте и поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечения.
3. Определите признаки, не характерные для данного заболевания.
4. Физиотерапия при данной патологии

Раздел 8. Воспалительные заболевания слюнных желез.

Задача № 1.

Больная И. 45 лет, обратилась с жалобами на боль в околоушной области справа, которые иррадиируют в ухо и висок, повышение температуры до 38,0° С. При объективном исследовании: Асимметрия лица за счет отека мягких тканей в околоушно-жевательной области справа. Кожные покровы над отеком гиперемированы, в складку не собираются, открывание рта до 2,0 см. При пальпации железы резкая болезненность. Железа плотная, устье протока зияет, слизистая оболочка вокруг протока гиперемирована, из протока гнойное отделяемое.

1. Поставить диагноз.
2. Составить план лечения.
3. Дифференциальная диагностика.

Задача № 2

Больная, 50 лет, обратилась с жалобами на периодическую припухлость в околоушно-жевательной области слева, чувство тяжести в этой области, соленый привкус во рту, в течении 6 месяцев. Из анамнеза – год назад перенесла эпидемический паротит. При объективном обследовании: Не значительная асимметрия лица за счет отека мягких тканей в околоушно-жевательной области слева. Кожные покровы в цвете не изменены. При пальпации железа увеличенная, бугристая, безболезненная, слюна скудная, мутная. На сиалограмме: полости диаметром до 1,0 см, деформация протоков.

1. Поставить диагноз.
2. Составить план лечения.
3. Дифференциальная диагностика.

Задача № 3.

Больной, 56 лет, поступил с жалобами на постоянную ноющую боль в области правой околоушной слюнной железы, носящую колюще-режущий характер во время приема пищи, припухлость в правой околоушно-жевательной области, умеренно болезненную при пальпации. Три недели назад была произведена операция половинной резекции желудка по поводу язвенной болезни. Вышеперечисленные жалобы появились около 10 дней назад, медленно нарастали. Правая околоушная слюнная железа увеличена, уплотнена, болезненна при пальпации. Определяется умеренно выраженный коллатеральный отек, распространяющийся на позадичелюстную и поднижнечелюстную области справа. Кожа над железой в цвете не изменена, ограничено собирается в складку. Открывание рта в полном объеме, болезненное. Слизистая оболочка щечной области соответственно правому околоушному протоку отечна, устье протока гиперемировано, зияет. При массировании слюна не выделяется. При пальпации правый околоушный проток несколько утолщен. Язык обложен серым налетом. На слизистой оболочке щечных областей с обеих сторон по линии смыкания зубов определяется участки гиперкератоза в виде белесоватых пятен с нечеткими контурами. При рентгенологическом исследовании правой околоушной слюнной железы теней конкрементов не выявлено.

1. Поставьте диагноз. Опишите механизм развития заболевания.
2. Составьте план местного и общего лечения.
3. Укажите признаки (симптомы) несущественные для данного заболевания.

Задача № 4.

Больной, 46 лет, обратился с жалобами на припухлость в области обеих околоушных желез. Болен в течение 9 лет, когда впервые обратил внимание на незначительное увеличение желез, которое самопроизвольно исчезло в течении короткого периода времени. Через несколько лет, после простудного заболевания отметил распирающие неприятные ощущения в области околоушных слюнных желез, не доставляющие больших страданий и исчезнувшие через несколько дней без лечения. После этого неоднократно, примерно, один раз в полгода, возникали обострения, появлялись общая слабость, недомогание, повышение температуры тела до 37,5-38,0°C. Больной лечился самостоятельно, прикладывая согревающие компрессы, однако каждый раз обострения протекали более выражено. При осмотре отмечается увеличение обеих околоушных слюнных желез, больше справа, подвижны, Консистенция желез упруго-эластичная, пальпация вызывает неприятные ощущения, слабую боль. Кожа в околоушно-жевательной области в цвете не изменена, собирается в складку. Устья обеих околоушных протоков не изменены, слюна выделяется в малом количестве, мутная. На сиалограмме отмечается сужение протоков 2-3 порядка, определяемых в виде слабо заметных, прерывистых тонких теней. Более мелкие протоки не контрастируются.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Задача № 5.

Ребенку 4 года. Капризен, отсутствует аппетит. Температура 38,5⁰. Трое суток назад появилась припухлость левой околоушной области. Садик находится на карантине по поводу эпидемического паротита. Обнаружено: имеется припухлость околоушных областей, слева несколько больше. Кожные покровы напряжены, лоснятся, мочки ушей оттопырены. Во рту сухость. Устья выводных протоков изменены. Из протоков скудное, вязкое отделяемое. Анализ крови: лейкоциты – 9,10⁴, СОЭ – 27 мм/ч.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие изменения можно ожидать на контрастной рентгенограмме?
3. Характерна ли сезонность для данного заболевания?

Раздел 9. Одонтогенный гайморит

Задача № 1.

Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева.

Местно: имеются разрушенная коронковая часть 27. При рентгенологическом исследовании 27 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27, при ревизии лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева, из лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

1. Поставьте диагноз.
2. Какие симптомы прободения верхнечелюстной пазухи? Как установить клиническое наличие перфорации?
3. Тактика врача в данном случае?

Задача № 2.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику поведения врача в данной ситуации.
3. Возможно ли закрытие перфорации верхнечелюстной пазухи сразу после удаления и каким способом?

Задача № 3.

Больной, 48 лет, во время удаления корней 16 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху. Местно: лунка 16 пустая, имеется сообщение в области лунки 16 с

верхнечелюстной пазухой справа. При рентгенологическом исследовании верхней челюсти определяется тень инородного тела (корень) в области дна верхнечелюстной пазухи справа.

1. Поставьте диагноз.
2. Каковы причины данного осложнения?
3. Какова тактика врача в данной ситуации.

Раздел 10. Особенности воспалительных процессов ЧЛЮ у детей

Задача № 1.

Больной М., 13 лет. Обратился с жалобами на повышенную температуру тела, боль в верхней челюсти слева, припухлость левой щеки. Три дня назад заболел 4 зуб, боль усиливалась. Через сутки припухла левая щека, но боль в зубе уменьшилась. Припухлость нарастала, появилась боль в челюсти, общее недомогание.

Обнаружено: температура 38° , выраженная асимметрия лица за счет припухлости левой подглазничной области, глазная щель сужена.

Кожа гиперемирована, напряжена, лоснится. При пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат. Зуб 24 большая кариозная полость, перкуссия умеренно болезненная. Переходная складка в области 22, 23, 24 зубов сглажена, слизистая отечна, гиперемирована. На рентгенограмме очаг просветления кости у верхушки зуба 24 размером $0,5 \times 0,5$ см с нечеткими краями. Каналы прослеживаются на $1/3$ длины корня.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Судьба зуба 24.
3. Хирургическое вмешательство.
4. Медикаментозное лечение?
5. Предполагаемые изменения в анализе крови

Задача № 2.

Ребенок 9 лет обратился в клинику с жалобами на припухлость щеки и боль в области нижней челюсти слева.

Из анамнеза: жалобы появились 3 дня назад на фоне переохлаждения.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет припухлости щечной и поднижнечелюстной области слева, открытие рта свободное. В полости рта: 7.4, 7.5 ранее лечены по поводу осложненного кариеса, зуб 7.5 разрушен, подвижен. Зуб 3.6 интактный, подвижный. Переходная складка от зуба 7.3 до зуба 3.6 сглажена за счет плотного, болезненного инфильтрата с очагом размягчения, пальпация резко болезненна. Отек, инфильтрат нижней челюсти с язычной стороны. Температура тела на момент осмотра $38,7^{\circ}\text{C}$.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Предложите дополнительные методы обследования с указанием ожидаемых результатов.
3. Проведите дифференцированную диагностику.
4. Составьте план лечения больного.
5. Укажите место лечения.

Задача № 3.

Больной С., 11 лет. На 10-11 сутки после рождения у ребенка развилась пиодермия. К концу первого месяца жизни в правой околоушной области открылся свищ с гнойным отделяемым. Через год был оперирован в этой области («доставали косточки»), на втором году жизни несколько раз в области поражения открывался свищ с гнойным отделяемым. Отставание в росте правой половины челюсти замечено к концу первого года. На коже лица впереди козелка правой ушной раковины имеется обширный звездчатый рубец.

1. Назовите предположительный диагноз.
2. Методы лечения.
3. Осложнения.

Задача № 4.

В челюстно-лицевое отделение поступил ребенок 6 мес. с жалобами на отказ приёма пищи, плохой сон, беспокойство, повышение t° до 39°C в течение 3 суток, наличии болезненной припухлости в области верхнего и нижнего века левого глаза, левой подглазничной области.

При осмотре: отёк левой половины лица, инфильтрация нижнего века левого глаза, левой подглазничной области, левая глазная щель закрыта, кожа век и левой подглазничной области гиперемирована, экзофтальм, движения глазного яблока ограничены, в анамнезе крови – лейкоцитоз до $16,6 \cdot 10^9$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $3,62 \cdot 10^{12}$, СОЭ – 47 мм/г, СРБ – 96 мг/л. В полости рта – припухлость, флюктуация в области твёрдого неба слева. У ребёнка – пиодермия кожи правой кисти.

1. Ваш диагноз.
2. Лечение
3. Возможные осложнения.
4. Прогноз

Задача № 5.

Ребенку 5 лет. Со слов родителей, накануне вечером появилась припухлость верхней губы. Утром отек значительно увеличился. Ребенок капризен. Температура $37,7^{\circ}$. При осмотре в области 53 зуба переходная сладка гиперемирована, сглажена, болезненна при пальпации.

1. Поставьте диагноз.
2. Наиболее рациональные анестетики для обезболивания.
3. План лечения
4. Методы диагностики

ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ И НОРМАТИВНО-ПРАВОВЫЕ ДОКУМЕНТЫ.

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
3. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 декабря 2011 г. № 1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях».
5. Профессиональный стандарт «Врач-стоматолог» (утв. приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 10 мая 2016 г. № 227н).

Программа дополнительного профессионального образования (усовершенствования) врачей по направлению «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» разработана:

Доцент кафедры хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии, к.м.н.

Е.Е. Халюта

Принята на заседании кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии
26 декабря 2018 г., протокол № 7

Заведующий кафедрой

(подпись)

доц.С.Б. Мохначева
(инициалы, фамилия)