

Федеральное государственное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра-клиника хирургической стоматологии и челюстно-лицевой
хирургии

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Сборник ситуационных задач с эталонами ответов
для ординаторов, обучающихся по специальности
31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Красноярск
2018

Составители:

канд. мед. наук, доц. А. А. Чучунов; д-р мед. наук, проф. А. А. Левенец; канд. мед. наук, доц. Г. Н. Кравцова; канд. мед. наук, доц. Т. Л. Маругина

Рецензенты: зав. кафедрой-клиникой ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого, д-р мед. наук, доц. В. Г. Галонский; главный врач КГБУЗ "Красноярская городская стоматологическая поликлиника №7" к.м.н. А.В.Нагорнов

Челюстно-лицевая хирургия: сб. ситуац. задач с эталонами ответов для ординаторов, обучающихся по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия / сост. А. А. Чучунов, А.А. Левенец, Г. Н.Кравцова, Т. Л. Маругина – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2018. – 50 с.

Ситуационные задачи с эталонами ответов полностью соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (2014) по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия; адаптированы к образовательным технологиям с учетом специфики обучения по специальности 31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия.

Утверждено к печати ЦКМС КрасГМУ (протокол № 6 от 25.06.2018г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России, 2018

Ситуационные задачи

№	Оценочные средства	Эталон ответов	Уровень применения	Код формируемой компетенции
1.	Больному, 33 лет, проводилось удаление 47 зуба по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационной анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 4,0х5,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась. Вопросы: 1.От чего возникла гематома? 2.Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы? 3.Какие рекомендации должны быть даны пациенту? 4.Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения? 5.Профилактика данного осложнения.	Ответы: 1.Вероятнее всего вследствие ранения лицевой артерии во время инфильтрационной анестезии. 2.Плотное прижатие мягких тканей щечной области к телу нижней челюсти на 5-7 минут. 3.Держать холод (лед), давящую повязку и динамическое наблюдение. Для рассасывания гематомы назначить физиотерапию. 4.При нагноении гематомы - вскрытие и дренирование очага, противовоспалительная терапия. 5.Правильное соблюдение техники проведения инфильтрационной анестезии.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
2.	Больная, 60 лет, обратилась с жалобами на боли в области 33 зуба, усиливающиеся при накусывании. Ранее зуб лечен, периодически беспокоит, подвижен. Местно: 33 зуб подвижность II степени, перкуссия слабо болезненна. При рентгенологическом исследовании отмечается тень пломбировочного материала в канале 33 зуба на 2/3 длины корня, у верхушки корня имеется разрежение костной ткани с четкими контурами, размером 0,3-0,4 см. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Какие щипцы используются для удаления 33 зуба? 3.Положение врача и больного при удалении 33 зуба. 4.Особенности удаления 33 зуба. 5.Рекомендации пациенту после удаления зуба.	Ответы: 1.Диагноз: 33 зуб обострение хронического гранулёматозного периодонтита. 2.Для удаления 33 зуба используют клювовидные, несходящиеся щипцы, изогнутые по ребру. 3.Врач располагается спереди от больного. 4. 33 зуб вывихивается сначала в вестибулярную, затем в язычную сторону. 5.Рекомендации: а)подержать марлевый тампон на лунке удаленного зуба 15-20 минут; б) не полоскать рот различными растворами в течении ближайших 5 -7 дней; в) принимать пищу через 2 часа после удаления; г) избегать серьёзных физических нагрузок в течении 3-5 дней после удаления.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
3.	Больная, 30 лет, обратилась с	Ответы:	ТК	УК1,ПК5,ПК7

	жалобами на боли в 37 зубе, ранее 37 зуб не лечен. Местно: рот открывается свободно, 37 зуб интактный, 38 зуб упирается в 37 зуб дистальными буграми. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Проведите дополнительные методы обследования. 3.Золотой стандарт рентгенологического исследования для подготовки к удалению ретенированных, дистопированных зубов? 4.Техника удаления 38 зуба. 5.Назначте лечение после удаления 38 зуба.	1.Диагноз: ретенция, дистопия 38 зуба. 2. Необходимо перед удалением 38 зуба провести рентгенологическое обследование для уточнения его расположения: ОПТГ, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, дентальная КТ. 4.Под мандибулярной анестезией производится разрез по альвеолярному гребню над 38 зубом и вниз к переходной складке до уровня середины 37 зуба, отслаивается слизисто-надкостничный лоскут и удерживается тупым крючком. Бором удаляют костную ткань над 38 зубами с вестибулярной стороны, вывихивается 38 зуб элеватором или щипцами, проводится кюретаж, лоскут укладывается на место и ушивается узловатыми швами. 5.Холод в течении 1-1.5 часов после проведения операции удаления зуба. Ежедневные осмотры и перевязки в поликлинике у врача стоматолога хирурга. Прием обезболивающих препаратов, ротовые ванночки с растворами антисептиков в домашних условиях. Приём антибактериальных препаратов и физиолечение при необходимости.	ГИА	
4.	Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на периодические и самопроизвольные боли, наличие свища в области 46 Зуб ранее лечен. Местно: 46 зуб под пломбой. На уровне бифуркации корней имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При рентгенологическом исследовании определяется разрежение костной ткани, соответственно бифуркации 46 зуба, в области которого лежит тень пломбировочного материала. Вопросы:	Ответы: 1.Диагноз: хронический периодонтит 46 зуба, перфорация дна полости зуба. 2.Учитывая значительное разрежение костной ткани в области бифуркации, наличие пломбировочного материала и свищевого хода в области 46 зуба - зуб подлежит удалению. 3.Сохранить 46 зуб не является возможным 4. ОПТГ, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, дентальная КТ. 5.Под мандибулярной	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	1.Поставьте диагноз. 2.Составьте план лечения. 3.Решите вопрос о возможности сохранения 46 зуба. 4..Проведите дополнительные методы обследования 5.Опишите ход хирургического лечения.	анестезией следует удалить 46 зуб, провести кюретаж лунки и свищевого хода, сдвинуть края альвеолы.		
5.	Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли в области 38 зуба. Отмечает, что такие обострения повторяются в течение года третий раз. Местно: рот открывается на 2.5 см, слизистая оболочка над 38 зубом отечна, гиперемирована, 1/2 часть жевательной поверхности зуба покрыта слизистой оболочкой. Зуб смещен в сторону предверия полости рта. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Определите показания и противопоказания к удалению 38 зуба. 3.Техника удаления 38 зуба. 4.Проведите дополнительные методы обследования 5.Терапия в послеоперационном периоде	Ответы: 1. Диагноз: перикоронит 38 зуба, дистопия. 2.На рентгенограмме: разрежение костной ткани в области 38 зуба. Учитывая частые обострения, расположение вне зубной дуги, 38 зуб подлежит удалению. 3.Анестезия по Берше-Дубову с целью устранения воспалительной контрактуры и открывания рта, мандибулярная анестезия. Рассекают слизистую оболочку и надкостницу над 38 зубом, отслаивают слизисто надкостничный лоскут, удаляют 38 зуб щипцами, изогнутыми по плоскости или элеватором. При необходимости участок костной ткани покрывающей зуб удаляют при помощи бормашины. 4.Рентгенологические методы обследования: ОПТГ, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, дентальная КТ. 5.Назначают противовоспалительную терапию и физиолечение.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

6.	Больная, 68 лет, готовится к протезированию, обратилась с жалобами на подвижность 41 зуба. Местно: 41 зуб подвижность III степени. Коронковая часть 41 зуба сохранена, при пальпации из десневых карманов отмечается гнойное отделяемое. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Подберите инструмент для удаления 41 зуба. 3.Положение врача и пациента при удалении 41 зуба. 4.Дополнительные методы обследования. 5.Укажите этапы операции удаления зуба.	Ответы: 1.41 зуб пародонтит, развившаяся стадия. 2.Щипцы клювовидные без шипов. 3.Положение врача справа и несколько сзади от больного. 4.Прицельная дентальная рентгенография, дентальная КТ, ОПТГ. 5.Отслаивание круговой связки, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, люксация или ротация, тракция.	ТК, ГИА	УК1,ПК5,ПК7
7.	Больной, 22 лет, обратился с жалобами на нарушение функции жевания из-за неправильного смыкания зубов. Два года назад после травмы у больного был перелом нижней челюсти справа в области угла. Производилось шинирование челюстей бимаксилярными шинами с зацепными петлями, но из-за трудностей питания больной сам снял их через 12 дней. Отмечает затруднения при пережевывании пищи. При рентгенологическом исследовании нижней челюсти справа в области угла определяется нарушение целостности костной ткани в пределах 0,5 см, ложный сустав. Вопросы: 1.Какая причина образования ложного сустава в области нижней челюсти? 2.Составьте план обследования и лечения. 3.Какие вам известны методики закрепления костного трансплантата в области дефекта нижней челюсти? 4.Какие требования необходимо выполнить для успешного исхода костно-пластической операции?	Ответы: 1.Нарушение режима лечения, больной самопроизвольно снял бимаксилярные шины с зацепными петлями на 12-й день после травмы, фрагменты не консолидировались, образовался ложный сустав. 2.Клинико-рентгенологическое обследование, определение истинного размера дефекта нижней челюсти справа и выбор размера и вида костного трансплантата, метода фиксации фрагментов нижней челюсти. Операция иссечения ложного сустава с костной пластикой дефекта. Тщательное послеоперационное ведение больного. 3.Костный трансплантат между фрагментами нижней челюсти после их освобождения от рубцов и удаления склерозированных участков костной ткани может быть помещен в виде распорки, в виде столярного замка, в виде накладки на концы фрагментов и фиксации проволокой из нержавеющей стали. А.А. Лимберг разработал метод двухэтапного переноса саженца: 1-й этап состоит в	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	5. Укажите методы обследования.	подсадке участка ребра в мягкие ткани по соседству с дефектом нижней челюсти. Через 1,5-2,0 месяца трансплантат (2-й этап) на ножке из мягких тканей переносится в область дефекта нижней челюсти. 4. Успех костно-пластических операций зависит от выполнения ряда требований: а) учитывать общее состояние больного; б) выяснить состояние мягких тканей в области дефекта нижней челюсти и возможность образования в них ложа для трансплантата; в) провести санацию полости рта; г) избрать способ закрепления фрагментов и заблаговременно изготовить соответствующий аппарат; д) установить, где и какой трансплантат будет взят и его размеры. 5. Рентгенологические методы: ОПТГ, рентгенография нижней челюсти в боковой проекции, КТ лицевого скелета или нижней челюсти.		
8.	Больной, 55 лет, обратился в клинику с целью дальнейшего лечения. Из анамнеза выяснено, что пять лет назад была произведена радикальная операция по поводу удаления злокачественной опухоли в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа. Дефект мягких тканей щечной области справа был закрыт филатовским стеблем. Вопросы: 1. Какие сведения из анамнеза необходимо уточнить? 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. От чего зависит план лечения? 4. Какие противопоказания существуют для костно-пластических операций? 5. Метод исследования, диагностики	Ответы: 1. Была ли проведена лучевая терапия и ее доза? 2. Клинико-рентгенологическое обследование. 3. План лечения зависит от выяснения общего состояния больного (клинический анализ крови, мочи, флюорография грудной клетки). 4. При наличии дефекта в области альвеолярного отростка нижней челюсти справа, вопрос о костной пластике может быть проблематичным при наличии тяжелой сопутствующей патологии с учетом возраста больного и перенесенной лучевой терапии, что резко снижает регенераторные свойства организма, а также при наличии каких-либо патологических процессов в	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	опухолевидного образования?	области операции (воспаление, рецидив опухоли и т.д.). Костная пластика не проводится при недостатке мягких тканей для ложа трансплантата. 5.Биопсия, гистологическое исследование.		
9.	Больная, 28 лет, обратилась с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи справа, безболезненного, медленно увеличивающегося в размере. При осмотре определяется новообразование, локализующееся в верхних отделах шеи справа на уровне проекции щитовидного хряща, отклоняющееся вправо от средней линии, мягкоэластической консистенции, ограниченно-подвижное, смещающееся при глотании, безболезненное, размером 3,0х4,0 см. Кожная поверхность над ним не изменена. Вопросы: 1.Какие заболевания можно предполагать? 2.Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? 3.Консультация каких специалистов необходимы для уточнения диагноза? 4.Является ли срединная киста шеи врожденным заболеванием? 5.Исход заболевания.	Ответы: 1. Срединная киста шеи, опухоли щитовидной и паращитовидных желез, мягкотканые опухоли шеи. 2. Цитологическое исследование после консультации специалиста-эндокринолога. 3. Эндокринолога. 4. Да, срединные кисты и свищи шеи являются эмбриональной дисплазией, связанной с незаращением щито-язычного протока. Поэтому синонимом их является тиреоглоссальные кисты и свищи. 5. Благоприятный, возможны рецидивы – Причина рецидивов — нерадикальность проведенной операции. Поэтому резекция подъязычной кости является обязательным условием при удалении тиреоглоссальных кист и свищей.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
10.	Больная, 36 лет, доставлена с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0°С. При поступлении: температура тела 39,5°С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация	Ответы: 1.Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области. 2.Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет,	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек окологлоточных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярного отростка в подбородочном отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больную не беспокоит, отмечает медленный рост образования. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2.Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза? 3.Составьте план лечения. 4.Медикаментозная терапия 5.Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения?	при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи. 3.План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. 4.Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, физиопроцедуры и терапия гипербарической оксигенацией. 5.Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.		
11.	Больной, 34 лет, обратился в клинику с жалобами на асимметрию лица и отсутствие движений мягких тканей в области правой половины лица, возникшие после травмы, полученной год назад в автокатастрофе. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2.Какие дополнительные сведения необходимы? 3.Какие клинические симптомы, кроме перечисленных, характерны для данного заболевания? 4.Исследование, при помощи которого определяют общее функциональное состояние периферической нервной системы и мышц? 5.Консультация какого	Ответы: 1.Посттравматический паралич мимических мышц лица справа. 2.Следует полностью собрать анамнез о характере травмы, первичной хирургической обработке раны лица и ее локализации, проводимом лечении, а также уточнить местный статус: все ли ветви лицевого нерва справа повреждены, функции каких мышц нарушены полностью, а каких снижены? 3.Для паралича мимических мышц в области правой половины лица характерно слезо- и слюноотечение на стороне поражения, щека "парусит" при разговоре, правый угол рта в покое опущен. 4.Электронейромиография	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	специалиста требуется?	5.Врача невролога.		
12.	Больной, 20 лет, обратился с жалобами на чувство онемения в области нижней губы слева, постоянные ноющие боли в области нижней челюсти слева. Из анамнеза выяснено, что месяц назад появились боли после сложного удаления 38 зуба (с использованием бормашины). Отмечается отсутствие чувствительности в области нижней губы слева. В полости рта лунка 38 эпителизирована, воспалительных явлений не определяется. При рентгенологическом исследовании тела и ветви нижней челюсти слева выявляется тень лунки удаленного 38 зуба, достигающая до нижнечелюстного канала, отсутствие костной перегородки между лункой и нижнечелюстным каналом. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Наметьте план лечения. 4.Консультация какого специалиста требуется 5.Техника удаления 38 зуба	Ответы: 1.Жалобы больного на онемение в зоне иннервации нижнечелюстного нерва слева, постоянную ноющую боль в области нижней челюсти слева и анамнеза (сложное удаление 38 зуба) свидетельствуют о возможности развития неврита III ветви тройничного нерва слева. 2.Диагноз: неврит III ветви тройничного нерва слева. 3.Лечение комплексное. Назначаются витамины группы "В", физиотерапия, противовоспалительные, седативные и обезболивающие средства.. 4.Невролог 5.1).г-образный разрез в ретромолярной области 2).Отслаивание слизистой – надкостичного лоскута. 3).остеотомия(в случае необходимости). 4) сегментирование 38 зуба (в случае необходимости), 5). вывихивание. 6). Обработка раны антисептиком. 7). Укладывание слизистой – надкостничного лоскута на место, 8). ушивание, - дренирование. 9). Гемостаз.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
13.	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°C. Полость рта санирована, верхняя губа и губощечная складка справа отечна, определяется инфильтрат в области верхней губы справа, болезненный при пальпации. Гиперемизированная кожа над инфильтратом имеет синюшный оттенок. В центре - гнойная пробка 0,2x0,2 см. Поднижнечелюстные лимфатические узлы	Ответы: 1.Травма, гнойная пробка в центре инфильтрата верхней губы. 2.Диагноз: фурункул верхней губы справа в стадии некротического стержня. 3.Стационар. 4.Линейный разрез, некроэктомия, дренирование раны. 5.Тромбофлебит угловой вены справа. Тромбоз пещеристого синуса. Септикопиемия.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	увеличены, в основном на стороне поражения. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз, установите стадию заболевания. 3.Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника. 4.Определите объем хирургического вмешательства. 5.Укажите возможные осложнения.			
14.	Больная, 39 лет, обратилась с жалобами на припухлость и боль в области левого крыла носа. Давность заболевания три дня. Температура тела субфебрильная. По общему статусу без особенностей. Левое крыло носа деформировано, инфильтрировано с уплотнением 1,0х1,0 см, в середине которого определяется гнойная пробка, размером 0,2х0,2 см Перифокальный отек верхней губы и подглазничной области соответствующей стороны. На коже левой височной области определяется пигментный волосистый невус, размером 1,0х1,5 см. Регионарные лимфатические узлы слева увеличены, подвижны, болезненны. Вопросы: 1.Проводите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Определите место лечения больного: а) стационар, б) поликлиника. 4.Отметьте признаки, не характерные для данного заболевания. 5.Укажите возможные осложнения.	Ответы: 1.Имеются характерные признаки воспаления: инфильтрат, отек крыла носа, гнойная пробка. 2.Диагноз – абсцедирующий фурункул крыла носа слева. 3.Лечение в стационаре. 4.Наличие невуса. 5.Тромбофлебит угловой вены слева. Тромбоз пещеристого синуса. Септикопиемия.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
15.	Больной М. 43 лет, 2 недели назад обратился в медсанчасть по месту работы по поводу фурункула верхней губы. Врачом была назначена повязка с ихтиоловой мазью на область фурункула. В течение	Ответы: 1.Абсцедирующий фурункул верхней губы справа. Тромбофлебит угловой вены справа. Тромбоз пещеристого синуса. Септикопиемия. 2.Острое гнойно-	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

последующих трех дней больной к врачу не обращался, самостоятельно пытался удалить некротический стержень, после чего его состояние стало резко ухудшаться. Появились головные боли, слабость, озноб, температура повышалась до 38.5 С. Нарастал отек правой половины лица. Бригадой скорой помощи больной доставлен в челюстно-лицевой стационар. При поступлении состояние средней тяжести, отмечается выраженная интоксикация, озноб, температура тела 39.5 С. Выраженный отек средней зоны лица справа. В области верхней губы абсцедирующий фурункул со сформировавшимся стержнем, выделяется гной. По ходу угловой вены справа пальпируется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожа над ним гиперемирована, напряжена, имеет синюшный оттенок. Конъюктива века отечна, гиперемирована. Движение глазных яблок свободное, безболезненное. Больному произведено вскрытие гнойно-некротического очага в области фурункула и по ходу угловой вены. Несмотря на проведенное местное и общее противовоспалительное лечение состояние больного продолжало ухудшаться. Присоединились признаки выпадения функций черепно-мозговых нервов: глазодвигательного, блокового и отводящего, что сопровождалось септикопиемическим состоянием. Развился отек века и экзофтальм с двух сторон, нарушение зрения. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Дайте определение заболеванию абсцедирующий фурункул.	некротическое воспаление волосяного фолликула, слюнной железы и близлежащей подкожной жировой клетчатки 3.Для гнойного тромбоза угловой вены характерно наличие инфильтрата в виде тяжа по ходу данного сосуда на фоне выраженной интоксикации. Для тромбоза пещеристого синуса характерно выпадение функций черепно-мозговых нервов, двусторонний экзофтальм, нарушение зрения, а также септическое состояние. Возможно присоединение менингеальных симптомов. 4.Необходимы консультации невропатолога, нейрохирурга, терапевта общего профиля, окулиста. 5.Стационар.		
--	---	--	--

	3.Перечислите основные признаки, характеризующий данный вид осложнения. 4.Консультация каких специалистов необходима при лечении данного больного. 5.Определите место лечения: а) стационар, б) поликлиника.			
16.	Больная, 56 лет, поступила с жалобами на припухлость в правой поднижнечелюстной области, существующую в течение 2-х лет. При приеме пищи припухлость увеличивается, появляется незначительная распирающая боль. Ранее к врачу не обращалась. За последнее время боли стали усиливаться, что заставило ее обратиться к врачу. Правая поднижнечелюстная слюнная железа увеличена в размерах, уплотнена, слабо болезненна. Наибольшая плотность определяется в задних отделах поднижнечелюстной слюнной железы. Слизистая оболочка над правым вартоновым протоком не изменена. При массаже железы выделяется скудное количество застойной мутной слюны с хлопьями. Вопросы: 1.Какие заболевания можно предположить? 2.Составьте план дополнительных исследований, необходимых для уточнения диагноза. 3.В чем может заключаться лечение? 4.Дополнительные методы обследования 5.Характерный симптом СКБ.	Ответы: 1.Учитывая характерные жалобы, а также присутствие воспалительного компонента, можно предположить наличие слюннокаменной болезни правой поднижнечелюстной слюнной железы. Однако, симптомы ретенции слюны могут быть вызваны наличием опухоли, сдавливающей крупные выводные протоки. 2.Наиболее значимым дополнительным методом исследования является рентгенологический. Рентгенограммы выполняются в аксиальной и боковой проекциях. В случае обнаружения конкрементов диагноз не представляет сомнений. Если конкременты не контрастируются, можно предположить наличие опухолевого процесса - необходимо провести контрастную сиалографию для выявления "дефекта наполнения". Диагноз опухоли также должен быть подтвержден цитологическим методом исследования (диагностическая пункция). 3.Как при наличии конкрементов в теле железы, так и при наличии доброкачественной опухоли необходимо хирургическое лечение: удаление железы в условиях стоматологического стационара. 4.Узи мягких тканей. 5.Слюнная колика.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
17.	Больная, 45 лет, поступила в клинику с жалобами на боли и припухлость в области нижней	Ответы: 1.Жалобы больной на безболезненную припухлость	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

челюсти слева, в подбородочном отделе, подвижность зубов и воспаление десен. Из анамнеза выяснено, что 6 недель назад получила травму челюсти, лечилась в стационаре и амбулаторно по поводу перелома подбородочного отдела нижней челюсти. Через месяц при снятии эластичной тяги, отмечалась подвижность фрагментов, направлена на консультацию. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, сахарный диабет. В настоящее время отмечаются изменения со стороны внутренних органов, связанные с сопутствующей патологией (больна в течение 10 лет). При местном осмотре: отмечается припухлость в подбородочном отделе нижней челюсти, пальпация несколько болезненна, кожа не гиперемирована. В полости рта - подвижность зубов II степени, генерализованный гингивит, бимаксилярные шины фиксированы хорошо, прикус адаптирован, при снятии эластической тяги определяется незначительная подвижность фрагментов. При рентгенологическом исследовании отмечается консолидация костных фрагментов в подбородочном отделе нижней челюсти на стадии первичной костной мозоли, стояние фрагментов правильное. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Составьте план лечения. 4.Какое значение для составления плана лечения имеет состояние зубов и слизистой оболочки полости рта? 5.Срок ношения бимаксилярных шин.	в области нижней челюсти слева. Данные анамнеза заболевания о полученной шестинедельной травме нижней челюсти в подбородочном отделе и своевременном адекватном лечении перелома, в сочетании с данными анамнеза жизни о заболевании в течение 10 лет сахарным диабетом, а также отсутствие воспалительных изменений в области перелома и данные рентгенологического исследования о консолидации перелома в стадии первичной костной мозоли, через 6 >недель после травмы свидетельствуют о замедленной консолидации перелома нижней челюсти в области подбородка. 2.Замедленная консолидация перелома нижней челюсти в области подбородочного отдела. 3.Лечение консервативное. Ношение шин до образования вторичной костной мозоли. Общеукрепляющая терапия. Консультация эндокринолога. 4.Генерализованный гингивит часто сопутствует сахарному диабету, что требует лечения у пародонтолога. 5.В среднем 4 недели.		
---	--	--	--

18.	Больная, 63 лет, в тяжелом состоянии поступила в клинику с жалобами на резкие постоянно ноющие боли в области правой половины головы, невозможность глотания, открывание рта, общую слабость, озноб, повышение температуры тела до 40°C. Из анамнеза выявлено, что два дня назад в поликлинике по месту жительства производилось удаление 18 17 зубов по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на удаление, боли в области верхней челюсти усиливались, распространялись 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-жевательных областях справа (симптом «песочных часов»), а так же 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 зуба и отсутствующих 18, 17 зубов гиперемирована, отечна. При пальпации по направлению к	Ответы: 1.Флегмона височной, подвисочной, крылонебной областей справа. 2.Боли при глотании, невозможность открывания рта, наличие воспалительного инфильтрата в височной области, а также за бугром верхней челюсти, симптом "песочных часов", высокая степень интоксикации. 3.Необходимо провести рентгенологическое исследование для того, чтобы выяснить не осталось ли в области лунок удаленных зубов остаточных корней, инородных тел и т.п. Если таковые имеются, их удаление необходимо планировать после снятия острых воспалительных явлений. 4.Вскрытие флегмоны осуществляется как внутриротовым, так и внеротовым путями с наложением контрапертуры. В комплексе послеоперационных противовоспалительных мероприятий необходимо проведение инфу-зионной терапии для снятия интоксикации, улучшения реологических свойств крови. 5.Внутриротовой разрез проводится по переходной складке с вестибулярной стороны от бугра верхней челюсти до уровня 5.1. Через этот разрез тупым путем необходимо пройти в подвисочное и крылонебное пространство. Внеротовой разрез выполняется в височной области косо по переднему краю височной мышцы. При значительном поражении височной области гнойным воспалительным процессом можно выполнить дугообразный разрез по верхнему краю височной мышцы. Особенностью данного оперативного вмешательства является не-	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
-----	--	---	-----------	-------------

	бугру верхней челюсти определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. Так же наблюдается отек слизистой оболочки мягкого неба и верхних отделов боковой стенки глотки справа. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Основные клинические симптомы 3.Какое дополнительное исследование необходимо провести? 4.Составьте план лечения. 5.Укажите локализацию и направление разрезов, которые необходимо провести для адекватного вскрытия воспалительного очага. Укажите особенности данного оперативного вмешательства.	обходимоTM вскрытия всех клетчаточных пространств этой области, которые располагаются между и под тремя слоями мышцы. Операция заканчивается обязательным наложением контрапертуры между внеротовым и внутриротовым разрезами с введением сплошного сквозного дренажа.		
19.	Больная, 39 лет, поступила с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45 зубе, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышении температуры тела до 38,0°C. 45 зуб заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 зубе несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный	Ответы: 1.Флегмона поднижнечелюстной области справа. Обострение хронического периодонтита 45. 2.Больная госпитализируется . 3. Хирургическое лечение заключается в удалении причинного зуба, вскрытии флегмоны. Проведение местного и общего противовоспалительного лечения. 4.Под анестезией с премедикацией или под наркозом производится разрез в правой поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступя от него 1,5-2,0 см, чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва. Лучше разрез ориентировать по ходу верхней шейной складки. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца с фасцией. Далее тупым путем, используя кровоостанавливающий зажим, распрепаровывается	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	отек распространяется на поднижнечелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а так же подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области отека, пальпация болезненна, боли иррадируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 зуб имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия безболезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 зуб определяется разряжение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен, каналы запломбированы не полностью. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Где будет проводиться лечение больной с данной патологией? 3.Составьте план лечения. 4.Опешите методику оперативного вмешательства. 5.Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.	поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее следует тупо пройти в поднижнечелюстную область. После вскрытия и ревизии полости гнойного очага, в нее вводят резиновые или полихлорвиниловые перфорированные трубки. Дренажи фиксируются йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка. 5.Сверху - челюстно-подъязычная мышца, снизу - поверхностный листок собственной фасции шеи, под ним - подкожная мышца и фасция, подкожная клетчатка, кожа. Снаружи - внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Спереди и изнутри - переднее брюшко двубрюшной мышцы, сзади и изнутри - заднее брюшко двубрюшной мышцы. Поднижнечелюстная область содержит поднижнечелюстную слюнную железу, лимфатические узлы, лицевую артерию и вену.		
20.	Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27 зуб. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В	Ответы: 1.Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. 2.При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат 3.План лечения: удаление 27 зуба вскрытие абсцесса, проведение противовоспалительного лечения. 4.Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией, производится разрез слизистой оболочки переходной складки с	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	течении, 4-х 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 единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 зуба частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26, 27, 28 зубов отека, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 зуба отмечаются участки деструкции костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы. Вопросы: 1.Поставьте диагноз 2.Проведите его обоснование. 3.Составьте план лечения. 4.Опишите методику оперативного вмешательства. 5.Укажите с чем связаны такие клинические симптомы, как ограничение открывания рта и болезненность при глотании.	вестибулярной стороны на уровне 25,26,27,28 зубов. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажные трубки в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения. 5.Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.		
21.	Больная, 48 лет, обратилась с жалобами на наличие разрушенного 27 зуба,	Ответы: 1.Диагноз: Обострение хронического одонтогенного	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 27 зуба. При рентгенологическом исследовании 27 зуба определяется деструкция костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 27 зуба, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Корни каких зубов расположены наиболее близко ко дну верхнечелюстных пазух? 3.Как установить клинически наличия перфорации? 4.Тактика врача в данном случае. 5.Составьте план лечения.	левостороннего гайморита, перфорация верхнечелюстной пазухи слева в области лунки 27. 2.15,16,17,25,26,27 зубов. 3.Для выявления перфорации просят больного зажать нос пальцами и выдохнуть через нос. Воздух со свистом выходит из лунки, выделяется кровь с пузырьками воздуха. 4.Учитывая наличие гнойного отделяемого из лунки удаленного 27 зуба, следует промыть верхнечелюстную пазуху через лунку 27 зуба раствором фурацилина 1:1000, растворами химопсина, трипсина, до чистых промывных вод. Назначить больному противовоспалительную терапию и ежедневное промывание верхнечелюстной пазухи в течение недели до снятия явлений воспаления. 5.Снятие воспалительных явлений, затем решить вопрос об оперативном закрытии свища верхнечелюстной пазухи		
22.	Больной, 34 лет, поступил с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в обеих поднижнечелюстных и подподбородочных областях, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Беспокоит так же затруднение и болезненность при разговоре, жевании, глотании. Открывание рта ограничено, резко болезненно. Заболевание началось неделю назад, когда появились постоянные ноющие боли в 47 зубе, усиливающиеся при накусывании. Боли нарастают, появилась незначительная, болезненная разлитая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Два дня назад обратился в районную поликлинику, где был удален 47 зуб по поводу обострения хронического периодонтита. Несмотря на	Ответы: 1.Флегмона дна полости рта. 2.Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка. 3.Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. 4.Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы. 5.Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

удаление зуба, припухлость увеличилась, боли и симптомы нарушения функции нарастают. После повторного обращения к стоматологу направлен в стоматологический стационар. Объективно: больной бледен, пульс учащен, температура тела 38,5°C. В обеих поднижнечелюстных и подподбородочной областях определяется обширный болезненный с нечеткими границами инфильтрат, больше выраженный справа. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку в правой поднижнечелюстной области и ограниченно собирается в складку в подподбородочной и левой поднижнечелюстной областях. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движение языка, особенно его выведение наружу резко болезненно. Слизистая оболочка обеих челюстно-язычных желобков и подъязычной области отечна, справа гиперемирована, несколько инфильтрирована и болезненна. Лунка удаленного 47 зуба заполнена организующимся кровяным сгустком, покрытым фибринозным налетом. На ортопантомограмме в области лунки 47 зуба патологических изменений, инородных тел не определяется. В области тела нижней челюсти, ближе к ее краю на уровне 43 зуба определяется участок уплотнения костной ткани большой интенсивности с четкими контурами правильной овальной формы. Вопросы: 1. Поставьте диагноз 2. Проведите его обоснование. 3. Укажите на признаки, не характерные для данного заболевания. 4. С чем эти признаки могут	наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступя от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.		
--	---	--	--

	быть связаны? 5.Опишите методику оперативного лечения.			
23.	Больной, 50 лет, обратился с жалобами на подвижность 32,33,34, наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым, изменение конфигурации лица, постоянную субфебрильную температуру. Из анамнеза известно, что месяц назад после переохлаждения появились сильные боли в области нижней челюсти слева и резкое повышение температуры. Обратился в поликлинику по месту жительства, где был сделан разрез по переходной складке нижней челюсти слева и назначены антибиотики. Самочувствие улучшилось. Боли стихли. В дальнейшем к врачу не обращался. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,1° С. Имеется нарушение конфигурации лица за счет припухлости в нижнем отдел щечной области слева. При пальпации тела нижней челюсти слева определяется утолщение. Кожа над утолщенной костью истончена и натянута. Левые подчелюстные лимфоузлы незначительно увеличены и слегка болезненны. В полости рта 31,32,33,34 зубы - II-III степень подвижности, коронковая часть 34 частично разрушена. Слизистая оболочка этой области гиперемирована, рыхлая. В толще щеки слева, соответственно нижней челюсти слева имеется новообразование округлой формы, размером 3,0х3,0 см, безболезненное, кожа слегка гиперемирована и в центре спаяна с образованием. Это образование имеется у больного в течение нескольких лет, больного не беспокоит, слегка болезненно, отмечается	Ответы: 1.Предварительный диагноз: хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. 2.Для постановки окончательного диагноза необходимо определить наличие свищевых ходов с гнойным отделяемым в области бывшего разреза, а также сделать рентгенограмму тела нижней челюсти слева для определения состояния костной ткани и наличия секвестров. 3.План лечения: удаление 34 зуба, шинирование 31,32,33 зубов, промывание свищевых ходов антисептическими растворами, удаление секвестров. Назначается общеукрепляющая и витаминотерапия, препараты кальция. Раз в неделю следует повторить рентгенологическое исследование для определения состояния секвестров и по мере их формирования 4.Несущественным для составления плана лечения хронического остеомиелита является наличие новообразования в щечной области слева. 5.Произвести секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров. Периодически (раз в месяц) проводить электроодонтодиагностику (ЭОД) 31,32,33 зубов. В случае длительного отсутствия их восстановления их чувствительности следует их депульпировать и запломбировать каналы.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	медленное увеличение в размере. Вопросы: 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? 5.Где будет проводиться лечение больного с данной патологией? (поликлиника; стационар)			
24.	На прием явился пациент, 43 лет, с жалобами на онемение нижней губы справа. Из анамнеза выявлено, что 20 дней назад ему был удален 46 зуб по поводу хронического периодонтита. После чего болела вся правая половина нижней челюсти, затем боли стихли, лунка зажила. Постепенно стало нарастать онемение губы, особенно кожи, которые не проходили до настоящего времени. Из опроса выявлено, что во время обезболивания для удаления зуба больной почувствовал резкий, короткий «болевого удар» в нижнюю челюсть слева. Удаление зуба было безболезненным и без затруднений. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Проведите его обоснование. 3.Какова причина возникновения данного осложнения? 4.Составьте план лечения. 5.Техника удаления 46 зуба.	Ответы: 1.Травматический неврит 2.Травма нижнечелюстного нерва во время анестезии 3.Травма ствола нерва 4.Физиотерапевтические процедуры, массаж, витаминотерапия, иглорефлексотерапия, гипербарическая оксигенация. 5.Отслаивание круговой связки, наложение щипцов, продвижение щипцов, фиксация, люксация, тракция. Кюретаж, гемостаз.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
25.	В стоматологический стационар поступила больная, 42 года, с жалобами на постоянные ноющие боли в горле справа, резко усиливающиеся при глотании, резкое ограничение открывания рта, общую слабость, недомогание озноб,	Ответы: 1.По всей видимости врачами был недооценен объем поражения тканей острым гнойным воспалительным процессом, так как абсцесс и флегмона имеют свои характерные клинические особенности. По-видимому, не	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

повышение температуры тела до 38,5°C. При осмотре обнаружен воспалительный инфильтрат, резко болезненный в области боковой стенки глотки справа. Слизистая оболочка над ним гиперемирована, отечна. Коронковая часть 48 зуба разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Кроме того, внимание врачей было обращено на наличие болезненного, подвижного опухолевидного образования с четкими контурами, мягко-эластичной консистенции в толще правой щеки. Больная сообщала, что 2 года назад ей был поставлен диагноз: липома правой щечной области, но от предложения оперативного лечения она воздержалась. После проведенного обследования больной был поставлен диагноз: абсцесс окологлоточного пространства. Произведено удаление 48 зуба, абсцесс вскрыт внутриротовым путем, получен гной. Больная госпитализирована. Однако после проведенного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться, явления воспаления нарастали. Через несколько часов диагноз был изменен: флегмона крыловидночелюстного и окологлоточного пространства справа. Произведено повторное оперативное вмешательство внеротовым доступом. Получено большое количество гнойного отделяемого. После этого состояние больной начало улучшаться. Вопросы: 1. Почему после первого оперативного вмешательства состояние больной продолжало ухудшаться? 2. Как могло повлиять наличие липомы щечной области на	все существенные признаки были учтены, а именно: объем и локализация инфильтрата, характер и степень нарушения функций, выраженность общих симптомов интоксикации. При недостаточной диагностике объем первого оперативного вмешательства и дренирования оказался неадекватным объему поражения, что и привело к дальнейшему распространению воспалительного процесса. С другой стороны, при адекватной диагностике само оперативное вмешательство, как травмирующий фактор в сенсibilизированных тканях может явиться дополнительным пусковым моментом дальнейшего развития и распространения инфекционно-аллергического процесса. 2. Наличие липомы никак не может повлиять на тактику оперативного вмешательства. В данном случае это несущественный признак. Однако, в послеоперационном периоде следует воздержаться от назначения физиотерапии, как малигнизующего фактора. 3. После выполнения обезболивания производится разрез в под-нижне-челюстной области, отступя от края нижней челюсти на 1,5-2,0 см по ходу верхней шейной складки (длинной около 7,0 см). Рассекается кожа, подкожная клетчатка, поверхностная фасция с мышцей. Затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Тупым путем ткани распрепаровываются до нижнего края и внутренней поверхности нижней челюсти.		
---	--	--	--

	тактику оперативного и консервативного лечения? 3.Опишите методику вскрытия флегмоны внеротовым доступом. 4.Назовите границы крыловидно-челюстного пространства. 5.Назовите границы окологлоточного пространства	Нужно найти место прикрепления медиальной крыловидной мышцы к внутренне-нижней части поверхности ветви нижней челюсти. Затем, скользя по внутренней (медиальной) поверхности мышцы вверх, вскрывается окологлоточное пространство. Затем на небольшом протяжении необходимо отделить нижний край медиальной крыловидной мышцы от внутренней поверхности ветви челюсти и проникнуть вверх между костью и мышцей, тем самым вскрыв крыловидно-челюстное пространство. Во вскрытые клетчаточные пространства вводятся резиновые перфорированные трубки, фиксируются у кожи йодо-формным тампоном. Накладывается асептическая повязка. 4.Передняя - щечно-глоточный шов, задняя - околоушная железа, наружная - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти, внутренняя - наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы, верхняя - нижняя поверхность латеральной крыловидной мышцы и межкрыловидная фасция, нижняя - место прикрепления сухожилия медиальной крыловидной мышцы к нижней челюсти 5.снаружи - медиальная крыловидная мышца, глоточный отросток околоушной слюнной железы; внутри - боковая стенка глотки и мышцы, поднимающие и натягивающие мягкое нёбо; спереди - крылочелюстной шов; сзади - боковые фасциальные отростки, идущие от предпозвоночной фасции к стенке глотки.		
26.	Доставлен больной с кровотечением после удаления зуба. Выявлено, что несколько	Ответы: 1.Из крупной зубной веточки нижней альвеолярной артерии	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	часов назад удален 36 зуб, дома открылось кровотечение, которое резко усиливалось, была вызвана скорая помощь. Заболеванием крови, гипертонической болезнью больной не страдает, раньше при удалении зуба кровотечения не было. В полости рта видны сгустки и свежая кровь, слизистая оболочка альвеолярного гребня не разорвана. После анестезии и удаления сгустка, а так же ревизии лунки установлено, что кровотечение исходит со дна лунки. Вопросы: 1.Источник кровотечения. 2.Анестезия. 3.Техника остановки кровотечения 4.Какие гемостатики можно использовать? 5.Трудоспособен ли больной?	вследствие нарушения больным инструкций врача 2.Торусальная или мандибулярная (проводниковая) анестезия 3.Для того чтобы остановить кровотечение из глубины лунки, ее вначале очищают от тромба и осколков кости хирургической ложкой, а после промывания раствором антисептика просушивают и плотно тампонируют турундой, пропитанной йодоформной жидкостью, начиная со дна и заполняя всю лунку. Для тампонады применяют также биопластик с тромбином, эпсилон-аминокапроновую кислоту, противостолбнячную сыворотку, биологические гемостатические препараты (гемостатическая губка, фибринная пленка, коллагеновая губка) 4.Хороший эффект дает прижигание трихлоруксусной кислотой, кристалликами калия перманганата. 5.В день операции нет.		
27.	Больной, 57 лет, поступил с жалобами на боли в области правой половины языка, усиливающиеся при разговоре, приеме пищи, затрудненное и болезненное открывание рта. В течение пяти лет наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита. Дважды ранее проводилось вскрытие паротонзиллярных абсцессов. Неделю назад заболело горло, обратился к ЛОР-врачу. Проводилось лечение по поводу обострения хронического тонзиллита. Несмотря на проводимое лечение около трех дней назад появилось чувство заложенности в ухе справа, боли при глотании незначительно усилились больше справа, появилось затруднение при открывании рта, резкая болезненность.	Ответы: 1.Необходимо дополнительное проведение рентгенологического обследования для выявления причины воспалительного заболевания. 2.Абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Более полный диагноз будет зависеть от результатов рентгенологического исследования. 3.План лечения зависит от результатов рентгенологического обследования. У больного отмечается деформация нижней челюсти за счет вздутия и при рентгенологическом обследовании может быть выявлено кистовидное образование (киста или опухоль). В этом случае помимо вскрытия абсцесса и	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	Симптомы нарастали. ЛОР-врачом направлен на консультацию к стоматологу. Объективно определяются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в обеих поднижнечелюстных областях, а также в позадичелюстной области справа. Открывание рта 1,5-2,0 см, резко болезненное. Движения языка не ограничены, болезненны. Определяется отек слизистой оболочки дна полости рта, больше справа, небных дужек справа и слева. Миндалины увеличены, рыхлые, гиперемированные. Пальпация в области крыловидно-челюстных складок слабо болезненна, инфильтрации не определяется. Пальпируется резко болезненный инфильтрат в области челюстно-язычного желобка справа. Определяется незначительная деформация тела нижней челюсти справа за счет вздутия, пальпация безболезненна. В 46 зубе глубокая кариозная полость. Зондирование, перкуссия безболезненны. Вопросы: 1. Составте план обследования больного. 2. Поставьте предположительный диагноз. 3. Какие дополнительные сведения, выявленные при обследовании, могут повлиять на план лечения и как? 4. Укажите несущественные для данного заболевания признаки. 5. С чем они связаны?	удаления причинного зуба в дальнейшем нужно планировать удаление новообразования. 4. Несущественные признаки: заложенность уха, боли в горле, увеличение миндалин, отечность слизистой оболочки небных дужек 5. свидетельствуют о наличии ЛОР-заболеваний.		
28.	Больная, 35 лет, поступила с жалобами на боли при глотании, ограниченное болезненное открывание рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела. Заболевание началось около двух дней назад после переохлаждения. При осмотре в клинике хирургом-стоматологом поставлен	Ответы: 1. Диагноз поставлен, прежде всего, на основании локализации воспалительного инфильтрата в области челюстно-язычного желобка. Диагноз хронического периодонтита поставлен на основании клинико-рентгенологического исследования.	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	диагноз: абсцесс челюстно-язычного желобка справа. Обострение хронического периодонтита 46 зуба. Удален 46 зуб, вскрыт абсцесс. Вопросы: 1. На основании каких клинических симптомов поставлен данный диагноз? 2. При какой локализации воспалительного процесса больные могут предъявлять аналогичные жалобы? 3. Какие серьезные осложнения возможны при вскрытии абсцесса челюстно-язычного желобка? 4. Что нужно сделать, чтобы их избежать? 5. Техника удаления 46 зуба.	2. Ведущими жалобами являются боли при глотании и ограниченное олезненное открывание рта. Возникают они при локализации воспалительного процесса в области боковой стенки глотки и мышц, участвующих в акте глотания и движения нижней челюсти. Следующие локализации: абсцесс челюстно-язычного желобка, абсцесс и флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространства, флегмона подвисочной и крыло-небной ямки. 3. Наиболее серьезными осложнениями являются травма или пересечение язычной артерии и язычного нерва, которые располагаются в подслизистом слое. При этом возникает сильное трудноостановимое кровотечение, а при травме язычного нерва - неврит, проявляющийся в выпадении чувствительности передних двух третей языка с соответствующей стороны. 4. Для того, чтобы избежать этих осложнений при вскрытии абсцесса, необходимо рассекать только слизистую оболочку максимально приближаясь к внутренней поверхности тела нижней челюсти. При этом лезвие скальпеля нужно обмотать марлей, оставив оголенным только концевой отдел, длиной 0,2-0,3 см. Лезвие скальпеля следует направлять к телу челюсти. В дальнейшем распрепаровка тканей и вскрытие абсцесса производятся только тупым путем. 5. Отслаивание круговой связки 46 зуба, наложение щипцов, продвижение		
--	--	---	--	--

		щипцов, фиксация, люксация, тракция. Кюретаж, гемостаз.		
29.	Больная, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие в правой щечной области болезненной припухлости. Боль усиливается при открывании рта, во время приема пищи, при разговоре. Отмечается резкая асимметрия лица, гиперемия кожи правой щеки, общая слабость, недомогание, незначительное повышение температуры тела. Вопросы: 1. Составьте план обследования больной. 2. Какие заболевания можно предположить при наличии вышеперечисленных жалоб? 3. Какие сведения, которые необходимо получить, будут наиболее важными для постановки диагноза? 4. Как будет зависеть лечебная тактика от установленного диагноза? 5. В каких условиях производится лечение?	Ответы: 1. При сборе анамнеза необходимо уточнить время появления припухлости, с чем это появление было связано и какова динамика роста? Проводилось ли какое-либо лечение? При объективном обследовании необходимо выяснить характер припухлости: отек, инфильтрат, опухоль и т.п. Точная локализация, наличие симптома флюктуации, болезненности, характер изменений кожи и слизистой оболочки, а также степень и характер нарушения функций. При рентгенологическом обследовании выявляются очаги одонтогенного инфицирования или другие патологические изменения костной ткани. При подозрении на опухоль морфологические методы исследования проводятся только после снятия воспалительных явлений. При подозрении на специфический воспалительный процесс, необходимо провести цитологическое исследование пунктата или отделяемого из гнойного очага. 2. При наличии вышеперечисленных жалоб прежде всего можно предположить наличие воспалительных заболеваний (абсцесса, флегмона, воспалительный инфильтрат, лимфоденит), как неспецифических, так и специфических. Можно предположить наличие опухолей и опухолевидных образований, прежде всего доброкачественных: эпидермальная киста в стадии воспаления или нагноения, лимфангиома в стадии воспаления. Нельзя также исключить наличие злокачественной опухоли в	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

		стадии распада. 3. При наличии воспалительного заболевания или при воспалении эпидермальной кисты или лимфангиомы, необходимо устранить очаги возможного инфицирования и снять воспалительные явления. При абсцедировании необходимо вскрытие и дренирование гнойного очага. Если абсцедирования нет - возможно проведение консервативного противовоспалительного лечения. 4. При актиномикозе дополнительно назначают курсы лечения актинолизатом или аутовакциной. При подтверждении диагноза злокачественной опухоли больной направляется в онкологический диспансер. 5. В условиях стационара		
30.	Больной, 38 лет, поступил в клинику с жалобами на наличие резко болезненной припухлости в левой щечной области, резкую болезненность при попытке открыть рот, при жевании, повышение температуры тела до 38,0°C. Три дня назад во время еды прикусил щеку слева, после чего появилась припухлость, постепенно увеличивалась. Объективно: в левой щечной области пальпируется резко болезненный воспалительный инфильтрат, занимающий всю область с нечеткими контурами. Кожа над ним гиперемирована, ограниченно собирается в складку. Коллатеральный отек распространяется на подглазничную, височную, околоушно-жевательную области слева, верхнюю губу. Открывание рта резко болезненно до 3,0-3,5 см. Поднижнечелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Слизистая оболочка левой щеки	Ответы: 1. Флегмона щечной области слева. 2. Дополнительно необходимо провести рентгенологическое обследование зубов и челюстей для выявления возможных очагов одонтогенного инфицирования и решить вопрос об их устранении. 3. Необходимо произвести вскрытие флегмоны под местной анестезией с премедикацией или под наркозом. Учитывая то, что воспалительный инфильтрат локализуется преимущественно кнутри от щечной мышцы, вскрытие производится внутриротовым доступом: разрез ближе к нижнему своду преддверия рта параллельно переходной складки. После рассечения слизистой оболочки тупым путем проникают в полость гнояника, опорожняют его, производят ревизию и дренируют. Если данного разреза оказывается недостаточно, дополнительно	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. По линии смыкания зубов слева определяется раневая поверхность с разможенными краями, заполненная некротическими массами, резко болезненная. На слизистой оболочке обеих щек имеются участки гиперкератоза, не возвышающиеся над уровнем слизистой оболочки с нечеткими контурами, неравномерной интенсивности, не снимающиеся при поскабливании. Полость рта не санирована, имеется большое количество наддесневых и поддесневых зубных отложений. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Определите план обследования. 3.Составьте план лечения. 4.Укажите признаки, несущественные для данного заболевания. 5.Дайте им объяснение	выполняют внеротовой разрез. Назначается противовоспалительная терапия. 4.Несущественными для данного заболевания признаками является наличие на слизистой оболочке щек участков гиперкератоза 5.Признаки гиперкератоза могут свидетельствовать о существующей у больного лейкоплакии. После снятия воспалительных явлений необходимо лечить лейкоплакию.		
31.	Больной, 33 лет, обратился с жалобами на наличие разлитой, резко болезненной припухлости правой половины лица, невозможность открывания рта, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5-39,0°C. Из анамнеза выявлено, что четыре дня назад был избит неизвестными у подъезда своего дома. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Удар пришелся в правую половину нижней челюсти. Два дня назад боли усилились, появилось ограничение открывания рта, недомогание, затем озноб. Симптомы нарастали. Обратился в травматологический пункт, направлен в стоматологический стационар. Объективно: в правой	Ответы: 1.Флегмона околоушно-жевательной области справа. 2.Причина развития флегмоны - нагноившаяся гематома. Гематома, возникшая после травмы, на фоне существования очагов хронической одонтогенной инфекции - хронического периодонтита 48, 47 зубов. 3.План лечения: удаление 47,48 зубов вскрытие флегмоны, дренирование раны и госпитализация больного в стационар для проведения комплекса местного и общего противовоспалительного лечения. 4.Вскрытие флегмоны осуществляется внеротовым доступом. Под наркозом или под местной анестезией с премедикацией производится разрез в поднижнечелюстной области справа, длиной 5,0-	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	околоушно-жевательной области определяется разлитой, без четких границ воспалительный инфильтрат, занимающий всю область, резко болезненный, в глубине - флюктуация. Кожа над инфильтратом гиперемизована, напряжена, в складку не собирается. Открывание рта невозможно, определяются лишь незначительные боковые движения нижней челюсти. В поднижнечелюстной и позадичелюстной областях справа пальпируются увеличенные болезненные лимфоузлы. Выражен коллатеральный отек, распространяющийся на всю правую половину лица. В полости рта: отек слизистой оболочки задних отделов щечной и ретромолярной областей справа. Коронковые части 47,48 зубов значительно разрушены. Перкуссия безболезненна. При рентгенологическом исследовании данных за перелом нижней челюсти не определяется, в области верхушек корней 47,48 зубов имеется деструкция костной ткани с нечеткими контурами, размером 0,2-0,3 см. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Укажите, что послужило причиной развития воспалительного процесса? 3.Составьте план лечения. 4.Опишите методику оперативного вмешательства. 5.Укажите границы околоушно-жевательной области.	7,0 см по ходу верхней шейной складки, отступя от края нижней челюсти на 1,5-2,0 см. Рассекается кожа, подкожная клетчатка. Затем по наружной поверхности поверхностной мышцы с фасцией, тупым путем отпрепаровывая ткани, поднимаемся до нижних отделов околоушно-жевательной области. Тупым путем рассекается и распрепаровывается собственно-жевательная фасция. На небольшом протяжении отделяется от кости в месте прикрепления собственно жевательная мышца. Для адекватного вскрытия флегмоны необходимо тупым путем проникнуть во все клетчаточные пространства околоушно-жевательной области: над мышцей, между порциями мышцы и под ней. Необходимо следить за тем, чтобы не травмировать околоушную слюнную железу и ветви лицевого нерва. Дренажные перфорированные трубки подводятся во все вскрытые клетчаточные пространства и фиксируются йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка. 5.Соответствуют скуловой дуге сверху, краю нижней челюсти снизу, переднему краю жевательной мышцы спереди, наружному слуховому проходу сзади.		
32.	Больной, 32 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 месяцев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах. Объективно: на боковой поверхности шеи слева в	Ответы: 1.При постановке предварительного диагноза прежде всего следует предположить наличие боковой кисты шеи слева на основании характерной локализации. Нельзя также исключить наличие хронического гипер-	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	области верхней трети впереди грудино-ключично-сосцевидной мышцы слева определяется образование, размером 3,0х4,0 см, с четкими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции. Кожа над ним в цвете не изменена. Образование хорошо контурируется при повороте головы в правую сторону. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2.Наметьте план обследования. 3.Какие результаты дополнительного исследования будут свидетельствовать о подтверждении диагноза? 4.Составьте план лечения. 5.Где будет проводиться лечение? (поликлиника,стационар)	пластического лимфаденита и доброкачественной опухоли шеи. 2.Для подтверждения диагноза необходимо провести цитологическое исследование. 3.При получении во время пункции прозрачной жидкости, диагноз будет подтвержден. 4.Лечение хирургическое - удаление кисты 5.В условиях стационара.		
33.	В приемное отделение доставлен больной, 25 лет, с ранением средней зоны лица и верхней челюсти и результате взрыва гранаты. Раневая поверхность обильно загрязнена землей, а также рвотными массами и сгустками крови, дыхание затруднено, нарастает дыхательная недостаточность. Вопросы: 1.О каком виде асфиксии идет речь? 2.Какова первая помощь такому раненому? 3.В каком случае будет использоваться радикальное лечение? 4.В чем оно будет заключаться? 5.Особенности огнестрельных ранений в челюстно-лицевую область?	Ответы: 1.Аспирационная асфиксия. 2.Первая помощь заключается в обработке раны с удалением сгустков крови, рвотных масс, инородных тел для устранения асфиксии. 3.Радикальное лечение при нарастании асфиксии 4.Интубация, трахеотомия, по возможности - активная аспирация рвотных масс и крови через интубационную трубку или трахеостому. 5.Обезображивание, наличие зубов в зоне повреждения, сочетанное повреждениежизненно важных органов головы и шеи (головной мозг, органы зрения и слуха, глотка, гортань, трахея, крупные сосуды и нервные стволы шеи) часто сказывается на тяжести ранений и приводит к тяжелым осложнениям, несоответствие между видом и тяжестью ранения, Высокая регенеративная способность тканей лица,нарушение питания раненых,	ТК ГИА	ПК3, ПК5, ПК8,ПК 13

		невозможность пользоваться средствами индивидуальной защиты		
34.	В клинику доставлен пострадавший, 45 лет, с осколочно-пулевым слепым ранением челюстно-лицевой области. Осколок огнестрельного снаряда попал в толщу мягких тканей корня языка. Раненый в сознании. Отмечается незначительное кровотечение, нарастает дыхательная недостаточность. Вопросы: 1. Чем обусловлено появление затрудненного дыхания? Какой вид асфиксии здесь является ведущим? 2. Каким должно быть положение тела раненого во время транспортировки с поля боя? 3. Составьте план оказания первой, конкретно необходимой помощи в условиях боя. 4. Составьте план оказания медицинской помощи в санитарном батальоне. 5. Составьте план лечения в специализированном челюстно-лицевом госпитале.	Ответы: 1. Стенотическая асфиксия - обусловленная нарастанием отека корня языка. 2. Набок на стороне поражения лицом вниз. 3. а) возможно устранение причин, затрудняющих дыхание. Использование "английской булавки" для прокалывания языка, вытяжения его и фиксации повязкой вокруг шеи; б) остановка кровотечения путем наложения давящей повязки; в) первоочередная транспортировка больного в санитарный батальон. 4. а) Наложение трахеостомы по показаниям; б) первичная хирургическая обработка раны; в) полная остановка кровотечения; г) введение по показаниям кровезаменителей; д) направление в специализированный челюстно-лицевой госпиталь. 5. а) Осмотр и оценка раневого дефекта челюстно-лицевой области; б) возможная вторично-отсроченная хирургическая обработка раны; в) пластика раневого дефекта местными тканями, использование филатовского стебля, а также сложных тканевых комплексов на микрососудистых анастомозах.	ТК ГИА	ПК3, ПК5, ПК8, ПК 13
35.	В клинику доставлен больной, 30 лет, со сквозным пулевым ранением челюстно-лицевой области. Имеется отрыв мягких тканей щечной области слева. АД 90/60 мм рт. ст., сознание спутанное, из раны отмечается незначительное кровотечение. Вопросы: 1. Укажите, что может	1. Возникновение возможного обильного кровотечения из раны. 2. а) своевременная остановка кровотечения, наложение давящей повязки; б) обезболивающая терапия - внутримышечное введение промедола, омнопона, морфина; в) использование подручной транспортной		ПК3, ПК5, ПК8, ПК 13

	представлять опасность для жизни больного. 2. Определите объем медицинской помощи в условиях санитарного инструктора роты; 3. Определите объем медицинской помощи в условиях санитарного батальона; 4. Определите объем медицинской помощи в условиях специализированного челюстно-лицевого госпиталя. 5. Укажите вид реконструктивных операций применительно к данному больному.	иммобилизации и щадящую транспортировку в санитарный батальон. 3. а) проведение первичной хирургической обработки (ПХО) раны под местной анестезией, при возможности - эндотрахеальный наркоз, противовоспалительная терапия; б) ПХО челюстно-лицевой области, щадящая первичная хирургическая обработка - удаляются только некротизированные ткани, поверхностно лежащие мелкие кости, зубов, противовоспалительная, физиотерапия; в) проводится ревизия верхнечелюстных пазух, остеосинтез верхней и нижней челюсти, скуловых костей, ушивание краев раны с учетом последующей пластики в специализированных госпиталях, противовоспалительная, антибактериальная терапия, физиолечение; г) при комбинированных поражениях (лучевых) все хирургические вмешательства на этапах эвакуации такие же, однако следует помнить, что хирургическое вмешательство следует проводить в скрытый период лучевой болезни - до 21 дня, проводится санация полости рта с удалением металлических протезов. 4. В специализированных челюстно-лицевых госпиталях проводятся реконструктивные операции. 5. Применительно к данному больному можно использовать реконструктивные операции с применением местных тканей, филатовского стебля и сложными комплексами, включающих в себя все виды тканей на микро сосудистых анастомозах.		
36.	Больной, 40 лет, поступил в клинику с жалобами на незаживающую рану в левой щечной области, наличие язвенного поражения	Ответы: 1. Жалобы больного на вялотекущий раневой процесс, язвенно-некротические поражения слизистой полости		ПК3, ПК5

слизистой оболочки полости рта, болезненных кровоточащих трещин на языке и губах, а также на ухудшение самочувствия, вялость, апатию. Из анамнеза выяснено, что две недели назад был в очаге повышенной радиации на оборонном объекте, также получил травму левой щечной области, в первые сутки после облучения отмечал ухудшение самочувствия, слабость, падение артериального давления. Первичная хирургическая обработка раны была проведена через 24 часа после травмы. Затем в течение 8 дней больной чувствовал себя удовлетворительно, жалоб не предъявлял, рана заживала без осложнений. Через 10 дней после травмы вновь ухудшилось состояние, появились очаги некроза в центре раны, расхождение швов в щечной области слева, обнаружались язвы на слизистой оболочке полости рта, трещины на языке и губах, начали выпадать волосы. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. В настоящее время по общему статусу состояние больного средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов, артериальное давление 100/70 мм рт. ст., пульс 95 ударов в минуту, слабого наполнения. При осмотре отмечается вялотекущий раневой процесс в левой щечной области, образование участков некроза в центре раны, вялая эпителизация по краям. Незначительные островки белых синюшных грануляций. Имеются кровоточащие трещины на губах и языке. Слизистая оболочка полости рта отечна, гиперемирована, имеются язвы покрытые зеленоватым слизеподобным экссудатом.	рта, наличие трещин на губах и языке в сочетании с данными анамнеза о нахождении больного две недели назад в очаге повышенной радиации, временном улучшении состояния с нормальной регенерацией тканей с последующим ухудшением состояния и замедлением регенераторных процессов. , 2.Лучевая болезнь - III период. Комбинированное радиационное поражение и ранение щечной области слева. 3.Наличие язвенно-некротического поражения и кровоточащих трещин губ и языка, участки некроза на фоне вялотекущего регенеративного процесса в области раны щечной области свидетельствует о третьем периоде лучевой болезни. 4.Комплексное лечение проводится стоматологом и терапевтом, имеющим опыт лечения лучевой болезни. Предусматривается введение антидота (унитиола в данном случае), физиологического раствора, глюкозы, раствора хлорида натрия, антигистаминных средств, аскорбиновой кислоты, проведение активной дезинтоксикационной иммуностимулирующей и общеукрепляющей терапии. Лечение ожогов заключается во введении обезболивающих средств, противостолбнячной сыворотки, сердечных средств, назначение антибиотиков, питья. 5.Местное лечение при открытом способе предусматривает применение препаратов, способствующих отторжению некротических масс антибактериальных препаратов и средств стимулирующих регенерацию.		
---	--	--	--

	Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Укажите период заболевания. 4.Составьте план комплексного лечения. 5.Составьте план местного лечения.			
37.	Больной, 21 года, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, апатию, сонливость, головокружение и наличие раны верхней губы. Из анамнеза выяснено, что сутки назад был подвержен облучению на атомной станции из-за нарушения правил техники безопасности, причем в это же время в момент падения ударился лицом и травмировал верхнюю губу. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, врожденную расщелину верхней губы, оперированную в 4-х месячном возрасте. По общему статусу отмечается состояние средней тяжести, больной вялый, кожные покровы бледные, сухие, артериальное давление 95/70 мм рт. ст., пульс 90 ударов в минуту, слабого наполнения. При местном осмотре определяется сквозная рвано-ушибленная рана верхней губы, в ране имеются песок, машинное масло. В левой половине губы определяются фрагменты рубцовой ткани. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Составьте план лечения. 4.С чем связано наличие фрагментов рубцовой ткани в ране? 5.Составте план лечения дефекта на губе.	Ответы: 1. Жалобы больного на наличие раны верхней губы и плохое самочувствие спустя сутки после травмы, полученной в очаге повышенной радиации в сочетании с данными общего осмотра - состояние средней тяжести, низкое давление, слабый частый пульс, и местного осмотра - за грязненная рана верхней губы - свидетельствуют о комбинированном радиационном поражении и ране верхней губы. 2.Комбинированное радиационное поражение и сквозная рвано-ушибленная рана верхней губы. 3.Лечение лучевой болезни терапевтом, местное противовоспалительное и стимулирующее регенерацию лечение. 4.Наличие фрагментов рубцовой ткани связано с ранее проведенной операцией хейлопластики. 5.После снятия воспаления и рубцевания, а также после ликвидации постлучевых реакций пластика дефекта на губе.		ПК3, ПК5
38.	Больная, 39 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие резко болезненной	Ответы: 1.Флегмона поднижнечелюстной области	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

припухлости в правой поднижнечелюстной области, ограниченное болезненное открывание рта, боли в 45 зубе, усиливающиеся при накусывании, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,0° С. 45 зуб заболел 10 дней назад. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании, к врачу не обращалась. Два дня назад появилась и начала быстро увеличиваться болезненная припухлость в правой поднижнечелюстной области. При этом боли в 45 зубе несколько уменьшились. Обратилась к врачу. Объективно: в правой поднижнечелюстной области пальпируется резко болезненный разлитой воспалительный инфильтрат, занимающий всю область. Кожа над ним гиперемирована, не собирается в складку. Определяется незначительный участок флюктуации в центре инфильтрата. Коллатеральный отек распространяется на позадичелюстную, нижние отделы щечной области, верхние отделы шеи справа, а также подподбородочную область. Открывание рта 1,0-1,5 см, болезненное. В полости рта слизистая оболочка челюстно-язычного желобка и подъязычной области справа отечна, пальпация безболезненна, боли иррадиируют в поднижнечелюстную область. В коронковой части 45 зуба имеется глубокая кариозная полость, безболезненная при зондировании. Перкуссия болезненная. При рентгенологическом исследовании в области верхушек корней 45 зуба определяется разрежение костной ткани с нечеткими контурами. Зуб ранее лечен,	справа. 2.Обострение хронического периодонтита 45 зуба. 3.Хирургическое лечение заключается в удалении причинного зуба, вскрытии флегмоны. Больная госпитализируется для проведения местного и общего противовоспалительного лечения. 4.Под анестезией с премедикацией или под наркозом производится разрез в правой поднижнечелюстной области параллельно нижнему краю нижней челюсти, отступя от него 1,5-2,0 см, чтобы не повредить краевую ветвь лицевого нерва. Лучше разрез ориентировать по ходу верхней шейной складки. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца с фасцией. Далее тупым путем, используя кровоостанавливающий зажим, распрепаровывается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее следует тупо пройти в поднижнечелюстную область. После вскрытия и ревизии полости гнойного очага, в нее вводят резиновые или полихлорвиниловые перфорированные трубки. Дренажи фиксируются йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка. 5.Сверху - челюстно-подъязычная мышца, снизу - поверхностный листок собственной фасции шеи, под ним - подкожная мышца и фасция, подкожная клетчатка, кожа. Снаружи - внутренняя поверхность тела нижней челюсти. Спереди и изнутри - переднее брюшко двубрюшной мышцы, сзади и изнутри - заднее брюшко		
---	---	--	--

	каналы запломбированы неполностью. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Назовите наиболее вероятный путь инфицирования. 3.Составьте план лечения 4.Опишите методику оперативного вмешательства. 5.Укажите анатомические границы поднижнечелюстной области.	двубрюшной мышцы. Поднижнечелюстная область содержит поднижнечелюстную слюнную железу, лимфатические узлы, лицевую артерию и вену.		
39.	Пациент С., 25 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на стойкую боль в области нижней челюсти справа. Боли носят тупой характер, беспокоят в течение двух недель. Со стороны внутренних органов и систем пациент патологии не отмечает. Объективно: конфигурация изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти справа, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,4 × 0,4 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот безболезненно, в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области з 48 гиперемирована, отечна. Коронка з 48 зуба прорезалась на ½ медиальными буграми. Зуб 48 зуб дистально наклонен. При надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры 48 зуба, из-под него выделяется серозное отделяемое. По данным лучевых методов исследования (дентальной	Ответы: 1.На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия 48 зуба, дистальный наклон, осложненный острым серозным перикоронаритом. 2.В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования. Учитывая то, что по данным дентальной рентгенограммы определяется наложение проекции апекса корня 48 зуба на тень нижнечелюстного канала, пациенту целесообразно назначить лучевое исследование, проводимое в двух проекциях. Один снимок должен быть выполнен в параллельной проекции, а другой — в эксцентрической (под углом 15° при направлении пучка излучения снизу вверх). Указанный прием даст возможность более точно определить проекцию апекса корня зуба, наслаивающуюся на тень нижнечелюстного канала, когда в действительности она располагается в язычном направлении от последнего. На рентгеновском снимке, выполненном в эксцентрической проекции, верхушка корня будет определяться несколько выше тени нижнечелюстного канала. В тех наблюдениях, когда апекс корня третьего моляра	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня 48 зуба на тень нижнечелюстного канала. Вопросы: 1. На основании данных клинического осмотра поставьте диагноз. 2. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации? 3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации? Составьте план комплексного лечения. 4. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) пациенту должна быть оказана специализированная помощь (выполнена операция удаления 48 зуба)? 5. Какие возможны осложнения при проведении операции сложного удаления 48 зуба в указанной клинической ситуации?	отклоняется в щечном направлении от нижнечелюстного канала, на снимке в эксцентрической проекции верхушка корня зуба будет располагаться несколько ниже тени канала. 3. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации будет реализована в следующем плане комплексного лечения: – экстренное хирургическое вмешательство — перикоронарозотомия в области 48 зуба; – назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства; – местно — ежедневные перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков и применением препаратов «Альвогель», «Линкомициновая пленка», «Бемалид»; – назначение курса ФТЛ или рефлексотерапии. 4. После купирования острых воспалительных явлений в послеоперационном периоде пациенту должно быть рекомендовано плановое оперативное вмешательство — сложное удаление 48 зуба, которое следует выполнять в условиях стационара в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии. 5. При проведении операции сложного удаления зуба 48 зубав указанной клинической		
--	---	---	--	--

		ситуации могут развиваться следующие осложнения: перелом нижней челюсти, нарушение целостности сосудисто-нервного пучка, профузное кровотечение, травматический неврит нижнего альвеолярного нерва.		
40.	На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 39 лет, с жалобами на боли и отечность в правой поднижнечелюстной области. Из анамнеза пациентки известно, что четыре дня назад она обращалась к стоматологу-терапевту с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит в стадии обострения и лечила зуб 4.7. Врач удалил из корневых каналов распад пульпы, оставил зуб 4.7 открытым, дал рекомендации (ванночки гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в сутки) и назначил прием через неделю. На следующий день у пациентки в поднижнечелюстной области справа появилось подвижное болезненное образование округлой формы, а через два дня после обращения к стоматологу в области округлого образования появились боли, отек. Пациентка отмечает, что образование в поднижнечелюстной области по мере увеличения в размерах теряет свою подвижность. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подчелюстной области справа, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование (1,8 × 2,0 см), эластичной консистенции, плохо подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. По его центру определяется очаг размягчения. Температура тела	Ответы: 1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке может быть поставлен диагноз острый гнойный одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области справа. 2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациентке должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии. 3. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен выдать пациентке направление в стационар для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага поднижнечелюстной области справа. 4. При проведении оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага поднижнечелюстной области справа по поводу острого гнойного одонтогенного лимфаденита поднижнечелюстной области справа от зуба 4.7 — выделяют следующие этапы: — обезболивание, как правило, потенцированное (нейролептаналгезия и инфильтрационная анестезия); — разрез параллельно нижнему краю нижней челюсти на участке наиболее выраженной флюктуации на всем протяжении воспалительного инфильтрата, по возможности впереди от лицевой артерии и вены; — продвижение к	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	пациентки 37,7 °С. Вопросы: 1.Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке? 2.В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации? 3.Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации? 4.Какова последовательность первичной хирургической обработки гнойного очага в данной клинической ситуации? Определите оперативный доступ. 5.Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга, выполняющего первичную хирургическую обработку гнойного очага, по отношению к причинному зубу?	гнойному очагу, тупо (зажимом) раздвигая ткани, и его опорожнение после раздвижения браншей; – при помощи кюретажной ложечки Фолькмана удаление из гнойного очага остатков полураспавшегося лимфатического узла; – введение в рану трубчатого мультиморфного перфорированного дренажа; – назначение в послеоперационном периоде комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, ФТЛ (после очищения раны и снятия острых воспалительных явлений) или рефлексотерапию (с первых суток после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага). 5.Тактика челюстно-лицевого хирурга, выполняющего первичную хирургическую обработку гнойного очага, по отношению к причинному зубу должна быть однозначной — удаление зуба 4.7.		
41.	Больной, 32 лет, обратился с жалобами на наличие новообразования в области верхнего отдела шеи слева. Обнаружил случайно около 6 месяцев назад. С тех пор образование несколько увеличилось в размерах. Объективно: на боковой поверхности шеи слева в области верхней трети впереди грудино-ключичной-сосцевидной мышцы слева определяется образование, размером 3,0х4,0 см, с чёткими контурами, безболезненное, не спаянное с окружающими тканями, мягко- эластичной консистенции. Кожа над ним в цвете не изменена.	Ответы: 1.При постановке предварительного диагноза прежде всего следует предположить наличие боковой кисты шеи слева на основании характерной локализации. Нельзя также исключить наличие хронического гиперпластического лимфаденита и доброкачественной опухоли шеи. 2.Цитологический, ТАБ 3. Узи опухолевидного образования, ТАБ 4.Удаление опухолевидного образования в условиях стационара Для подтверждения диагноза	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	Образование хорошо контурируется при повороте головы в правую сторону. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2. Какими дополнительными обследованиями подтвердить диагноз? 3.Наметьте план обследования. 4.Составьте план лечения. 5.Развитие каких осложнений возможно в данной ситуации?	необходимо провести цитологическое исследование. При получении во время пункции прозрачной жидкости, диагноз будет подтвержден. Лечение хирургическое - удаление кисты в условиях стационара. 5.Нагноение кистозного образования		
42.	Больная, 35 лет, обратилась в поликлинику с целью санации полости рта, жалоб никаких не предъявляла. При рентгенологическом исследовании выявлен участок деструкции костной ткани с чёткими границами, округлой формы, размером 1,0х1,0 см в области верхушек корней 21,22,23 зубов в корневых каналах этих зубов пломбировочной материал отсутствует. Электровозбудимость пульпы 23 зуба снижена, 22 зуба – электровозбудимость отсутствует. При внешнем осмотре видимых отклонений от нормы не отмечается. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета. Деформации альвеолярного отростка не отмечается, 21,22,23 зубы – неподвижны, пальпация в этой области безболезненна. Из перенесённых заболеваний больная указывает инфекции и простудные заболевания. В настоящее время считает себя здоровой. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Проведите обоснование диагноза. 3.Проведите дифференциальную диагностику. 4.Тактика врача в данной ситуации. 5..Составьте план лечения	Ответы: 1.Радикулярная киста верхней челюсти слева в области 21,22,23 зубов.. 2.Рентгенологические данные, наличие и характер разрежения костной ткани, отсутствие периодонтальной щели и электровозбудимости у пульпы у 22 зуба. 3.С ретенционной кистой. 4.Цистэктомия с резекцией верхушек корней 11,12,13 зубов после предварительного пломбирования каналов этих зубов. 5.Хирургическое лечение в амбулаторных условиях, с последующей противовоспалительной терапией.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
43.	К дежурному стоматологу-хирургу приемного покоя в	Ответы: 1.На основании данных	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

стационаре обратился пациент Ф., 56 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациент 3 месяца назад удалил зуб 3.8 и перенес острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крылонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области слева. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти слева. В поднижнечелюстной области слева в зоне послеоперационного рубца визуализируется свищ, из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены ($0,5 \times 0,7$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот на 3 см. При осмотре полости рта: из лунки зуба 3.8 выделяется гнойный экссудат. Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви слева. Электро-одонтодиагностика (ЭОД) выявила снижение порога возбудимости зубов	клинического обследования пациента должен быть поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви слева, неврит III ветви тройничного нерва слева. 2. В данной клинической ситуации путь внедрения инфекционного агента — интраканаликулярный (через канал корня зуба 3.8). 3. Процесс секвестрации нижней челюсти у пациента завершится через 5–6 недель с момента развития острого одонтогенного остеомиелита. 4. Хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла слева может осложниться: абсцессом, флегмоной, тромбозом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, медиастинитом, одонтогенным сепсисом, гломерулонефритом; может возникнуть патологический перелом челюсти. 5. Произвести секвестрэктомию в условиях стационара или в поликлинике в зависимости от локализации секвестров.		
--	--	--	--

	3.5, 3.6, 3.7. Вопросы: 1. На основании данных клинического обследования поставьте диагноз пациенту. 2. Укажите возможные пути внедрения инфекционного агента в данной клинической ситуации. 3. В какие сроки закончится процесс секвестрации нижней челюсти у пациента? 4. Какие осложнения могут развиваться у пациента при неблагоприятном течении патологического процесса? 5. В каких условиях должно производиться лечение?			
44.	В клинику поступил больной, 30 лет, с жалобами на сильную головную боль, хруст в ушах во время движения головой. Травму получил 2 часа назад на работе (при смене положения детали на движущемся станке) деталь выскочила и задела среднюю часть лица. Сознание терял, имеется тошнота и неоднократная рвота. Из перенесенных заболеваний указывает на детские и простудные, а также на то, что около года назад был перелом нижней челюсти в области подбородка и угла слева. При осмотре определяется западение средней зоны лица, деформация спинки носа с переломом костей и деформацией перегородки, выпячивание правого глазного яблока (экзофтальм), симптом "очков" боль при глотании, поверхностная пальпация без особенностей. Внутриротовая пальпация подвижности фрагментов верхней челюсти не выявляет, имеются кровянистые выделения из носа. В полости рта открытый прикус, 38 отсутствует; подвижности на месте бывшего перелома в области 33.34 зубов и 38 зуба нет, но имеется заметное утолщение костной ткани по	Ответы: 1. В связи с тем, что деталь задела среднюю часть лица, наблюдается вколоченный перелом верхней челюсти. При этом фрагмент верхней челюсти вклинивается в кости основания черепа, из-за чего и происходит вдавление среднего отдела лица и как следствие этого возникает деформация спинки и перегородки носа. Экзофтальм справа имеется вследствие кровоизлияния в ретробульбарную клетчатку. Боль при глотании связана с переломом крыла основной кости. При таком переломе верхней челюсти подвижности фрагментов определить не удастся. 2. Недостает данных о наличии ликвореи, а также данных рентгенографии. 3. Вколоченный перелом верхней челюсти по Ле Фор I (верхний уровень). 4. Под наркозом проводится оперативная репозиция фрагментов верхней челюсти с подвешиванием их к соседним расположенным выше перелома, костям (по методу Адамса); вправление костей носа с фиксацией их путем тампонады. Медикаментозное лечение: антибиотики, сульфаниламиды,	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	нижнечелюстному краю слева в области 33.34 зубов. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза 2.укажите недостающие для постановки диагноза сведения. 3.Поставьте диагноз. 4.Составьте план лечения. 5.Определите признаки, не характерные для данного заболевания.	десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины. Консультация и лечение невропатолога. 5.Признаки, не характерные для данного заболевания, - это утолщение кости нижней челюсти в области бывшего перелома. Связано это с явлениями консолидации и образованием костной мозоли.		
45.	Больному, 43 лет, проводилось удаление 37 зуба по поводу хронического периодонтита. Сразу после инфильтрационной анестезии образовалась гематома с вестибулярной стороны нижнего отдела щечной области слева, диаметром 3,0х2,0 см. Удаление зуба проведено без особых технических осложнений, но гематома осталась. Вопросы: 1.От чего возникла гематома? 2.Какие действия необходимы для предотвращения нарастания гематомы? 3.Какие рекомендации должны быть даны пациенту? 4.Чем может осложниться гематома и в чем состоит лечение этого осложнения? 5.Профилактика данного осложнения.	Ответы: 1.Вероятнее всего вследствие ранения лицевой артерии во время инфильтрационной анестезии. 2.Плотное прижатие мягких тканей щечной области к телу нижней челюсти на 5-7 минут. 3.Держать холод (лед), давящую повязку и динамическое наблюдение. Для рассасывания гематомы назначить физиотерапию. 4.При нагноении гематомы - вскрытие и дренирование очага, противовоспалительная терапия. 5.Правильное соблюдение техники проведения инфильтрационной анестезии.	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7
46.	Больной, 20 лет, в результате автоаварии получил травму нижней челюсти. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. На третьи сутки после травмы обратился в травматологический пункт по месту жительства и был направлен в специализированную клинику. За 6 месяцев до последней травмы был перелом нижней челюсти слева в области 37 зуба. Рот открывается до 1,5 см, пальпаторно определяется болезненность в области мышечкового отростка слева. При нагрузке на подбородок возникает боль в области мышечкового отростка	Ответы: 1.Клинические данные свидетельствуют о переломе нижней челюсти в области мышечкового отростка: болезненная пальпация в области ветви, надавливание на подбородок вызывает боль в области мышечкового отростка. Рентгенологическая картина диагноз подтверждает. 2.Перелом нижней челюсти справа в области основания мышечкового отростка со смещением. 3.Наложение бимаксилярных на зубных шин с зацепными петлями, межзубная распорка на поврежденной стороне в	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

	нижней челюсти слева. 37 зуб отсутствует, остальные зубы неподвижны, в прикусе, патологической подвижности на месте бывшего перелома нет, но имеется утолщение кости. При рентгенологическом исследовании определяется нарушение целостности костной ткани нижней челюсти - линия перелома в области основания мыщелково-го отростка нижней челюсти справа. Малый фрагмент смещен кпереди и кнутри. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза. 2.Поставьте диагноз. 3.Составьте план лечения. 4.Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти? 5. Развитие, каких осложнений возможно в данной ситуации?	области боковых зубов, межчелюстная эластическая тяга.. Может быть поставлен вопрос об оперативном остеосинтезе. 4.Для составления плана лечения предшествующий консолидированный перелом нижней челюсти в области 37 значения не имеет. 5.Анкилоз, формирование ложного сустава.		
47.	Больной, 42 лет, поступил в клинику на 18-е сутки после электро травмы тканей нижней зоны щечной области справа. Имеется дефект тканей приротовой области справа до кости. Ткани покрыты серо-грязным налетом, отмечается значительный отек. Обнаженная поверхность тела нижней челюсти справа на протяжении 8,0 см местами обуглена. Частично нарушена функция мимической и жевательной мускулатуры справа. Вопросы: 1.Поставьте диагноз. 2.Составьте план лечения. 3.Какие дополнительные мероприятия проводятся в послеоперационном периоде? 4.Возможны ли в последующем другие оперативные вмешательства? 5.Возможные осложнения	Ответы: 1.Посттравматический дефект тканей приротовой области. Парез мимической и жевательной мускулатуры. 2.В связи с имеющимся воспалением проводят обработку в ране поврежденных тканей растворами антисептиков, проводят физиотерапию. По мере очищения раны и появления свежих грануляций (на 25-28 сутки после травмы) под местным обезболиванием, после обработки костными кусачками Люэра обнаженной поверхности кости нижней челюсти и удаления грануляционной ткани в области мягких тканей, приступают к восстановлению внутренней поверхности за счет мобилизации слизистой оболочки. Образовавшуюся наружную раневую поверхность надо закрыть кожно-жировым единообразным лоскутом,	ТК ГИА	УК1,ПК5,ПК7

		выкроенным из области правой губощечной складки, щечной и частично скуловой областей, а слева - трапециевидным кожно-жировым лоскутом, выкроенным из левой поднижнечелюстной области. С целью увеличения размера этих лоскутов у верхнего основания правого и у нижнего основания левого лоскута делаются дополнительные разрезы в виде "кочерги". Третий лоскут следует образовать после мобилизации краев раны подбородка. 3. В послеоперационном периоде в течение нескольких месяцев следует проводить миогимнастику и механотерапию. 4. После перерыва, когда ткани обретут достаточную эластичность, можно выполнить ряд корригирующих операций (в том числе устранение возможной микростомы и девиации углов рта). 5. Присоединение вторичной инфекции, грубые рубцовые изменения.		
48.	Больной, 28 лет, обратился в клинику с жалобами на головную боль, болезненность и нарушение смыкания челюстей. Из анамнеза выяснено, что сутки назад получил сильный удар тупым предметом в область лица. Имела место кратковременная потеря сознания. Из перенесенных заболеваний отмечает детские и простудные болезни, хронический бронхит, воспаление легких в 20-летнем возрасте, около года назад был перелом нижней челюсти в области подбородка. При осмотре определяются, ссадины в области левого надбровья, на правом крыле носа. Имеется выраженный отек средней зоны лица с	Ответы: 1. Характерными признаками данного патологического состояния являются: кровоизлияния в области век и конъюнктивы, симптомы "ступенек", разрушение верхнечелюстной пазухи и как следствие этого подкожная эмфизема, сдавление фрагментами подглазничного нерва, наружная пальпация, выявляющая подвижность фрагментов верхней челюсти, кровянистые выделения из носа. 2. Недостает данных рентгенографии. 3. Перелом верхней челюсти по Ле-Фор II. (средний уровень) 4. Под местной анестезией с премедикацией ручная	ТК ГИА	УК1, ПК5, ПК7

	кровоизлиянием в области век и конъюнктивы, подкожная эмфизема в проекции верхнечелюстной пазухи справа. У больного отмечается болезненность в области подглазничного отверстия слева, парестезия мягких тканей подглазничных областей, при пальпации костей средней зоны лица определяется подвижность верхней челюсти, сопровождающаяся резкой болезненностью. Определяется симптом "ступеньки" в области нижнеглазничных краев с обеих сторон и в области спинки носа. Со стороны полости рта при пальпации отмечается подвижность верхней челюсти, из носа выделяется кровянистая жидкость. Прикус изменён вследствие нарушения окклюзии; открытого прикуса, подвижности в области бывшего перелома нижней челюсти нет, но имеется значительное утолщение кости по нижнечелюстному краю слева. Вопросы: 1.Проведите обоснование диагноза, 2.Каких данных недостает для подтверждения диагноза? 3.Поставьте диагноз. 4.Составьте план лечения. 5.Имеет ли значение для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти?	репозиция фрагментов верхней челюсти; наложение на зубных двучелюстных шин с зацепными петлями и межчелюстной фиксацией, для фиксации прикуса и с обязательным применением пращевидной повязки; оперативное лечение с использованием спиц Киршнера (когда спицы проводятся через скуловую кость и верхнюю челюсть с обеих сторон). Назначаются противовоспалительные, десенсибилизирующие, болеутоляющие средства, поливитамины. Консультация невропатолога. 5.Для составления плана лечения предшествующий перелом нижней челюсти значения не имеет.		
49.	Больной, 49 лет, жалуется на боли в правой половине лица, на сукровичное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Боли появились три месяца назад. К врачам не обращался. Боли купировал путем приема большого количества анальгетиков. Выделения и запах появились около 2-3 недель назад. После осмотра в полости рта отмечается выраженная подвижность интактных жевательных зубов	1.Рак верхней челюсти справа. 2.Давность заболевания, локализация, симптоматика, боли, подвижность зубов, выделения из носа и специфический запах позволяют предположить наличие рака верхней челюсти справа. В соответствии с местным статусом новообразование исходит из наружно-заднего сегмента верхнечелюстной пазухи по Онгрину. 3.Рентгенологическое и	ТК ГИА	ПК1,ПК2,ПК5, ПК7,ПК10

	верхней челюсти справа и незначительная деформация альвеолярного отростка и бугра верхней челюсти справа. Вопросы: 1.Поставьте предварительный диагноз. 2.Проведите его обоснование. 3.Какие дополнительные исследования следует провести для подтверждения диагноза? 4.Составьте план лечения. 5.В чём заключается смысл термина «онкологическая настороженность».	морфологическое обследования. 4.1 - провести предоперационную лучевую терапию; 2 - изготовить протез - obturator на верхнюю челюсть; 3 - провести операцию половинной резекции верхней челюсти справа с одномоментным удалением лимфатического аппарата шеи справа; 4 - послеоперационный курс лучевой терапии; 5 - реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде. 5.В наше время термин “онкологическая настороженность” применяется в более широком смысле и включает в себя: а) Знание симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях; б) Знание преканцерозов и их лечение; в) Организацию онкологической помощи, сети лечебных учреждений и срочное направление больных с выясненным или подозреваемым патологическим процессом по назначению; г) Тщательное обследование каждого больного обратившегося к врачу любой специальности, с целью выявления возможного онкологического заболевания; д) Привычку в трудных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественной опухоли.		
50.	Больной, 51 года, явился на прием с жалобами на незаживающие лунки 16,17 зубов В течение нескольких месяцев больного беспокоят боли неопределенного характера в области верхней челюсти слева. Неоднократные обращения к невропатологу и стоматологу, а также прописанное ими ме-	1.Рак верхней челюсти слева. 2.Врач не провел достаточного обследования перед удалением зубов, не провел морфологическое исследование, хотя дважды проводил ревизию незаживающих лунок. Не проявил онкологическую настороженность. 3.Рентгенологическое и	ТК ГИА	ПК1,ПК2,ПК5, ПК7,ПК10

	дикаментозное лечение улучшение не приносили. Стала отмечаться значительная подвижность 16,17 зубов которые были в последствии удалены, после чего лунки удаленных зубов не заживают в течение пяти месяцев, несмотря на дважды проведенную их ревизию. Вопросы: 1. На основании анамнеза поставьте предварительный диагноз. 2. Определите в чем ошибка стоматолога. 3. Наметьте план обследования для постановки окончательного диагноза. 4. Составьте план лечения. 5. В чём заключается смысл термина «онкологическая настороженность».	морфологическое обследование. 4. Предоперационная лучевая терапия, резекция верхней челюсти с предварительным изготовлением протеза - обтуратора и реабилитационные мероприятия в послеоперационном периоде. 5. В наше время термин «онкологическая настороженность» применяется в более широком смысле и включает в себя: а) Знание симптомов злокачественных опухолей на ранних стадиях; б) Знание преканцерозов и их лечение; в) Организацию онкологической помощи, сети лечебных учреждений и срочное направление больных с выясненным или подозреваемым патологическим процессом по назначению; г) Тщательное обследование каждого больного обратившегося к врачу любой специальности, с целью выявления возможного онкологического заболевания; д) Привычку в трудных случаях диагностики думать о возможности атипичного или осложненного течения злокачественной опухоли.		
--	--	---	--	--