

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ФАКУЛЬТЕТ МЕДИЦИНСКИЙ**

**КАФЕДРА «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ С КУРСОМ  
СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»**

**«Утверждаю»  
на заседании кафедры  
от «28 » августа 2022г.  
протокол № 1  
Зав. каф.к.м.н.доцент \_\_\_\_\_  
Мамажакып у. Ж.**

**«Согласовано»  
Председатель УМС МФ  
Турсунбаева А.Т.  
\_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2022г**

**ПРОГРАММА ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ**

**(Syllabus)**

**по дисциплине «Воспалительные процессы ЧЛЮ»  
для специальности 560004 «Стоматология»  
форма обучения дневная**

Всего кредитов – 5  
Курс – 3  
Семестр - 6  
Лекций – 30 ч  
Практических – 45 ч  
Количество рубежных контролей (РК) – 2  
СРС - 75 ч  
Экзамен - 6 семестр  
Всего аудиторных – 75 ч  
Всего внеаудиторных - 75 ч  
Общая трудоемкость - 150 ч  
Дата: 2022-2023 учебный год, 6 семестр

**Рабочая программа составлена на основании ООП, Утвержденным Ученым  
Советом МФ протокол № 1 от 28 августа 2022 года**

**Составитель: Преподаватель: САБИРКУЛОВА А. А. \_\_\_\_\_**

**Данные о преподавателе:**

**Предметник преподаватель: Сабиркулова Айдай Абдельневна**

- преподаватель кафедры
- имеет высшее образование
- общий стаж работы в ОшГУ с 2021г.
- контактная информация: Тел. +996 557 744 141
- Email: [sabirkulova\\_ayday@mail.ru](mailto:sabirkulova_ayday@mail.ru)
- Место работы: кафедра «ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ  
С КУРСОМ СТОМАТОЛОГИЯ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА»  
Кабинет-315

**Дата: 2022-2023 учебный год**

### 1. Цель дисциплины:

подготовки квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: неотложной медицинской помощи и проведения местного обезболивания, а также оказания неотложной квалифицированной помощи в амбулаторной стоматологической практике.

#### Задачи дисциплины:

- дать знания принципов организации хирургической стоматологической помощи населению;
- сформировать представление о роли пропедевтики хирургической стоматологии в подготовке врача-стоматолога;
- научить основным и дополнительным методам обследования хирургического стоматологического больного;
- дать представление об основах врачебной деонтологии, семиологии, диагностики основных хирургических стоматологических заболеваний;
- обучить основным профессиональным мануальным навыкам хирурга-стоматолога (на фантоме).

### 2. Результаты обучения (РО) и компетенции студента, формируемые в процессе изучения дисциплины «Воспалительные процессы челюстно – лицевой области»

В процессе освоения дисциплины студент достигнет следующих результатов обучения (РО) и будет обладать соответствующими компетенциями:

Код РО ООП и его формулировка	РО дисц. и его формулировка	Компетенции
<b>РО-1</b> Способен и готов анализировать социально значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности.	<b>РОд-1.</b> Владеет теоретическими основами клинического мышления и решении практических профессиональных задач врачебной деятельности.	<b>ОК-5.</b> Способен к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантности. <b>ПК-10.</b> Способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний; <b>ПК-14</b> – Способен осуществлять взрослому населению и детям первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, проводить госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке

<p><b>РО-2</b> Способен и готов к анализу мировоззренческих, социально и личностно значимых философских проблем, основных философских категорий, к самосовершенствованию способностью и готовностью анализировать экономические проблемы и общественные процессы, использовать методику расчета показателей экономической эффективности.</p>	<p><b>РОд-2.</b> Сформировать хирургические знания, об общих закономерностях травматических повреждениях в ЧЛЮ; приобретать навыки применения теоретических знаний к пониманию механизмов патогенеза заболеваний и методов лечения; оценки диагностической и прогностической значимости результатов хирургических лечений.</p>	<p><b>ПК-4</b> - способен применять методы асептики и антисептики, использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений, детских организаций здравоохранения, владеть техникой ухода за больными детьми и взрослыми; <b>ПК-13</b> - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентам со стоматологическими заболеваниями; <b>ПК-24</b> - готов изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования;</p>
--	--	--

**В ходе освоения дисциплины студент достигнет следующих результатов обучения будет:**

**ЗНАТЬ:** Проводить топическую диагностику острых и хронических воспалительных заболеваний лица и шеи различной локализации. Осуществлять диагностику заболеваний слюнных желёз. Оценивать результаты клинических анализов крови и мочи. Оценивать данные лучевых методов обследования. Выявить показания для экстренной госпитализации.

**УМЕТЬ:** Провести вскрытие и дренирование абсцессов внутриротовым доступом поднадкостничного и в области челюстно-язычного желобка. Провести лечение гнойной раны. Оказать экстренную помощь пострадавшим с травмой лица в амбулаторных условиях. Провести мероприятия в случае развития шока, асфиксии или кровотечения. Провести лечение больных с различными вариантами вывиха зуба.

**ВЛАДЕТЬ:**

- алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным;
- алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи пострадавшим при неотложных и угрожающих жизни состояниях;
- приемами оказания первой медицинской помощи при травмах челюстно-лицевой области

**3. Пререквизиты:** Для посещения курса необходимо знать основные программы по анатомии, нормальной физиологии и гистологии, патологическая анатомия, патологическая физиология .

**4. Постреквизиты:** Знания полученные при изучении данной дисциплины будут использованы при изучении предметов как хирургическая стоматология.

**5. Технологическая карта дисциплины « Воспалительные процессы челюстно –  
лицевой области» (Стоматология)**

Модули	Всего		Лекции		Прак. занятия		СРС		РК	ИК	Баллы
	Ауд.	СРС	час	баллы	час	баллы	час	баллы			
<b>I</b>	34	40	16	5	18	10	40	5	10 б		30 б
<b>II</b>	41	35	14	5	27	10	35	5	10 б		30 б
<b>ИК</b>										40 б	40 б
<b>Итого:</b>	75 ч	75 ч	30 ч	10 б	45 ч	20 б	75 ч	10 б	20 б	40 б	100 б

**6. Карта накопления баллов по дисциплине «Воспалительные процессы челюстно –  
лицевой области» (Стоматология)**

	Модуль 1 (30 б)										Модуль 2 (30 б)										Итого:	
	TK1			TK2			TK3			РК1	TK1			TK2			TK3			РК2		Экзамен
	Лекция	Практика	СРС	Лекция	Практика	СРС	Лекция	Практика	СРС		Лекция	Практика	СРС	Лекция	Практика	СРС	Лекция	Практика	СРС			
	1,8	3	1,8	1,8	3	1,8	1,4	4	1,4	10	4	3,5	2,1	1	3,5	1,4	-	3	1,5	10	60 б	
<b>Баллы</b>	6,6			6,6			6,8			10 б	9,6			5,9			4,5			10 б	40 б	
	20 б										20 б										100 б	
	Темы 1-3			Темы 4-6			Темы 7-9				Темы 10-14			Темы 15-19			Темы 20-23					

## 7. Краткое содержание дисциплины

- Острые и хронические одонтогенные периоститы, остеомиелиты челюстей. Принципы диагностики, дифференциальная диагностика и лечения.
- Одонтогенный гайморит. Клиника, диагностика, лечение. Принципы диагностики, дифференциальная диагностика и лечения.
- Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез и пути распространения инфекции. Классификация.
- Принципы анатомо-топографической диагностики, общая клиническая характеристика абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области.
- Абсцессы и флегмоны расположенные в области верхней челюсти.
- Абсцессы и флегмоны расположенные в области нижней челюсти.
- Общие принципы лечения абсцессы и флегмоны лица и шеи и реблтация больных челюстно-лицевой области.
- Особенности хирургического вмешательства при абсцессах и флегмонах в зависимости от локализации гнойника.
- Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит. Тромбофлебит лицевых вен. Тромбоз кавернозного синуса. Интенсивная терапия.

## 8. Календарно-тематический план распределения часов по видам занятий

№	Наименование разделов дисциплины	Аудитория занятия			СРС
		Всего	Лекции	Семинары	
<b>VI-семестр</b>					
<b>Модуль 1.</b>					
1	Острые и хронические одонтогенные периоститы челюстей. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
2	Острые и хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей. Принципы диагностики и лечения.	9	2	2	5
3	Острые и хронические одонтогенные гаймориты и свищи челюстей. Принципы диагностики и лечения.	9	2	2	5
4.	Абсцессы и флегмоны подглазничной, глазницы и скуловой области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
5	Абсцессы и флегмоны височной, подвисочной области и крылонебной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения	9	2	2	5

	инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.				
6	Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
7	Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
8	Абсцессы и флегмоны околоушно- жевательная и поджевательная области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
9	Абсцессы и флегмоны околоушно- жевательная и поджевательная области.Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	2	-	2	-
	<b>Модуль 1:</b>	<b>74</b>	<b>16</b>	<b>18</b>	<b>40</b>
10	Абсцессы и флегмоны челюстной , подподбородочной области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
11	Абсцессы и флегмоны челюстной , подподбородочной области.Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
12	Абсцессы и флегмоны крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства.Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
13	Абсцессы и флегмоны крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
14	Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
15	Абсцессы тела и корня языка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	2	2	5
16	Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	9	2	2	5
17	Флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика,	2	-	2	-

	дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.				
18	Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, патогенез. Особенности клиники и диагностики.	2	-	2	-
19	Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Лечение гнилостно-некротических флегмон лица и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны.	2	-	2	-
20	Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Общие принципы диагностики и лечения .	2	-	2	-
21	Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит. Общие принципы диагностики и лечения .	2	-	2	-
22	Тромбофлебит лицевых вен. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.	2	-	2	-
23	Тромбоз кавернозного синуса. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.	1	-	1	-
	<b>Модуль 2:</b>	<b>76 ч.</b>	<b>14 ч.</b>	<b>27 ч</b>	<b>35 ч.</b>
	<b>ВСЕГО</b>	<b>150 ч.</b>	<b>30 ч.</b>	<b>45 ч</b>	<b>75 ч.</b>



**Календарно-тематический план лекции  
Лекции (30 ч.)**

<b>№ Название темы</b>	<b>Лекции №</b>	<b>Наименование изучаемых вопросов</b>	<b>Количество часов</b>	<b>Баллы</b>	<b>Литература</b>	<b>Используемые образовательные технологии</b>	<b>Неделя</b>
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Модуль №1</b>							
Острые и хронические одонтогенные периоститы, остеомиелиты челюстей. Принципы диагностики, дифференциальная диагностика и лечения.	1	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.</li> <li>• Гистология и физиология костной ткани и периоста .</li> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Этиология патогенез острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Дифференциальная диагностика острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Причина возникновения периостита.</li> <li>• Клиника острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Лечение острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Осложнение острого одонтогенного периостита.</li> </ul>	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Презентация Лекция, дискуссия.</b>	1
Одонтогенный гайморит. Клиника, диагностика, лечение. Принципы диагностики , дифференциальная диагностика и лечения.	2	<p><b>План:</b></p> <p>Классификация. Острые гаймориты, хронические гаймориты, обострившиеся хронические.</p> <p>1. Закрытая форма. 2. Открытая форма.</p>	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Лекция, беседа, дискуссия.</b>	2

Принципы анатомо-топографической диагностики абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области.	3	<b>План:</b> Патогенез абсцесс и флегмон челюстно-лицевой области. Патоморфологическая картина абсцесс и флегмон челюстно-лицевой области. Классификация абсцесс и флегмон челюстно-лицевой области.	2	0,	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Лекция, беседа.</b>	3
Принципы анатомо-топографической диагностики абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области.	4	<b>План:</b> 1. Топографическая анатомия поднижнечелюстной и подподбородочной областей, дна полости рта.	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Лекция, с разбором конкретных ситуаций.</b>	4
Общая клиническая характеристика абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области.	5	<b>План:</b> 2. Основные пути проникновения инфекции челюстно-лицевой области, распространение инфекции .	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Лекция, с разбором конкретных ситуаций.</b>	5
Абсцессы и флегмоны расположенные в области верхней челюсти.	6	<b>План:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение верхней челюсти.</li> <li>• Гистология и физиология костной ткани.</li> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика абсцесс и флегмон расположенных в области верхней челюсти.</li> </ul>	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Презентация. Лекция. Дискуссия</b>	6
Абсцессы и флегмоны расположенные в области нижней челюсти.	7	<b>План:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение нижней челюсти.</li> <li>• Гистология и физиология костной ткани.</li> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика абсцесс и флегмон расположенных в области нижней челюсти.</li> </ul>	2	0,6	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	<b>Презентация Лекция. Дискуссия</b>	7

Общие принципы лечения абсцессы и флегмоны лица и шеи.	8	<b>План:</b> Клиника, топическая анатомия и дифференциальная диагностика, лечение больных с абсцессами и флегмонами лица и шеи.	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Лекция. Визуализация. Дискуссия	8
Абсцессы и флегмоны лица и шеи и реблтация больных челюстно-лицевой области.	9	<b>План:</b> 1. Абсцессы и флегмоны лица и шеи. 2. Реблтация больных челюстно-лицевой области.	2	-	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Лекция, Визуализация.	9
Особенности хирургического вмешательства при абсцессах в зависимости от локализации гнойника.	10	<b>План:</b> Топографическая анатомия ЧЛО. Оперативные доступы и дренирование гнойных очагов.	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Лекция. Дискуссия	10
Особенности хирургического вмешательства при флегмонах в зависимости от локализации гнойника.	11	<b>План:</b> Топографическая анатомия ЧЛО. Оперативные доступы и дренирование гнойных очагов.	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Презентация Лекция. Дискуссия	11
Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит.	12	<b>План.</b> 1. Этиология и патогенез осложнении воспалительных заболеваний ЧЛО. ( <i>Медиастенит.</i> ) 2. Особенности клинических проявлений осложнении воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика. ( <i>Медиастенит.</i> )	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Презентация Лекция. Дискуссия	12
Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Тромбофлебит лицевых вен.	13	<b>План.</b> 1. Этиология и патогенез осложнении воспалительных заболеваний ЧЛО. (Тромбофлебит лицевых вен.) 2. Особенности клинических проявлений осложнении воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика. (Тромбофлебит лицевых вен.)	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Презентация Лекция. Дискуссия	13

Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Тромбоз кавернозного синуса.	14	План. 1. Этиология и патогенез осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. (Тромбоз кавернозного синуса.) 2. Особенности клинических проявлений осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика. (Тромбоз кавернозного синуса.)	2	0,5	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Лекция. Дискуссия Консультация	14
Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Интенсивная терапия.	15	План. 1. Этиология и патогенез осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. 2. Особенности клинических проявлений осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика. 3. Интенсивная терапия при осложнении воспалительных заболеваний ЧЛО.	2	0,5	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Лекция. Дискуссия Консультация.	15

**Календарно-тематический план практических занятий  
Практика (45ч)**

№ и название темы	Лекции №	Наименование изучаемых вопросов	Количество часов	Баллы	Литература	Используемые образовательные технологии	Неделя
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Модуль №1</b>							
<p><b>1. Острые и хронические одонтогенные периоститы челюстей.</b> Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	1	<p>План.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение верхней и нижней челюсти.</li> <li>• Этиопатогенез одонтогенных воспалительных процессов.</li> <li>• Пути распространения одонтогенной инфекции.</li> <li>• классификацию воспалительных заболеваний ЧЛО.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b> Обсудить и повторить этиопатогенез одонтогенных воспалительных процессов.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Повторить пути распространения одонтогенной инфекции.</li> <li>- Повторить классификацию воспалительных заболеваний ЧЛО.</li> <li>- Обсудить этиопатогенез периостита челюстей.</li> <li>- Рассмотреть клинику, диф. диагностику периостита челюстей.</li> <li>- Ознокомить с методами лечения периостита челюстей.</li> </ul>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар круглый стол, Ролевая игра. Курация больных	1

<p><b>2. Острые и хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей.</b> Принципы диагностики и лечения.</p>	2	<p><b>План:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этиология воспалительных заболеваний ЧЛО.</li> <li>• Классификация воспалительных заболеваний ЧЛО.</li> <li>• Принципы лечения острых и хронических одонтогенных остеомиелитов челюстей.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрите пути распространения одонтогенной инфекции.</li> <li>- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты остеомиелита челюсти, разобрать классификацию и современные представления о патогенезе.</li> <li>- Укрепите знания о патологической анатомии остеомиелита.</li> </ul>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар кейс-стадии, курация больных	2
<p><b>3. Острые и хронические одонтогенные гаймориты и свищи челюстей.</b> Принципы диагностики и лечения.</p>	3	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Этиология острых и хронических одонтогенных гайморитов и свищей челюстей.</li> <li>• Классификация острых и хронических одонтогенных гайморитов и свищей челюстей.</li> <li>• Принципы лечения острых и хронических одонтогенных гайморитов и свищей челюстей.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>Оцените состояние пациента и провести коррекцию функциональных нарушений организма; определите стратегию хирургического лечения и его возможные риски; составьте оптимальный план премедикации; выбрать совместно с анестезиологом вид и метод обезболивания.</p>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Собеседование. Семинар беседа Курация больных	3

<p><b>4.</b> Абсцессы и флегмоны подглазничной , глазницы и скуловой области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	4	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцесс и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> <li>• Клиника абсцесс и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> <li>• Принципы лечения абсцесс и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Рассмотрите методы диагностики абсцессов и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> <li>• Проведите дифференциальную диагностику абсцесс и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> <li>• Обсудите адекватное лечение абсцесс и флегмон подглазничной, глазницы и скуловой области.</li> </ul>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар прессконференция. Курация больных Ролевая игра.	4
<p><b>5.</b> Абсцессы и флегмоны височной , подвисочной области и крылонебной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	5	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцессов и флегмон височной , подвисочной области и крылонебной ямки.</li> <li>• Клиника абсцессов и флегмон височной , подвисочной области и крылонебной ямки.</li> <li>• Принципы лечения абсцессов и флегмон височной , подвисочной области и крылонебной ямки.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>Как определяется необходимость ранней диагностики и лечения абсцесс и флегмон височной, подвисочной области и крылонебной ямки.</p>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинарское занятие в форме дидактической игры Курация больных	5

<p><b>6.</b> Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	6	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмоны щечной, скуловой области и области неба.</p>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар Курация больных Ролевая игра.	6
<p><b>7.</b> Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	7	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника флегмон абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.</li> <li>• Принципы лечения абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>- Рассмотрите клинику, диф.диагностику щечной , скуловой области и области неба.</p> <p>- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмоны щечной, скуловой области и области неба.</p>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар Курация больных Ролевая игра.	7
<p><b>8.</b> Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательная и поджевательная области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	8	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцесс и флегмон околоушно-жевательной и поджевательной области.</li> <li>• Клиника абсцесс и флегмон околоушно- жевательной и поджевательной области.</li> <li>• Принципы лечения флегмоны окологлоточного пространства.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмоны околоушно- жевательной и поджевательной области.</p>	2	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Тесты. Ситуационный задачи Курация больных	8



<p><b>9.</b> Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательная и поджевательная области. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	9	<p><b>План.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника абсцесс и флегмон околоушно-жевательной и поджевательной области.</li> <li>• Принципы лечения флегмоны окологлоточного пространства.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмоны околоушно-жевательной и поджевательной области.</li> <li>- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон околоушно-жевательной и поджевательной области.</li> </ul>	2	2	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Тесты. Ситуационные задачи. Курация больных	9
<p><b>Итого Мод. 1</b></p>			<b>18</b>	<b>10</b>			<b>9</b>
<p><b>10.</b> Абсцессы и флегмоны челюстной, подподбородочной области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	10	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ознакомьтесь с путями распространения абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области.</li> <li>- Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области.</li> </ul>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Дебаты. Дискуссия. Ролевая игра.	10
<p><b>11.</b> Абсцессы и флегмоны челюстной, подподбородочной области. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>		<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиническая картина абсцессы и флегмон челюстной, подподбородочной области.</li> <li>• Принципы лечения абсцессы и флегмон челюстной, подподбородочной области.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области</li> <li>- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области</li> </ul>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Дебаты. Дискуссия. Ролевая игра.	10

<p><b>12.</b> Абсцессы и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	12	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцессы и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцесс и флегмон крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства,разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Метод круглого стола. Ролевая игра.	11
<p><b>13.</b> Абсцессы и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	13	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника абсцесс и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.</li> <li>• Принципы лечения абсцесс и флегмон крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.</p> <p>- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Метод круглого стола.	11
<p><b>14.</b> Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	14	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика абсцессы тела и корня языка.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцессы тела и корня языка,разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Малые групп. Ролевая игра.	12

<p><b>15.</b> Абсцессы тела и корня языка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	15	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника абсцессы тела и корня языка.</li> <li>• Принципы лечения абсцессы тела и корня языка.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцессы тела и корня языка,</p> <p>- Ознакомьтесь с методами лечения абсцессы тела и корня языка.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Малые групп. Ролевая игра.	12
<p><b>16.</b> Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	16	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика флегмона дна полости рта.</li> <li>• Топографическая анатомия.</li> <li>• Источники инфицирования.</li> <li>• Возможные пути распространения инфекции.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты флегмоны дна полости рта,разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар круглый стол. Ролевая игра.	13
<p><b>17.</b> Флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	17	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника флегмона дна полости рта.</li> <li>• Принципы лечения флегмона дна полости рта.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Рассмотрите клинику, диф. диагностику флегмоны дна полости рта.</p> <p>-Ознакомьтесь с методами лечения флегмоны дна полости рта.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар круглый стол. Ролевая игра.	13
<p><b>18.</b> Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, патогенез. Особенности клиники и диагностики.</p>	18	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Обсудите этиопатогенез гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.</p> <p>-Рассмотрите клинику, диф.диагностику гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Мастер класс. Ролевая игра.	14

<p><b>19.</b> Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Лечение гнилостно-некротических флегмон лица и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны.</p>	19	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.</li> <li>• Принципы лечения гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>- Ознакомьтесь с методами лечения гнилостно-некротической флегмоны лица и шеи.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Мастер классы. Ролевая игра.	14
<p><b>20.</b> Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.Сепсис. Общие принципы диагностики и лечения .</p>	20	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.Сепсис.</li> <li>• Клиника осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.Сепсис.</li> <li>• Принципы лечения Сепсиса.</li> <li>• Диагностика Сепсиса.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Рассмотрите клинику, диф.диагностику осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.Сепсис.</p> <p>-Обсудите этиопатогенез сепсиса.</p> <p>-Ознакомьтесь с методами лечения сепсиса.</p>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Контрольная работа. Ролевая игра.	15

<p><b>21.</b> Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит. Общие принципы диагностики и лечения .</p>	21	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит.</li> <li>• Клиника осложнений воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит.</li> <li>• Принципы лечения Медиастенита.</li> <li>• Диагностика Медиастенита.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрите клинику, диф. диагностику осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит.</li> <li>- Обсудите этиопатогенез медиастенита.</li> <li>- Ознакомьтесь с методами лечения медиастенита.</li> </ul>	2	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Контрольная работа. Ролевая игра.	15
<p><b>22.</b> Тромбофлебит лицевых вен. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.</p>	22	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика тромбофлебита лицевых вен.</li> <li>• Клиника тромбофлебита лицевых вен.</li> <li>• Принципы лечения тромбофлебита лицевых вен.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Рассмотрите клинику, диф. диагностику тромбофлебита лицевых вен.</li> <li>- Обсудите этиопатогенез тромбофлебита лицевых вен.</li> <li>- Ознакомьтесь с методами лечения тромбофлебита лицевых вен.</li> </ul>	2	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинарское занятие в форме дидактической игры.	16

<p><b>23.</b> Тромбоз кавернозного синуса. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.</p>	23	<p><b>План</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Диагностика тромбоза кавернозного синуса.</li> <li>• Клиника тромбоза кавернозного синуса.</li> <li>• Принципы лечения тромбоза кавернозного синуса.</li> </ul> <p><b>Контрольные вопросы:</b></p> <p>-Рассмотрите клинику, диф.диагностику тромбоза кавернозного синуса.</p> <p>-Обсудите этиопатогенез тромбоза кавернозного синуса.</p> <p>-Ознакомьтесь с методами лечения тромбоза кавернозного синуса.</p>	1	0,8	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинарское занятие в форме дидактической игры.	16
<p><b>Итого Мод.2:</b></p>			<b>27</b>	<b>10</b>			<b>16</b>
<p><b>ВСЕГО:</b></p>			<b>45</b>	<b>20</b>			<b>16</b>

### Самостоятельная работа студентов СРС (75ч)

Темы занятий	№	Задания на СРС	Количество часов	Баллы	Литература	Используемые образовательные технологии	Неделя
1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Модуль №1</b>							
1. Дифференцировать острый периостит челюсти с острым остеомиелитом.	1	<p>Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Гистология и физиология костной ткани и периоста</li> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Этиология патогенез острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика острого одонтогенного периостита.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Дебаты Дискуссия. Ролевая игра.	1
2. Характеристика дифференциальной диагностические признаки острого одонтогенного остеомиелита челюстей.	2	<p>Дифференциальная диагностика острого одонтогенного периостита.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Причина возникновения периостита.</li> <li>• Клиника острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Лечение острого одонтогенного периостита.</li> <li>• Осложнение острого одонтогенного периостита.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Метод круглого стола.	2
3. Оценка функционального состояния пациента и сопутствующих болезней, анестезиологическое обеспечение при лечении абсцессов и флегмон.	3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Границы подвисочной ямки.</li> <li>• Одонтогенный остеомиелит челюсти.</li> <li>• Патогенез остеомиелита челюсти.</li> <li>• Патоморфологическая картина остеомиелита</li> <li>• Классификация остеомиелита челюстей.</li> <li>• Острый одонтогенный остеомиелит.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Малые группы Ролевая игра.	3

4. Навыки оказания медицинской помощи больным с абсцессами челюстно-язычного желобка, подъязычной области и ретромолярного пространства.	4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Топографическая анатомия поднижнечелюстной и подподбородочной областей, дна полости рта.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар круглый стол. Ролевая игра.	4
5.Выбору методов диагностики и лечения больных с флегмонами околоушно-жевательной области и подмассетерияльного пространства, с интерпретацией полученных результатов и дополнительных методов исследования.	5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.</li> <li>• Гистология и физиология костной ткани и периоста.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Мастер классы Ролевая игра.	5
6. Сбор анамнеза стоматологического больного с оформлением истории болезни.	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика острого.</li> </ul>	5	1	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Контрольная работа	6
7. Абсцесс и флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства. Флегмона позадичелюстной области (позадичелюстной ямки).	7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анатомическое строение нижней челюсти и верхней челюсти.</li> <li>• Гистология и физиология костной ткани и периоста.</li> </ul>	5	2	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинарское занятие в форме дидактической игры.	7
<b>ИТОГО</b>			<b>35</b>	<b>8</b>			<b>7</b>
8.Абсцесс и флегмона языка.	8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Связь периодонта с надкостницей.</li> <li>• Методы обследования больных и диагностика острого.</li> </ul>	5	0,7	1,2, 3,4,5, 6,7, 8,9, 10	Семинар круглый стол. Ролевая игра. Курация больных	8



9.Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клиника, топическая и дифференциальная диагностика, лечение больных с флегмонами поднижнечелюстной и подподбородочной областей, дна полости рта.</li> </ul>	5	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар кейс-стадии. Курация больных	9
10.Флегмона корня языка характеризуется распространением воспалительных явлений на клетчаточные прослойки между мышцами корня языка.	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Топографическая анатомия поднижнечелюстной и подподбородочной областей, дна полости рта.</li> </ul>	5	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Собеседование, Семинар беседа. Курация больных	10
11.Значимость хирургического лечения при остром периодонтите, периостите, остеомиелите челюсти. Медикаментозное лечение при остром периодонтите, периостите, остеомиелите.	11	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Оперативные доступы и дренирование гнойных очагов.</li> </ul>	5	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар пресс-конференция. Курация больных	11
12.Параметры клинических и биохимических анализов при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.	12	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Этиология и патогенез осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО.</li> </ul>	5	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинарское занятие в форме дидактической игры. Курация больных	12
13.Топографическая анатомия клетчаточных пространств.	13	Особенности клинических проявлений осложнения воспалительных заболеваний ЧЛО. Общая и местная симптоматика.	5	0,7	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Семинар. Курация больных	13
14.Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основные пути проникновения инфекции в поднижнечелюстную и подподбородочную области, дно полости рта; распространение инфекции из вышеназванных областей.</li> </ul>	10	1,5	1,2, 3,4, 5,6, 7,8, 9,10	Тесты. Ситуационные задачи Курация больных	14
<b>Итоги</b>			<b>75</b>	<b>10</b>			<b>14</b>

## 9. Учебно-методическое обеспечение курса

### Основная литература

1. Байриков И. М., Монаков В. А., Савельев А. Л., Монаков Д. В. Клинический анализ заболеваемости одонтогенными флегмонами челюстно-лицевой области по данным отделения челюстно-лицевой хирургии клиники Самарского государственного медицинского университета// Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – № 11. – 2014. – С. 100–104.
2. Бармина Т.Г., Шарифуллин Ф.А., Абакумов М.М. Компьютерно томографическая диагностика при лечении острого медиастинита// Медицинская визуализация. – № 3. – 2005. – С. 42–50.
3. Блинова А.С., Иволина Н.К., Каргина К.В., Дрегалкина А.А. Частота, структура и динамика воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области// Сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. – Том II. – С. 1026-1030.
4. Клинический протокол диагностики и лечения: Хронический остеомиелит челюстей. Одобрен Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от «29» июня 2017 года, Протокол № 24.
5. Клинический протокол: Острый одонтогенный остеомиелит челюсти. Утвержден протоколом заседания Экспертной комиссии по вопросам развития здравоохранения № 18 МЗ РК от 19 сентября 2013 года.
6. Козлова А.В., Котельникова А.А., Дрегалкина А.А. Лекарственный (бисфосфонатный) остеонекроз челюстей. Дифференциальная диагностика с одонтогенным остеомиелитом // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: Материалы III Международной научно-практической конференции молодых 105 учёных и студентов [Электронный ресурс], Екатеринбург, 3-5 апреля 2018 г. — Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2018. — Том 3. — 1029 с.
7. Кулаков А.А., Робустова Т.Г., Неробеев А.И. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия.
8. Нестеров А. В., Лебедев М. В., Захарова И. Ю. Частота и структура гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области (по материалам отделения челюстно-лицевой хирургии Пензенской областной клинической больницы им. Н. Н. Бурденко) // Вестник Пензенского государственного университета № 1 (17). – 2017. – С. 65–71.
9. Приложение к приказу Минздрава России от 9 ноября 2012 г. № 838н Стандарт специализированной медицинской помощи при абсцессе, фурункуле, карбункуле кожи.
10. Серебренникова Е.В., Дрегалкина А.А. Возможности выбора эмпирической антибактериальной терапии у больных с одонтогенными флегмонами// Сборник статей IV Международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов «Актуальные вопросы медицинской науки и здравоохранения» IV Всероссийского форума медицинских и фармацевтических вузов «За качественное образование», 10-12 апреля 2019 г., Екатеринбург. Том II, – С. 1216-1220.
11. Соловьев Н. А., Дрегалкина А.А. Роль компьютерной томографии в диагностике флегмон лица и шеи// Актуальные вопросы современной медицинской науки.
12. Фомичев Е. В., Поройский С. В., Кирпичников М. В., Ярыгина Е. Н. Современная концепция лечения гнойно-воспалительных заболеваний лица и шеи у больных сахарным диабетом// Волгоградский научно-медицинский журнал.– № 3. – 2014. – С. 35–40.

13. Фомичев Е. В., Яковлев А. Т., Ярыгина Е. Н., Кирпичников М. В., Ефимова Е. В. Иммунологические аспекты патогенеза вялотекущих воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области//Вестник Волг ГМУ. – Выпуск 2 (62). – 2017. – С. 3–7.

14. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Национальное руководство. Под ред. А.А. Кулакова, Т.Г. Робустовой, А.И. Неробеева.- М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010.-928с.

#### Дополнительная литература

1. Хирургическая стоматология /Под ред. Т.Г. Робустовой. – М.: Медицина, 2003. – С. 268-274.

2. Швырков М.Б., Афанасьев В.В., Стародубцев В.С. воспалительные процессы чло Руководство. – М.: Медицина, 1999. – С. 73-113.

3. Александров Н.М., Аржанцев П.З. Заболевания челюстно-лицевой области. -М., 1986.

4. Сукачев В.А. Неогнестрельные ранения //Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /Под ред. В.М. Безрукова, Т.Г. Робустовой. - М., Медицина, 2000.

5. Шаргородский А.Г. Повреждение тройничного нерва при переломах костей лица. - М.: Медицина, 1975.

6. Кабаков Б. Д., Руденко А. Т. Питание больных с воспалением лица и челюсти и уход за ними. – Л.:Медицина, 1997. – 136 стр

7. Балин В.Н. и др. Указания по военно-полевой хирургии. – М., 2000. – С. 67-82.

8. Военная стоматология /Под ред. Г.И. Прохвятилова. – С-Пб, 2008. – С. 405-428.

10. Военно-полевая хирургия /Под ред. Е.К. Руманенко. – 2-е изд. – ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 132-141, 480-488.

#### Электронные ресурсы:

1. Журнал «Новое в стоматологии» <http://www.newdent.ru/>

2. Российский стоматологический журнал <http://www.medlit.ru/>

3. Медицинские новости <http://www.mednovosti.by/>

4. Журнал «Вестник стоматологии» <http://psdir.ru/company/55688/>

#### 10. Информация по оценке

Рейтинг (баллы)	Оценка по буквенной системе	Цифровой эквивалент оценки	Оценка по традиционной системе
87 – 100	А	4,0	Отлично
80 – 86	В	3,33	Хорошо
74 – 79	С	3,0	
68 -73	Д	2,33	
61 – 67	Е	2,0	Удовлетворительно
31-60	FX	0	Неудовлетворительно

1. Устный опрос-0,4
2. Посещаемость- 0,2
3. Тест 0,3
4. Конспект- 0,3

№	Форма контроля	Балл	Критерии оценки
1	Устный опрос	0,3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Излагает материал полностью, дает правильное определение основных понятий;</li> <li>• Обнаруживает понимание материала, сможет схематически нарисовать и объяснить, может обосновать свои суждения.</li> </ul>
		0,1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Излагает материал полно, но допускает неточности в определении понятий или формулировке темы;</li> <li>• Не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;</li> </ul>
		0	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Излагает материал неполно и допускает грубые ошибки в определении понятий или формулировке темы;</li> <li>• Не умеет и доказательно обосновать свои суждения</li> </ul>
		0	Отсутствие знаний и компетенций в рамках образовательного стандарта. Отказ от ответа.
2	Посещаемость	0,2	Присутствует, активно участвует на обсуждении темы
		0	Не умеет продемонстрировать на моделях;
3	Тест	0,2	Правильный ответ 70%-100%
		0,1	Правильный ответ 50%-70%
		0	Правильные ответы до 50 %
4	Конспект	0,2	Все темы, предложенные для конспектирования были проработаны, прочитан материал источников, выбрано главное и второстепенное.
		0,1	Неполный конспект.

## 11. Политика выставления баллов

**Оценивание** - это завершающий этап учебной деятельности студента, направленный на определение успешности обучения.

**Оценка по дисциплине** выставляется как средняя арифметическая из оценок за модули, на которые структурирована учебная дисциплина (60 баллов), и из оценок в ходе итогового контроля - экзамена (40 баллов).

**Оценка за модуль** определяется как сумма оценок текущей учебной деятельности и оценки рубежного модульного контроля, выражающаяся по многобалльной шкале (60 баллов).

### Оценивание модуля

Оценка за модуль определяется как сумма оценок текущей учебной деятельности (в баллах) и оценки рубежного модульного контроля (в баллах), которая выставляется при оценивании теоретических знаний и практических навыков. Максимальное количество баллов, которое студент может набрать при изучении каждого модуля, составляет 30 баллов, в том числе за текущую учебную деятельность - 10 баллов, по результатам рубежного контроля - 10 баллов, СРС и лекции- 10 баллов.

### А) Оценивание текущей учебной деятельности.

При оценивании усвоения каждой темы модуля студенту выставляются баллы за **активное участие на занятии** и за сдачу **контрольных работ**. При этом учитываются все виды работ, предусмотренные методической разработкой для изучения темы.

Вес (цена в баллах) каждой контрольной работы в рамках одного модуля одинаковый, но может быть разным для разных модулей и определяется количеством практических занятий в модуле

Основным отличием **контрольных работ** от текущих практических занятий является то, что на нем студент должен продемонстрировать умение синтезировать теоретические и практические знания, приобретенные в рамках одной контрольной работы (смыслового модуля). Во время контрольных работ рассматриваются контрольные вопросы, тесты, лексический минимум и ситуационные задачи, предложенные в методических разработках для студентов, а также осуществляется закрепление и контроль практических навыков по темам смыслового модуля. Изученные прежде учебные элементы анализируются в плане морфофункциональных связей и их роли в строении и функции системы, организма в целом.

**Б) Рубежный контроль (коллоквиум) смысловых модулей** проходит в два этапа:

- устное собеседование.
- письменный или компьютерный тестовый контроль;

Для тестирования предлагаются 150-200 тестов по каждой теме, из которых компьютер или преподаватель произвольно выбирает 50 тестов по 3-4 вариантам. Устное собеседование проходит по материалам практического, лекционного и внеаудиторного курсов. Цена в баллах рубежного контроля такая же, как и цена текущего практического занятия в рамках данного модуля дисциплины.

#### **Отработка пропущенных занятий (отработка)**

За пропущенные занятия студенту необходимо получить разрешение в письменном виде (лист разрешения), с деканата, подготовится самостоятельно на темы и отработать у предметника на кафедре. Отработка пропущенных занятий проводится до рубежного контроля и учитывается балл при выставлении модулей. За каждые пропущенные и неотработанные практические занятия убавление по 2 балла с модуля. Предметник регистрирует повторные сдачи в специальном журнале, ставит пометку «отработал» в лист разрешения.

#### **Оценивание внеаудиторной работы студентов.**

##### **А) Оценивание самостоятельной работы студентов.**

Самостоятельная работа студентов, которая предусмотрена по теме наряду с аудиторной работой, оценивается во время текущего контроля на соответствующем практическом занятии. Уровень усвоения тем, которые выносятся лишь на самостоятельную работу, оцениваются на рубежном контроле.

##### **Б) Оценивание индивидуальной работы (задания) студента.**

Студенты (по желанию) могут выбрать одно из индивидуальных заданий по теме модуля. Это может быть УИРС или НИРС в виде:

- подготовки обзора научной литературы (реферат);
- подготовки иллюстративного материала по рассматриваемым темам (мультимедийная презентация, набор таблиц, схем, рисунков и т.п.);
- проведения научного исследования в рамках студенческого научного кружка
- публикация научных сообщений, доклады на научных конференциях и др.;
- участие в олимпиадах.

Баллы за индивидуальные задания начисляются студенту лишь при успешном их выполнении и защите (призовые места на соответствующих конкурсах). Количество баллов, которое начисляется за индивидуальную работу, прибавляется к сумме баллов, набранных студентом во время сдачи экзамена ( как дополнительные баллы).

#### **Итоговый контроль - экзамен.**

Итоговый контроль осуществляется по завершению изучения всех тем учебной дисциплины. К итоговому контролю допускаются студенты, которые посетили все предусмотренные учебной программой аудиторные учебные занятия (практические занятия, лекции) и при изучении модулей набрали сумму баллов, **не меньшую минимального количества (31 балл)** (см. бюллетень ОшГУ №19.).

Студенту, который по уважительной причине имел пропуски учебных занятий (практические занятия, лекции), разрешается ликвидировать академическую задолженность в **течение 2-х следующих за пропуском недель**. Для студентов, которые пропустили учебные занятия без уважительных причин, решение об их отработке принимается в индивидуальном порядке деканатом факультета.

**Итоговый контроль** проводится в виде компьютерного тестирования. В базу тестовых вопросов вносится 200-500 вопросов и компьютер выборкой выбирает 40 вопросов, на которые студент должен ответить в течении 30 минут. Максимальное количество баллов, которое может набрать студент при сдаче итогового модульного контроля, составляет 40 баллов.

## **12. Политика курса**

### **Недопустимо:**

- 1) Опоздание и уход с занятий;
- 2) Пользование сотовыми телефонами во время занятий;
- 3) Обман и плагиат;
- 4) Несвоевременная сдача заданий.

**Перечень требований предъявляемых студенту, выполнение которых обеспечивает высокую эффективность учебного процесса и обязательна для студентов:**

- 1) Активность во время практических(семинарских)занятий;
- 2) Обязательное посещение занятий;
- 3) Подготовка к занятиям;
- 4) Выполнению домашнего занятия;
- 5) Выполнению СРС;
- 6) Отработка пропущенных занятий;
- 7) Посещать все лекции.

Студент может набирать баллы по всем видам занятий. На лекциях-максимум 5б за 1 модуль и на семинарах-максимум 5б за 1 модуль. За активность, посещаемость и наличие конспектов всего-0,5б за 1 занятие. На рубежном контроле - максимум 10б за 1 модуль: за тест ,устный или письменный ответ на занятии студент может набрать всего- 0,5 б. За выполнение СРС - максимум 5б за 1 модуль.

## **13. Перечень вопросов и заданий по темам и формам контроля:**

*(вопросы, задания, тесты, темы рефератов, контрольных работ и т.п. по всем видам контроля).*

### **Вопросы:**

- Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения периоститов , профилактика.
- Рассмотрите пути распространения одонтогенной инфекции.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты остеомиелита челюсти, разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.
- Укрепите знания о патологической анатомии остеомиелита.
- Оцените состояние пациента и провести коррекцию функциональных нарушений организма.
- Определите стратегию хирургического лечения и его возможные риски.

- Составьте оптимальный план премедикации.
- Рассмотрите методы диагностики абсцессов и флегмоны подглазничной , глазницы и скуловой области, проведите дифференциальную диагностику.
- Обсудите адекватное лечение больным с абсцессами флегмонами подглазничной, глазницы и скуловой области.
- Определите необходимость ранней диагностики и лечения абсцесс и флегмон височной, подвисочной области и крылонебной ямки.
- Диагностика абсцессов и флегмон височной, подвисочной области и крылонебной ямки.
- Клиника абсцессов и флегмон височной, подвисочной области и крылонебной ямки.
- Принципы лечения абсцессов и флегмон височной, подвисочной области и крылонебной ямки.
- Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон щечной, скуловой области и области неба.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон околоушно-жевательной и поджевательной области.
- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон околоушно- жевательной и поджевательной области.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику абсцесс и флегмон околоушно-жевательной и поджевательной области.
- Ознакомьтесь с методами лечения абсцесс и флегмон околоушно- жевательной и поджевательной области.
- Ознакомьтесь с путями распространения одонтогенной инфекции.
- Повторите классификацию воспалительных заболеваний ЧЛЮ.
- Обсудите этиопатогенез абсцесс и флегмон челюстной, подподбородочной области.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцесс и флегмон крыловидно–челюстного пространства и окологлоточного пространства, разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.
- Укрепите знания о патологической анатомии абсцесс и флегмон крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцесс и флегмон крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства, разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.
- Укрепите знания о патологической анатомии абсцесс и флегмон крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства.
- Обсудите и повторите этиопатогенез одонтогенных воспалительных процессов.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцесс тела и корня языка, разобрать классификацию и современные представление о патогенезе.
- Повторите и укрепить знания о патологической анатомии абсцесс тела и корня языка.

- Обсудите и повторите этиопатогенез одонтогенных воспалительных процессов.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты абсцесс тела и корня языка, разобрать классификацию и современное представление о патогенезе.
- Повторите и укрепить знания о патологической анатомии абсцесс тела и корня языка.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику флегмон дна полости рта.
- Ознакомьтесь с методами лечения флегмон дна полости рта.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику флегмон дна полости рта.
- Ознакомьтесь с методами лечения флегмон дна полости рта.
- Обсудите этиопатогенез гнилостно-некротических флегмон лица и шеи.
- Рассмотреть клинику, диф.диагностику гнилостно-некротических флегмон лица и шеи.
- Ознакомиться с методами лечения гнилостно-некротических флегмон лица и шеи.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику сепсиса.
- Ознакомьтесь с методами лечения сепсиса.
- Обсудите этиопатогенез сепсиса.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику медиастенита.
- Обсудите этиопатогенез медиастенита.
- Ознакомьтесь с методами лечения медиастенита.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику тромбофлебита лицевых вен.
- Обсудите этиопатогенез тромбофлебита лицевых вен.
- Ознакомьтесь с методами лечения тромбофлебита лицевых вен.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику тромбоза кавернозного синуса.
- Обсудите этиопатогенез тромбоза кавернозного синуса. Ознакомьтесь с методами лечения тромбоза кавернозного синуса.

### **Задания:**

*Составьте слайды на тему:*

- 1) характеристика, дифференциальные диагностические признаки острого одонтогенного остеомиелита челюстей.
- 2) критерии дифференциальной диагностики острого одонтогенного остеомиелита

*Составьте буклет на тему*

- 1) Оценка функционального состояния пациента и сопутствующих болезней, анестезиологическое обеспечение при лечении абсцессов и флегмон.

- 2) Предоперационная диагностика

*Составьте слайды на тему:*

Сбор анамнеза стоматологического больного с оформлением истории болезни.

- 1) Абсцесс и флегмона крыловидно-нижнечелюстного пространства.
- 2) Флегмона позадичелюстной области (позадичелюстной ямки).

### **Тесты:**



## **ЗАНЯТИЕ 1.**

**Острые и хронические одонтогенные периоститы челюстей. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

### **ВАРИАНТ 1.**

**1. Причиной для развития периостита является:**

- а) ушиб мягких тканей лица
- б) фиброма альвеолярного отростка
- в) обострение хронического гайморита
- г) обострение хронического периодонтита
- д) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

**2. Причиной для развития периостита является:**

- а) ушиб мягких тканей лица
- б) фиброма альвеолярного отростка
- в) обострение хронического гайморита
- г) перикоронит
- д) перелом мышцелкового отростка нижней челюсти

**3. При периостите гнойный процесс локализуется:**

- а) под кожей
- б) под мышцей
- в) под надкостницей
- г) под наружной кортикальной пластинкой челюсти
- д) под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

**4. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует:**

- а) удалить
- б) запломбировать канал до вскрытия периоста
- в) запломбировать резорцин-формалиновой пастой
- г) раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

**5. Типичным клиническим признаком периостита является:**

- а) асимметрия лица
- б) подвижность всех зубов
- в) затрудненное открывание рта
- г) выбухание подъязычных валиков
- д) гиперемия и отек переходной складки

**6. Периостит челюстей необходимо дифференцировать:**

- а) с тризмом
- б) с переломом зуба
- в) с острым сиалодохитом
- г) с хроническим гайморитом
- д) с острым остеомиелитом

**7. В комплекс лечения острого периостита входит:**

- а) криотерапия
- б) физиотерапия
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

**8. В анамнезе больные острым гнойным периоститом отмечают:**

- а) ушиб мягких тканей лица
- б) боль в зубе, усиливающуюся при накусывании
- в) гипосаливацию

**9. При остром гнойном периостите температура тела:**

- а) нормальная

- б) повышена
- в) повышена или нормальная

**10. Укажите средние сроки нетрудоспособности больных острым гнойным периоститом:**

- а) 1 - 2 дня
- б) 3 - 6 дней
- в) 10 - 12 дней
- г) 12 - 15 дней

**ВАРИАНТ 2**

**1. Причиной для развития периостита является:**

- а) ушиб мягких тканей лица
- б) фиброма альвеолярного отростка
- в) обострение хронического гайморита
- г) острый пародонтит
- д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

**2. Причиной для развития периостита является:**

- а) ушиб мягких тканей лица
- б) фиброма альвеолярного отростка
- в) обострение хронического гайморита
- г) альвеолит
- д) перелом мыщелкового отростка нижней челюсти

**3. После вскрытия периоста при лечении периостита дренирование раны проводится:**

- а) на 2-й день
- б) на 3-й день
- в) на 4-й день
- г) после разреза

**4. Если причиной периостита является однокорневой зуб, его следует запломбировать:**

- а) через неделю
- б) сразу после удаления дренажа
- в) после стихания воспалительных явлений
- г) на третий день после удаления дренажа

**5. Периостит челюстей необходимо дифференцировать:**

- а) с тризмом
- б) с переломом зуба
- в) с острым сиалодохитом
- г) с хроническим гайморитом
- д) с обострением хронического периодонтита

**6. В день обращения при периостите челюстей необходимо:**

- а) вскрыть гнойный очаг
- б) начать иглорефлексотерапию
- в) сделать новокаиновую блокаду
- г) назначить физиотерапевтическое лечение
- д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики

**7. Типичный оперативный доступ при лечении периостита заключается в разрезе:**

- а) окаймляющем угол нижней челюсти
- б) в подбородочной области по средней линии
- в) слизистой оболочки по крыло-челюстной складке
- г) слизистой и надкостницы по переходной складке
- д) в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти

**8. В комплекс лечения острого периостита входит:**

- а) криотерапия
- б) десенсибилизирующая
- в) химиотерапия
- г) рентгенотерапия
- д) электрокоагуляция

**9. Укажите характерные жалобы больного острым гнойным периоститом:**

- а) острые самопроизвольные боли в ночное время
- б) постоянная (дергающая, пульсирующая) боль в челюсти
- в) боль в зубе, усиливающаяся при накусывании

**10. Имеются ли абсолютные показания к удалению зуба у больных с острым гнойным периоститом:**

- а) да
- б) нет

**ЗАНЯТИЕ 2**

**Острые и хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей. Принципы диагностики и лечения.**

**ВАРИАНТ 1.**

**1. Дайте определение остеомиелита:**

- а) воспаление костного мозга
- б) инфекционно-аллергическое заболевание с гнойно-некротическим поражением

кости

**2. Укажите автора инфекционно-аллергической теории остеомиелита:**

- а) Бобров А.А.
- б) Лексер
- в) Дерижанов С.М.
- г) Пастер
- д) Васильев

**3. Укажите длительность острой стадии остеомиелита:**

- а) 5-7 суток
- б) 12-14 суток
- в) 1 месяц

**4. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:**

- а) острый паротит
- б) перелом челюсти
- в) острый лимфаденит
- г) снижение реактивности организма
- д) травма плохо изготовленным протезом

**5. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является**

**воспалительный процесс:**

- а) в лимфоузлах
- б) в слюнных железах
- в) в периапикальных тканях
- г) в верхнечелюстной пазухе
- д) в месте перелома челюсти
- б. Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти

**заключается:**

- а) в подвижности всех зубов на челюсти
- б) болях в зубах, недомогании, свищевых ходах на коже
- в) в ознобах, повышении температуры до 40 С, симптоме Венсана, подвижности

зубов

- г) в острых пульсирующих болях в зубе, головной боли, положительном симптоме нагрузки

7. В день обращения при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:
- а) начать иглорефлексотерапию
  - б) госпитализировать больного
  - в) сделать новокаиновую блокаду
  - г) назначить физиотерапевтическое лечение
  - д) ввести внутримышечно дыхательные аналептики
8. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием:
- а) канамицин
  - б) ампициллин
  - в) линкомицин
  - г) пенициллин
  - д) эритромицин
9. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит:
- а) лучевая
  - б) седативная
  - в) мануальная
  - г) гипотензивная
  - д) физиотерапия
10. Целью широкой периостотомии при остром одонтогенном остеомиелите челюсти является:
- а) эвакуация гноя
  - б) создание внутричелюстной декомпрессии
  - в) профилактика спонтанного перелома челюсти
  - г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса

#### ВАРИАНТ 2

1. Укажите авторов инфекционно-эмболической теории остеомиелита:
- а) Евдокимов А.И.
  - б) Васильев Г.А.
  - в) Бобров А.А., Лексер
  - г) Держанов С.М.
  - д) Васильев Г.А., Лексер
2. Причиной развития острого одонтогенного остеомиелита челюстей является:
- а) острый паротит
  - б) перелом челюсти
  - в) острый лимфаденит
  - г) обострение хронического периодонтита на фоне снижения реактивности организма
3. Местными признаками острого одонтогенного остеомиелита челюсти являются:
- а) подвижность всех зубов на челюсти
  - б) воспалительный инфильтрат без четких границ, положительный симптом нагрузки
  - в) муфтообразный, без четких границ инфильтрат, симптом Венсана, подвижность зубов
  - г) воспалительный инфильтрат с четкими границами, отрицательный симптом нагрузки
4. Рентгенологически разрежение кости при остром одонтогенном остеомиелите нижней челюсти можно обнаружить на:
- а) 3-7-е сутки
  - б) 14-21-е сутки
  - в) 7-е сутки
  - г) 3-и сутки
5. Причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите необходимо:

- а) удалить
  - б) раскрыть
  - в) запломбировать
  - г) депульпировать
  - д) реплантировать
6. При неблагоприятном течении острого одонтогенного остеомиелита челюсти осложнением бывает:
- а) ксеростомия
  - б) слюнные свищи
  - в) рубцовая контрактура
  - г) паралич лицевого нерва
  - д) переход в хроническую форму
7. Для лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют препараты, обладающие остеотропным действием:
- а) канамицин
  - б) ампициллин
  - в) фузидин
  - г) пенициллин
  - д) эритромицин
8. Для стимуляции реактивности организма при лечении острого одонтогенного остеомиелита челюсти используют:
- а) фузидин
  - б) коргликон
  - в) левомиколь
  - г) метилурацил
  - д) эритромицин
9. В комплекс лечения острого одонтогенного остеомиелита челюсти входит:
- а) лучевая
  - б) седативная
  - в) мануальная
  - г) гипотензивная
  - д) десенсибилизирующая
10. Оперативное лечение при остром одонтогенном остеомиелите челюсти заключается:
- а) в удалении причинного зуба
  - б) в широкой периостотомии челюсти с двух сторон
  - в) в периостотомии в области причинного зуба, дренировании
  - г) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с одной стороны, дренировании
  - д) в удалении причинного зуба, широкой периостотомии челюсти с двух сторон, дренировании

### **ЗАНЯТИЕ 3**

#### **Острые и хронические одонтогенные гаймориты и свищи челюстей.**

##### **Принципы диагностики и лечения.**

Вариант 1

##### **1. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:**

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) выделение из лунки пенистой крови

##### **2. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании:**

- а) жалоб больного

- б) клинических данных
- в) рентгенологической картины
- г) клинико-рентгенологической картины

**3. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит:**

- а) при его низком стоянии
- б) при удалении 12, 11, 21, 22
- в) при удалении 13, 12, 11, 21, 22, 23
- г) при удалении 48, 47, 46, 45, 44, 34, 35, 36, 37,38

**4. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:**

- а) носовое кровотечение
- б) кровотечение из лунки
- в) перелом альвеолярного отростка
- г) положительный симптом нагрузки
- д) положительная носо-ротовая проба

**5. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и наличии в ней воспалительных явлений необходимо:**

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) укрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

**6. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи после удаления зуба и отсутствии в ней воспалительных явлений необходимо:**

- а) провести гайморотомию
- б) динамическое наблюдение
- в) промыть пазуху антисептиком
- г) укрыть лунку йодоформным тампоном
- д) закрыть перфорационное отверстие лоскутом со щеки

**7. При сформировавшемся одонтогенном свище верхнечелюстной пазухи показано лечение:**

- а) физиотерапия
- б) гайморотомия
- в) иссечение свища
- г) промывание пазухи антисептиком
- д) гайморотомия с одномоментной пластикой свища

**8. Для устранения сообщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта используются ткани:**

- а) филатовского стебля
- б) слизистой оболочки щеки
- в) слизистой оболочки верхней губы
- г) слизистой оболочки вестибулярной поверхности альвеолярного отростка

**9. При пластике свищевого хода верхнечелюстной пазухи линию швов на альвеолярном отростке закрывают:**

- а) obturatorом
- б) защитной пластинкой
- в) йодоформным тампоном
- г) мостовидным протезом
- д) йодоформным тампоном и защитной пластинкой

**10. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является:**

- а) тризм
- б) носовое кровотечение
- в) деформация скуловой области

г) парез краевой ветви n. Facialis

**11. Ранним местным осложнением после радикальной гайморотомии и пластики свищевого хода является:**

- а) тризм
- б) расхождение швов
- в) деформация скуловой области
- г) парез краевой ветви n. Facialis

**12. Для ускорения эпителизации раны после пластики свищей верхнечелюстной пазухи местно назначают:**

- а) массаж
- б) лазеротерапию
- в) иглорефлексотерапию
- г) чрескожную электронейростимуляцию

**13. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при удалении:**

- а) 12, 11, 21, 22
- б) 13, 12, 11, 21, 22, 23
- в) 18, 17, 16, 15, 14 и 24, 25, 26, 27, 28
- г) 48, 47, 46, 45, 44, 34, 35, 36, 37, 38

**14. Укажите основную рентгенологическую проекцию, используемую при диагностике одонтогенного синусита:**

- а) носо-лобная
- б) аксиальная
- в) полуаксиальная

Вариант 2

**1. Нижней границей височной области является:**

- а) височная линия
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) скуловая и лобная кости
- г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями
- д) скуловая дуга

**2. Внутренней границей височной области является:**

- а) височная линия
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) скуловая и лобная кости
- г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями
- д) скуловая дуга

**3. Верхней границей подвисочной ямки является:**

- а) бугор верхней челюсти и скуловая кость
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами
- г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости
- д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**4. Внутренней границей подвисочной ямки является:**

- а) бугор верхней челюсти и скуловая кость
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами
- г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости
- д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**5. Задней границей подвисочной ямки является:**

- а) бугор верхней челюсти и скуловая кость
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами

г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**6. Передней границей крылонебной ямки является:**

а) задняя поверхность верхней челюсти

б) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

в) крыловидно-небный канал

г) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

д) подвисочная ямка

ж) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной

кости

**7. Нижней границей крылонебной ямки является:**

а) крыловидно-небный канал

б) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

в) подвисочная ямка

г) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной

кости

д) задняя поверхность верхней челюсти

ж) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

**8. Внутренней границей крылонебной ямки является:**

а) подвисочная ямка

б) крыловидно-небный канал

в) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

г) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной

кости

д) задняя поверхность верхней челюсти

ж) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

**9. В крылонебную ямку через круглое отверстие выходит:**

а) глазничный нерв

б) слезный нерв

в) верхнечелюстной нерв

г) нижнечелюстной нерв

**10. В крылонебной ямке проходит:**

а) зачелюстная артерия

б) внутренняя сонная артерия

в) верхнечелюстная артерия

г) лицевая артерия

**11. В височной области проходит:**

а) поверхностная височная артерия

б) передняя глубокая височная артерия

в) задняя глубокая артерия

г) верно все выше перечисленное

**12. Височная область разделяется на:**

а) поверхностный и средний отделы

б) поверхностный и глубокий отделы

в) средний и глубокий отделы

г) поверхностный, средний и глубокий отделы

**13. Флегмона височной области согласно классификации Робустовой Т.Г.**

**относится к:**

а) поверхностным флегмонам прилежащим к верхней челюсти

б) глубоким флегмонам прилежащим к верхней челюсти

в) флегмонам соседних с окологлазничными тканями областей

г) поверхностным флегмонам прилежащим к нижней челюсти

д) глубоким флегмонам прилежащим к нижней челюсти



**14. Причиной возникновения флегмон и абсцессов подвисочной и крылонебной ямок является воспалительный процесс в области:**

- а) 48 и 38, реже 46,47,36,37 зубов
- б) 18 и 28, реже 16,17,26,27 зубов
- в) 14,15,24,25 зубов
- г) 44,45,34,35 зубов

#### **ЗАНЯТИЕ 4**

**Абсцессы и флегмоны подглазничной, глазницы и скуловой области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Верхней границей подглазничной области является:**

- а) нижний край скуловой кости
- б) нижний край глазницы
- в) нижний край грушевидного отверстия

**2. Внутренней границей подглазничной области является:**

- а) альвеолярный отросток верхней челюсти
- б) нижний край глазницы
- в) скулочелюстной шов
- г) нижний край грушевидного отверстия

**3. В подглазничной области находится:**

- а) f. canina
- б) f. temporalis
- в) f. infratemporalis
- г) f. pterygopalatina

**4. В f. canina проходит:**

- а) a. carotis
- б) a. lacrimalis
- в) a. lingualis
- г) a. angularis

**5. Из подглазничной области инфекция распространяется:**

- а) подчелюстную область
- б) подподбородочную область
- в) щечную область
- г) околоушно-жевательную область

**6. Из подглазничной области инфекция распространяется:**

- а) височную область
- б) глазницу
- в) околоушно-жевательную область
- г) крылонебную ямку

**7. В подглазничной области выделяют следующие отделы:**

- а) нижний и верхний
- б) нижний, средний, верхний
- в) средний и верхний

**8. Нижней границей щечной области является:**

- а) альвеолярный отросток нижней челюсти
- б) нижний край скуловой кости
- в) альвеолярный отросток верхней челюсти
- г) нижний край тела нижней челюсти

**9. Задней границей щечной области является:**

- а) передний край жевательной мышцы

- б) нижний край скуловой кости
- в) альвеолярный отросток верхней челюсти
- г) ветвь нижней челюсти

**10. К жировое тело щеки имеет :**

- а) надглазничный отросток
- б) подглазничный отросток
- в) глазничный отросток
- г) орбитальный отросток

**11. Из щечной области инфекция распространяется:**

- а) подчелюстную область
- б) подподбородочную область
- в) корень языка
- г) околоушно-жевательную область

**12. Из щечной области инфекция распространяется:**

- а) зачелюстную область
- б) глазницу
- в) верхнечелюстной синус
- г) крылонебную, подвисочные ямки

**13. Верхней границей скуловой области является:**

- а) нижний край височной кости
- б) передненижний отдел височной области
- в) лобный отросток скуловой кости

**14. Передней границей скуловой области является:**

- а) нижний край скуловой кости
- б) скулочелюстной шов
- в) боковая стенка носа

**15. Оперативное вмешательство при флегмонах и абсцессах скуловой области производят:**

- а) с учетом хода ветвей лицевого нерва
- б) с учетом хода лицевой артерии
- в) с учетом хода височной артерии

**16. При длительном течении абсцессов и флегмон скуловой области развивается:**

- а) контрактура жевательной мышцы
- б) кортикальный остеомиелит
- в) невралгия тройничного нерва
- г) патологический перелом скуловой дуги

**17. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:**

- а) острый остеомиелит скуловой кости
- б) острый остеомиелит лобной кости
- в) острый остеомиелит верхней челюсти
- г) острый остеомиелит височной кости

Вариант 2

**1. Нижней границей подглазничной области является:**

- а) альвеолярный отросток нижней челюсти
- б) нижний край скуловой кости
- в) альвеолярный отросток верхней челюсти
- г) скулочелюстной шов

**2. Наружной границей подглазничной области является:**

- а) альвеолярный отросток верхней челюсти
- б) нижний край глазницы
- в) скулочелюстной шов
- г) нижний край грушевидного отверстия

**3. В f. canina проходит:**

- а) n.ophtalmicus
- б) n.infraorbitalis
- в) n. lacrimalis
- г) n.maxillaris

**4. В f. canina проходит:**

- а) v.lacrimalis
- б) v.lingualis
- в) v.angularis

**5. Из подглазничной области инфекция распространяется:**

- а) подчелюстную область
- б) подбородочную область
- в) околоушно-жевательную область
- г) скуловую область

**6. Из подглазничной области инфекция распространяется:**

- а) боковую поверхность носа
- б) спинку носа
- в) кончик носа

**7. Верхней границей щечной области является:**

- а) нижний край скуловой кости
- б) нижний край глазницы
- в) нижний край грушевидного отверстия

**8. Передней границей щечной области является:**

- а) нижний край скуловой кости
- б) соответствует линии, соединяющей скулочелюстной шов с углом рта
- в) боковая стенка носа

**9. К жировое тело щеки имеет :**

- а) жевательный отросток
- б) височный отросток
- в) околоушный отросток
- г) губной отросток

**10. К жировое тело щеки имеет :**

- а) надбровный отросток
- б) височный отросток
- в) крылонебный отросток
- г) подвисочный отросток

**11. Из щечной области инфекция распространяется:**

- а) подчелюстную область
- б) подбородочную область
- в) скуловую область
- г) подглазничную область

**12. Из щечной области инфекция распространяется:**

- а) боковую поверхность носа
- б) переднюю поверхность носа
- в) височную область
- г) в область подбородка

**13. Нижней границей скуловой области является:**

- а) передневерхний отдел щечной области
- б) нижний край скуловой кости
- в) альвеолярный отросток верхней челюсти
- г) нижний край тела нижней челюсти

**14. Задней границей скуловой области является:**

- а) передний край жевательной мышцы

- б) задний край скуловой кости
- в) бугор верхней челюсти
- г) скуловисочный шов

**15. Из скуловой области инфекция распространяется в:**

- а) подчелюстную область
- б) височную область
- в) щечную область
- г) околоушно-жевательную область

**16. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:**

- а) флегмона поглазничной области
- б) флегмона щечной области
- в) флегмона скуловой области
- г) флегмона лобной области

**17. Причиной возникновения воспалительного процесса в глазнице является:**

- а) острый гайморит
- б) флегмона щечной области
- в) острый остеомиелит скуловой кости
- г) флегмона лобной области

## **ЗАНЯТИЕ 5**

**Абсцессы и флегмоны височной , подвисочной области и крылонебной ямки. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Верхней и задней границей височной области является:**

- а) височная линия
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) скуловая и лобная кости
- г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями
- д) скуловая дуга

**2. Передней границей височной области является:**

- а) височная линия
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) скуловая и лобная кости
- г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями
- д) скуловая дуга

**3. Наружной границей височной области является:**

- а) височная линия
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) скуловая и лобная кости
- г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями
- д) скуловая дуга

**4. Передней границей подвисочной ямки является:**

- а) бугор верхней челюсти и скуловая кость
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами
- г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости
- д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**5. Наружной границей подвисочной ямки является:**

- а) бугор верхней челюсти и скуловая кость
- б) подвисочный гребень основной кости
- в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами

г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**6. Задней границей крылонебной ямки является:**

а) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости

б) задняя поверхность верхней челюсти

в) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

г) крыловидно-небный канал

д) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

ж) подвисочная ямка

**7. Верхней границей крылонебной ямки является:**

а) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

б) крыловидно-небный канал

в) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

г) подвисочная ямка

д) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости

ж) задняя поверхность верхней челюсти

**8. Наружной границей крылонебной ямки является:**

а) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

б) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

в) крыловидно-небный канал

г) подвисочная ямка

д) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости

ж) задняя поверхность верхней челюсти

**9. Подвисочная ямка через нижнеглазничную щель сообщается с:**

а) полостью черепа

б) глазницей

в) подглазничной областью

г) верхнечелюстным синусом

**10. В подвисочную ямку через овальное отверстие выходит:**

а) глазничный нерв

б) слезный нерв

в) верхнечелюстной нерв

г) нижнечелюстной нерв

**11. Латеральной, медиальной крыловидными мышцами и нижним отделом височной мышцы выполнена:**

а) крылонебная ямка

б) подвисочная ямка

**12. В височной области проходит:**

а) поверхностная височная вена

б) глубокая височная вена

в) средняя височная вена

г) верно все выше перечисленное

**13. Флегмона височной области всегда является:**

а) первичной

б) вторичной

**14. Флегмона подвисочной ямки согласно классификации Робустовой Т.Г. относится к:**

а) поверхностным флегмонам прилежащим к верхней челюсти

б) глубоким флегмонам прилежащим к верхней челюсти

в) флегмонам соседних с околочелюстными тканями областей

г) поверхностным флегмонам прилегающим к нижней челюсти

д) глубоким флегмонам прилегающим к нижней челюсти

**15. Причиной возникновения флегмон и абсцессов подвисочной и крылонебной ямок является:**

а) воспалительный процесс в области 48 и 38, реже 46,47,36,37 зубов

б) воспалительный процесс в области 14,15,24,25 зубов

в) при инфицировании гематом после туберальной анестезии

г) воспалительный процесс в области 44,45,34,35 зубов

Вариант 2

**1. Нижней границей височной области является:**

а) височная линия

б) подвисочный гребень основной кости

в) скуловая и лобная кости

г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями

д) скуловая дуга

**2. Внутренней границей височной области является:**

а) височная линия

б) подвисочный гребень основной кости

в) скуловая и лобная кости

г) площадка, образованная височной, теменной, клиновидной костями

д) скуловая дуга

**3. Верхней границей подвисочной ямки является:**

а) бугор верхней челюсти и скуловая кость

б) подвисочный гребень основной кости

в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами

г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**4. Внутренней границей подвисочной ямки является:**

а) бугор верхней челюсти и скуловая кость

б) подвисочный гребень основной кости

в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами

г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**5. Задней границей подвисочной ямки является:**

а) бугор верхней челюсти и скуловая кость

б) подвисочный гребень основной кости

в) шиловидный отросток с начинающимися от него мышцами

г) наружная пластинка крыловидного отростка основной кости

д) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти

**6. Передней границей крылонебной ямки является:**

а) задняя поверхность верхней челюсти

б) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

в) крыловидно-небный канал

г) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

д) подвисочная ямка

ж) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной

кости

**7. Нижней границей крылонебной ямки является:**

а) крыловидно-небный канал

б) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

в) подвисочная ямка

г) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости

д) задняя поверхность верхней челюсти

ж) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

**8. Внутренней границей крылонебной ямки является:**

а) подвисочная ямка

б) крыловидно-небный канал

в) наружная поверхность перпендикулярной пластинки небной кости

г) большое крыло и передняя поверхность крыловидного отростка клиновидной кости

д) задняя поверхность верхней челюсти

ж) нижняя поверхность большого крыла клиновидной кости

**9. В крылонебную ямку через круглое отверстие выходит:**

а) глазничный нерв

б) слезный нерв

в) верхнечелюстной нерв

г) нижнечелюстной нерв

**10. В крылонебной ямке проходит:**

а) зачелюстная артерия

б) внутренняя сонная артерия

в) верхнечелюстная артерия

г) лицевая артерия

**11. В височной области проходит:**

а) поверхностная височная артерия

б) передняя глубокая височная артерия

в) задняя глубокая артерия

г) верно все выше перечисленное

**12. Височная область разделяется на:**

а) поверхностный и средний отделы

б) поверхностный и глубокий отделы

в) средний и глубокий отделы

г) поверхностный, средний и глубокий отделы

**13. Флегмона височной области согласно классификации Робустовой Т.Г.**

**относится к:**

а) поверхностным флегмонам прилежающим к верхней челюсти

б) глубоким флегмонам прилежающим к верхней челюсти

в) флегмонам соседних с окологлазничными тканями областей

г) поверхностным флегмонам прилежающим к нижней челюсти

д) глубоким флегмонам прилежающим к нижней челюсти

**14. Причиной возникновения флегмон и абсцессов подвисочной и крылонебной ямок является воспалительный процесс в области:**

а) 48 и 38, реже 46,47,36,37 зубов

б) 18 и 28, реже 16,17,26,27 зубов

в) 14,15,24,25 зубов

г) 44,45,34,35 зубов

## **ЗАНЯТИЕ 6-7**

**Абсцессы и флегмоны щечной, скуловой области и области неба.**

**Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования.**

**Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная**

**диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Согласно анатомо-топографической классификации различают:**

- а) околочелюстные абсцессы и флегмоны
- б) околоскуловые абсцессы и флегмоны
- в) окололицевые абсцессы и флегмоны
- г) окологлазные абсцессы и флегмоны

**2. Согласно анатомо-топографической классификации к околочелюстным абсцессам и флегмонам относятся абсцессы и флегмоны тканей:**

- а) прилежающих к скуловой кости
- б) прилежающих к подъязычной кости
- в) прилежающих к верхней челюсти
- г) прилежающих к височной кости

**3. Согласно анатомо-топографической классификации к околочелюстным абсцессам и флегмонам относятся:**

- а) поверхностные и глубокие
- б) краевые и срединные
- в) поперечные и продольные

**4. Подподбородочные абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**5. Крыловиднонижнечелюстные абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**6. Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**7. Абсцессы и флегмоны подъязычной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**8. Абсцессы и флегмоны подглазничной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилежающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**9. Абсцессы и флегмоны подвисочной области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти



- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

**10. Абсцессы и флегмоны скуловой области согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

**11. Абсцессы и флегмоны глазницы согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

**12. Абсцессы и флегмоны шеи согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

Вариант №2

**1. Согласно анатомо-топографической классификации различают:**

- а) околоскуловые абсцессы и флегмоны
- б) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей
- в) окололицевые абсцессы и флегмоны
- г) окологлазные абсцессы и флегмоны

**2. Согласно анатомо-топографической классификации к окологлазным абсцессам и флегмонам относятся абсцессы и флегмоны тканей:**

- а) прилегающих к скуловой кости
- б) прилегающих к нижней челюсти
- в) прилегающих к подъязычной кости
- г) прилегающих к височной кости

**3. Поднижнечелюстные абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

**4. Окологлоточные абсцессы и флегмоны согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазными тканями областей

**5. Абсцессы и флегмоны подмассетерального пространства согласно анатомо-топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- б) глубоким прилегающим к верхней челюсти

**6. Флегмоны дна полости рта согласно анатомо-топографической**

**классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**7. Абсцессы и флегмоны щечной области согласно анатомо-топографической**

**классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**8. Абсцессы и флегмоны крылонебной области согласно анатомо-**

**топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**9. Абсцессы и флегмоны височной области согласно анатомо-топографической**

**классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**10. Абсцессы и флегмоны позадичелюстной области согласно анатомо-**

**топографической классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**11. Абсцессы и флегмоны языка согласно анатомо-топографической**

**классификации относятся к:**

- а) поверхностным прилегающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилегающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилегающим к нижней челюсти
- г) глубоким прилегающим к верхней челюсти
- д) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей

**ЗАНЯТИЕ 8-9**

**Абсцессы и флегмоны околоушно- жевательная и поджевательная области.**

**Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования.**

**Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная**

**диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Верхней границей околоушно-жевательной области является:**

- а) нижний край скуловой кости и скуловой дуги
- б) верхний край скуловой кости
- в) нижний край височной кости

**2. Передней границей околоушно-жевательной области является:**

- а) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- б) передний край височной мышцы
- в) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- г) передний край жевательной мышцы

**3. В околоушно-жевательной области расположена:**

- а) медиальная крыловидная мышца
- б) латеральная крыловидная мышца
- в) жевательная мышца
- г) височная мышца

**4. Жевательная мышца имеет:**

- а) наружную и внутреннюю часть
- б) поверхностную и глубокую часть
- в) поверхностную и наружную часть
- г) внутреннюю и глубокую часть

**5. Клетчатка околоушно-жевательной области спереди сообщается с:**

- а) с клетчаткой скуловой и височной области
- б) с клетчаткой позадищеушной области и крыловидно-нижнечелюстного пространства
- в) с клетчаткой позадищеушной области и окологлоточного пространства
- г) с клетчаткой расположенной по наружной поверхности тела нижней челюсти и позадищеушного треугольника

**6. Верхней границей подмассетериального пространства является:**

- а) нижний край скуловой кости и скуловой дуги
- б) верхний край скуловой кости
- в) нижний край височной кости

**7. Внутренней границей подмассетериального пространства является:**

- а) нижний край тела нижней челюсти
- б) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти

**8. Причиной развития флегмоны подмассетериального пространства является:**

- а) затрудненное прорезывание 48,38 зубов
- б) затрудненное прорезывание 28,18 зубов
- в) затрудненное прорезывание 46,36 зубов

**9. Пути распространения инфекции из околоушно-жевательной области:**

- а) позадищеушная область
- б) скуловая область
- в) подбородочная область

**10. Пути распространения инфекции из околоушно-жевательной области:**

- а) щечная область
- б) подглазничная область
- в) подбородочная область

Вариант 2

**1. Нижней границей околоушно-жевательной области является:**

- а) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- б) нижний край тела нижней челюсти
- в) задний край ветви нижней челюсти
- г) наружная поверхность тела нижней челюсти

**2. Задней границей околоушно-жевательной области является:**

- а) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- в) задний край ветви нижней челюсти
- г) наружная поверхность тела нижней челюсти

**3. Жевательная мышца с фасцией сверху прикрепляется к:**

- а) височной кости
- б) скуловой кости и скуловой дуге
- в) венечному отростку нижней челюсти
- г) верхней челюсти

**4. Жевательная мышца с фасцией внизу прикрепляется к:**

- а) жевательной бугристости угла нижней челюсти
- б) к телу нижней челюсти
- в) к подъязычной кости

г) к ключице

д) к груди

**5. В околоушно-жевательной области рыхлая клетчатка расположена:**

а) между жевательной мышцей и кожей

б) между жевательной мышцей и околоушной слюнной железой

в) в околоушной слюнной железе

г) между глубокой и поверхностной частью жевательной мышцы

**6. Клетчатка околоушно-жевательной области казади и кверху сообщается с:**

а) с клетчаткой скуловой и височной области

б) с клетчаткой позадичелюстной области и крыловидно-нижнечелюстного пространства

в) с клетчаткой позадичелюстной области и окологлоточного пространства

**7. Наружной границей подмассетериального пространства является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) внутренняя поверхность собственно жевательной мышцы

в) наружная поверхность собственно жевательной мышцы

г) подъязычно-язычная мышца

**8. Нижней границей подмассетериального пространства является:**

а) край угла нижней челюсти

б) подъязычная кость

в) щитовидная железа

**9. Подмассетериального пространства сообщается с:**

а) височной и позадичелюстной областями

б) подвисочным пространством

в) подъязычным пространством

**10. Подмассетериального пространства в переднем отделе сообщается с:**

а) с мышцами языка

б) жировым комком щеки

в) подъязычной слюнной железой

## ЗАНЯТИЕ 10-11

Абсцессы и флегмоны челюстной, подподбородочной области.

Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

Вариант 1

**1. Верхневнутренней границей поднижнечелюстного пространства является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) челюстно-язычная мышца

в) подбородочно-язычная мышца

**2. Передненижней границей поднижнечелюстного пространства является:**

а) заднее брюшко двубрюшной мышцы

б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

в) переднее брюшко двубрюшной мышцы

г) наружная поверхность тела нижней челюсти

**3. В поднижнечелюстном треугольнике расположена:**

а) околоушная слюнная железа

б) подъязычная слюнная железа

в) поднижнечелюстная слюнная железа

г) вилочковая железа

**4. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:**

а) сонная артерия

б) язычная артерия

в) позвоночная артерия

г) лицевая артерия

д) поверхностная височная артерия

артерия

**5. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:**

а) лицевой нерв

б) краевая ветвь лицевого нерва

в) подъязычный нерв

г) язычный нерв

д) нижнелуночковый нерв

**6. В поднижнечелюстном треугольнике различают следующие слои:**

а) кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная фасция, подкожная мышца шеи, поверхностная пластинка собственной фасции шеи

б)кожа,подкожно-жировая клетчатка,подкожная мышцы шеи,  
поверхностная пластинка собственной фасции шеи

в) кожа,подкожно-жировая клетчатка,поверхностная фасция,подкожная мышца  
шеи

**7. Передневерхней границей подподбородочного пространства является:**

- а) нижний край тела нижней челюсти
- б) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) внутренняя поверхность подбородочного отдела нижней челюсти

**8. Наружной границей подподбородочного пространства является:**

- а) задние брюшки правой и левой двубрюшных мышц
- б) передние брюшки правой и левой двубрюшных мышц
- в) передние брюшко двубрюшной мышцы
- г) задние брюшко двубрюшной

мышцы

**9. Пути распространения инфекции из подподбородочного пространства:**

- а) поднижнечел-е пространство
- б)окологлоточное пространство
- в) щечная

область

**10.В подподбородочном пространстве различают следующие слои:**

- а) кожа, подкожно-жировая клетчатка, собственная фасция шеи
- б)кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверхностная мышца шеи,

собственная фасция шеи

- в) кожа, подкожно-жировая клетчатка, поверх-я и собственная фасции шеи

**11.Пути распространения инфекции из поднижнечелю-го пространства:**

- а) околоушно-жевательное пространство
- б)подвисочное пространство
- в) подъязычное пространство

**12.Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:**

- а) околоушно-жевательное пространство
- б) подвисочное пространство
- в) крыловидно-нижнечелюстное пространство

Вариант 2

**1.Наружной границей поднижнечелюстного пространства является:**

- а) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) наружная поверхность тела нижней челюсти

**2. Задненижней границей поднижнечелюстного пространства является:**

- а) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- в) переднее брюшко двубрюшной мышцы
- г) наружная поверхность тела нижней челюсти

**3. В поднижнечелюстном треугольнике расположены:**

- а) поднижнечелюстные лимфоузлы
- б) подподбородочные лимфоузлы
- в) околоушные лимфоузлы
- г) заглоточные лимфоузлы

**4. В поднижнечелюстном треугольнике проходит:**

- а) наружная яремная вена
- б) язычная вена
- в) зачелюстная вена
- г)лицевая вена
- д) поверхностная височная вена

**5.В поднижнеч-м треугольнике различают следующие группы**

лимфоузлов:

- а) передние и нижние
- б) нижние и задние
- в) задние и непостоянные верхние
- г) передние, нижние, задние, непостоянные верхние

- д) передние и задние

**6. Пути проникновения инфекции в поднижнечелюстное пространство:**

- а) гематогенный                      б) лимфогенный  
в) контактный                        д) гематогенный, лимфогенный, контактный

**7. Задней границей подподбородочного пространства является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца      б) подбородочно-язычная мышца  
в) челюстно-язычная мышца            г) подъязычно-язычная мышца

**8. Нижней границей подподбородочного пространства является:**

- а) щитовидный хрящ                      б) подъязычная кость  
в) щитовидная железа

**9. Пути распространения инфекции из подподбородочного пространства:**

- а) околоушно-жевательное пространство      б) подвисочное пространство  
в) подъязычное пространство

**10. В под подбородочном пространстве располагаются:**

- а) лицевая артерия и вена                      б) подъязычный нерв  
в) подъязычная слюнная железа            г) лимфатические узлы в количестве

2-4

**11. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:**

- а) околоушно-жевательное пространство      б) подподбородочное пространство  
в) подглазничное пространство

**12. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного пространства:**

- а) околоушно-жевательное пространство      б) окологлоточное пространство  
в) крылонебное пространство

**ЗАНЯТИЕ 12-13**

**Абсцессы и флегмоны крыловидно –челюстного пространства и окологлоточного пространства.. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Наружной границей окологлоточного пространства является:**

- а) медиальная крыловидная мышца, околоушная слюнная железа  
б) латеральная крыловидная мышца  
в) жевательная мышца  
г) височная мышца

**2. Внутренней границей окологлоточного пространства является:**

- а) боковая стенка трахеи  
б) позвоночник  
в) боковая стенка глотки и мышцы поднимающие и натягивающие мягкое небо  
г) основание черепа

**3. Наружной границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:**

- а) медиальная крыловидная мышца  
б) латеральная крыловидная мышца  
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти  
г) височная мышца

**4. Внутренней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:**

- а) медиальная крыловидная мышца  
б) латеральная крыловидная мышца  
в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти  
г) височная мышца

**5. Верхней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:**

- а) медиальная крыловидная мышца

- б) латеральная крыловидная мышца и межкрыловидная фасция
- в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- г) височная мышца

**6. Передней границей позадичелюстной области является:**

- а) нижний край тела нижней челюсти
- б) нижний край подбородочного отдела нижней челюсти
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) задний край ветви нижней челюсти и медиальная крыловидная мышца

**7. Задней границей позадичелюстной области является:**

- а) нижний край тела нижней челюсти
- б) сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) шиловидный отросток с прикрепляющимися к нему мышцами

**8. Внутренней границей позадичелюстной области является:**

- а) нижний край тела нижней челюсти
- б) сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) шиловидный отросток с прикрепляющимися к нему мышцами

**9. Окологлоточное пространство делится на отделы следующими мышцами:**

- а) медиальной и латеральной крыловидными
- б) жевательной
- в) височной
- г) шилоязычной, шилоглоточной, шилоподъязычной

**10. В переднем отделе окологлоточного пространства находится:**

- а) рыхлая и жировая клетчатка
- б) лимфатические узлы
- в) наружная яремная вена

**11. В заднем отделе окологлоточного пространства находится:**

- а) рыхлая и жировая клетчатка
- б) лимфатические узлы
- в) наружная яремная вена

**12. В заднем отделе окологлоточного пространства находится:**

- а) внутренняя яремная вена
- б) лимфатические узлы
- в) наружная яремная вена

Вариант 2

**1. Передней границей окологлоточного пространства является:**

- а) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- б) нижний край тела нижней челюсти
- в) задний край ветви нижней челюсти
- г) крыловидно-челюстной шов

**2. Задней границей окологлоточного пространства является:**

- а) заднее брюшко двубрюшной мышцы
- б) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- в) задний край ветви нижней челюсти
- г) боковые фасциальные отростки идущие от предпозвоночной фасции к стенке

глотки

**3. Верхней границей окологлоточного пространства является:**

- а) височная кость
- б) скуловая кость
- в) основание черепа
- г) верхняя челюсть

**4. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:**

- а) медиальная крыловидная мышца
- б) латеральная крыловидная мышца
- в) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти
- г) щечно-глоточный шов

**5. Верхней границей зачелюстной области является:**

- а) верхняя стенка наружного слухового прохода
- б) нижняя стенка наружного слухового прохода
- в) мочка уха
- г) сосцевидный отросток

**6. Нижней границей позадичелюстной области является:**

- а) верхняя стенка наружного слухового прохода
- б) верхний полюс околоушной слюнной железы
- в) нижний полюс околоушной слюнной железы
- г) наружная яремная вена

**7. Наружной границей позадичелюстной области является:**

- а) околоушно-жевательная фасция
- б) сосцевидный отросток височной кости и грудино-ключично-сосцевидная мышца
- в) наружная поверхность ветви нижней челюсти
- г) шиловидный отросток с прикрепляющимися к нему мышцами

**8. В окологлоточном пространстве выделяют:**

- а) передний и задний отделы
- б) наружный и внутренний отделы
- в) верхний и нижний отделы

**9. Верхний шейный симпатический узел находится в:**

- а) заднем отделе окологлоточного пространства
- б) наружном отделе окологлоточного пространства
- в) верхнем отделе окологлоточного пространства
- г) внутреннем отделе окологлоточного пространства
- д) переднем отделе окологлоточного пространства

**10. 9,10,11, 12 черепные нервы находятся в:**

- а) заднем отделе окологлоточного пространства
- б) наружном отделе окологлоточного пространства
- в) верхнем отделе окологлоточного пространства
- г) внутреннем отделе окологлоточного пространства
- д) переднем отделе окологлоточного пространства

**11. Внутренняя сонная артерия находится в:**

- а) заднем отделе окологлоточного пространства
- б) наружном отделе окологлоточного пространства
- в) верхнем отделе окологлоточного пространства
- г) внутреннем отделе окологлоточного пространства
- д) переднем отделе окологлоточного пространства

## **ЗАНЯТИЕ 14-15**

**Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Верхней границей челюстно-язычного желобка является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца
- б) слизистая оболочка дна полости рта
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) боковая поверхность корня языка



д) основание передней небной дужки

**2. Наружной границей челюстно-язычного желобка является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

г) боковая поверхность корня языка

д) основание передней небной дужки

**3. Задней границей челюстно-язычного желобка является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

г) боковая поверхность корня языка

д) основание передней небной дужки

**4. В подъязычной области находится начальный отдел выводного протока:**

а) околоушной слюнной железы

б) подъязычной слюнной железы

в) поднижнечелюстной слюнной железы

**5. В подъязычной области находится:**

а) внутренняя яремная вена

б) лицевая вена

в) язычная вена

г) зачелюстная вена

**6. Инфекция из челюстно-язычного желобка распространяется :**

а) поджевательное пространство

б) крыловидно-нижнечелюстное пространство

в) к телу языка

**7. Инфекция из челюстно-язычного желобка распространяется :**

а) окологлоточное пространство

б) подподбородочное пространство

в) ретромолярную область

**8. Нижней границей подъязычной области является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

г) боковая поверхность корня языка

д) основание передней небной дужки

**9. Внутренней границей подъязычной области является:**

а) челюстно-подъязычная мышца

б) слизистая оболочка дна полости рта

в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти

г) боковая поверхность корня языка

д) подъязычно-язычная и подбородочно-язычные мышцы

**10. При абсцессе подъязычной области открывание рта:**

а) ограничено

б) выраженная контрактура

в) свободное

**11. Флегмона подъязычной области чаще бывает:**

а) односторонней

б) двусторонней

Вариант 2

**1. Нижней границей челюстно-язычного желобка является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца
- б) слизистая оболочка дна полости рта
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) боковая поверхность корня языка
- д) основание передней небной дужки

**2. Внутренней границей челюстно-язычного желобка является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца
- б) слизистая оболочка дна полости рта
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) боковая поверхность корня языка
- д) основание передней небной дужки

**3. В подъязычной области находится:**

- а) лицевой нерв
- б) язычный нерв
- в) ментальный нерв
- г) нижнелуночковый нерв

**4. В подъязычной области находится:**

- а) внутренняя сонная артерия
- б) лицевая артерия
- в) зачелюстная артерия
- г) язычная артерия

**5. Инфекция из челюстно-язычного желобка распространяется :**

- а) к корню языка
- б) к верхушке языка
- в) к телу языка

**6. Инфекция из челюстно-язычного желобка распространяется :**

- а) поджевательное пространство
- б) подподбородочное пространство
- в) ретромолярную область
- г) поднижнечелюстное пространство

**7. Верхней границей подъязычной области является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца
- б) слизистая оболочка дна полости рта
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) боковая поверхность корня языка
- д) основание передней небной дужки

**8. Наружной границей подъязычной области является:**

- а) челюстно-подъязычная мышца
- б) слизистая оболочка дна полости рта
- в) внутренняя поверхность тела нижней челюсти
- г) боковая поверхность корня языка
- д) основание передней небной дужки

**9. При абсцессе подъязычной области движения языком:**

- а) болезненны
- б) безболезненны

**10. При флегмоне челюстно-язычного желобка больные предъявляют жалобы**

**на:**

- а) резкие боли при глотании
- б) резкие боли при движении языком
- в) ограничение открывание рта
- г) верно все выше перечисленное

**ЗАНЯТИЕ 16-17-18-19**

**Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.**

Вариант 1

**1. Дно полости рта делится на этажи :**

- а) подбородочно-язычной мышцей
- б) шилоглоточной мышцей
- в) подъязычно-язычной мышцей
- г) челюстно-подъязычной мышцей

**2. Верхней границей верхнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-подъязычная мышца

**3. Передненаружной границей верхнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-подъязычная мышца

**4. Верхней границей нижнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-подъязычная мышца

**5. Передненаружной границей верхнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-язычной мышцей
- д) скуловая дуга

**6. Гнилостно-некротические флегмоны дна полости рта имеют название:**

- а) ангины Пирогова
- б) ангины Робустовой
- в) ангины Людвига

**7. При гнилостно-некротических флегмонах дна полости рта преобладают:**

- а) явления эксудации
- б) явления пролиферации
- в) явления альтерации

**8. При гнилостно-некротических флегмонах дна полости рта характерным симптомом является:**

- а) вынужденное положение больного
- б) одышка, резкая тахикардия
- в) затрудненное дыхание и глотания
- г) верно все выше перечисленное

**9. При вскрытии гнилостно-некротических флегмон дна полости рта расположенная здесь клетчатка имеет:**

- а) обычный цвет
- б) серо-зеленый, темно-бурый до черного цвет
- в) красноватый цвет

**10. Одним из грозных осложнений гнилостно-некротических флегмон дна полости рта является:**

- а) острый гнойный паротит

- б) медиастинит
- в) острый синусит

**11. Верхней границей основания языка является :**

- а) собственные мышцы языка
- б) челюстно-подъязычная мышца
- в) подбородочно-язычная, подъязычно-язычная мышцы правой и левой стороны

**12. Нижней границей основания языка является :**

- а) собственные мышцы языка
- б) челюстно-подъязычная мышца
- в) подбородочно-язычная, подъязычно-язычная мышцы правой и левой стороны

Вариант 2

**1. У дна полости рта выделяют :**

- а) верхний и нижний этажи
- б) верхний и средний этажи
- в) средний и нижний этажи
- г) верхний, средний и нижний этажи

**2. Нижней границей верхнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-подъязычная мышца

**3. Задней границей верхнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-подъязычная мышца

**4. Нижней границей нижнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) основание языка
- г) челюстно-язычной мышцей
- д) кожа правой и левой поднижнечелюстных и подподбородочной областей

**5. Задней границей нижнего этажа дна полости рта является :**

- а) слизистая оболочка дна полости рта
- б) внутренняя поверхность нижней челюсти
- в) мышцы прикрепляющиеся к шиловидному отростку и заднее брюшко двубрюшной мышцы
- г) челюстно-язычной мышцей
- д) скуловая дуга

**6. В возникновении гнилостно-некротических флегмон дна полости рта ведущая роль принадлежит:**

- а) аэробной флоре
- б) анаэробной и смешанной флоре

**7. При гнилостно-некротических флегмонах дна полости рта характерным симптомом является:**

- а) флюктуация при пальпации инфильтрата
- б) резкая болезненность при пальпации инфильтрата
- в) крепитация при пальпации инфильтрата

**8. При вскрытии гнилостно-некротических флегмон дна полости рта из раны выделяется:**

- а) зловонный жидкий гной
- б) зловонная ичорозная жидкость с пузырьками газа

в) крошкообразный зловонный гной

**9. Одним из грозных осложнений гнилостно-некротических флегмон дна полости рта является:**

- а) сепсис
- б) ОРЗ
- в) менингит

**10. При ангине Людвига поражаются:**

- а) все ткани дна полости рта
- б) все ткани дна полости рта и шея
- в) все ткани дна полости рта, а также крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства

**11. Наружной границей основания языка является :**

- а) собственные мышцы языка
- б) челюстно-подъязычная мышца
- в) подбородочно-язычная, подъязычно-язычная мышцы правой и левой стороны

## **ЗАНЯТИЕ 20-21**

**Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Медиастенит. Общие принципы диагностики и лечения**

Вариант 1

**1. В острой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) ускорение заживления операционной раны
- б) ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания
- в) предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти
- г) ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного

**2. В острой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти
- б) ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания
- в) коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем
- г) ускорение заживления операционной раны

**3. В подострой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти
- б) предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции
- в) коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем
- г) ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного

**4. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей

- б) активация репаративных процессов
- в) улучшение реологических свойств крови
- г) прекращение поступления из первичного инфекционного очага микробов, токсинов, продуктов распада тканей

**5. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

а) подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания, нейтрализация бактериальных токсинов

- б) ускорение отторжения некротизированных тканей
- в) улучшение реологических свойств крови
- г) коррекция гиперкоагулемии

**6. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

а) ускорение отторжения некротизированных тканей

б) улучшение реологических свойств крови

в) проведение гипосенсибилизирующей терапии у больных с гиперергическим типом реакции

г) коррекция гиперкоагулемии

**7. Предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции подразумевает:**

а) ускорение отторжения некротизированных тканей

б) улучшение реологических свойств крови

в) проведение гипосенсибилизирующей терапии у больных с гиперергическим типом реакции

г) активация иммунологических процессов в зоне инфекционного очага у больных с гиперергическим типом реакции

**8. Предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции подразумевает:**

а) ускорение отторжения некротизированных тканей

б) повышение антитоксической функции печени

в) устранения повышенного внутритканевого давления и травмы тканей во время оперативного вмешательства

г) устранение нарушений функции дыхательной системы

**9. Коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем подразумевает:**

а) ускорение отторжения некротизированных тканей

б) улучшение реологических свойств крови

в) устранение нарушений функции дыхательной системы

г) коррекция гиперкоагулемии

**10. Коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем подразумевает:**

а) ускорение отторжения некротизированных тканей

б) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса

в) подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания, нейтрализация бактериальных токсинов

г) улучшение реологических свойств крови

**11. Ускорение заживления операционной раны в подострую стадию заболевания подразумевает:**

а) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса

б) стимуляцию специфического и неспецифического иммунитета

в) активацию репаративных процессов

г) улучшение реологических свойств крови

**12. Ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса
- б) ускорение отторжения некротизированных тканей
- в) устранение патологических рефлексов
- г) подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания

**13. Предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) устранение нарушений функции дыхательной системы
- б) ускорение отторжения некротизированных тканей
- в) стимуляцию специфического и неспецифического иммунитета
- г) проведение механотерапии

Вариант 2

**1. В острой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции
- б) ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания
- в) предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти
- г) ускорение заживления операционной раны

**2. В подострой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного
- б) предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции
- в) коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем
- г) ускорение заживления операционной раны

**3. В подострой стадии заболевания одной из задач лечения больных с флегмонами и абсцессами ЧЛЮ и шеи является:**

- а) коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем
- б) предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции
- в) ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания
- г) ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного

**4. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) удаление из вторичного инфекционного очага микробов токсинов и продуктов тканевого распада
- в) улучшение реологических свойств крови
- г) коррекция гиперкоагулемии

**5. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) повышение общей иммунологической реактивности организма
- в) улучшение реологических свойств крови
- г) коррекция гиперкоагулемии

**6. Ограничение зоны распространения инфекционно-воспалительного процесса и восстановления нарушенного равновесия между инфекционным очагом и организмом больного подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) улучшение реологических свойств крови
- в) коррекция гиперкоагулемии
- г) активация иммунологических процессов в зоне инфекционного очага у больных с гиперергическим типом реакции

**7. Предупреждение необратимых изменений тканей связанных с нарушением микроциркуляции подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) повышение антитоксической функции печени
- в) проведение гипосенсибилизирующей терапии у больных с гиперергическим типом реакции
- г) коррекция гиперкоагулемии

**8. Коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) повышение антитоксической функции печени
- в) устранения повышенного внутритканевого давления и травмы тканей во время оперативного вмешательства
- г) коррекция гиперкоагулемии

**9. Коррекция нарушений обмена веществ и улучшение функций жизненно важных органов и систем подразумевает:**

- а) улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы
- б) улучшение реологических свойств крови
- в) ускорение отторжения некротизированных тканей
- г) коррекция гиперкоагулемии

**10. Ускорение заживления операционной раны в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) ускорение отторжения некротизированных тканей
- б) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса
- в) подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания, нейтрализация бактериальных токсинов
- г) улучшение реологических свойств крови

**11. Ликвидация инфекционного очага с целью предупреждения рецидива заболевания в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса
- б) стимуляцию специфического и неспецифического иммунитета
- в) активацию репаративных процессов
- г) улучшение реологических свойств крови

**12. Предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) коррекция нарушений водно-солевого и белкового баланса
- б) ускорение отторжения некротизированных тканей
- в) устранение патологических рефлексов



г) подавление жизнедеятельности возбудителей заболевания

**13. Предупреждение и устранения стойкого сведения нижней челюсти в подострую стадию заболевания подразумевает:**

- а) задержку чрезмерного развития рубцовой ткани
- б) ускорение отторжения некротизированных тканей
- в) стимуляцию специфического и неспецифического иммунитета
- г) устранение нарушений функции дыхательной системы

## **ЗАНЯТИЕ 22-23**

**Тромбофлебит лицевых вен и тромбоз кавернозного синуса. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области. Вариант 1**

**1. В патогенезе тромбофлебита лицевых вен и пещеристого синуса имеет значение:**

- а) наличие густой сети лимфатических сосудов
- б) наличие густой сети венозных сосудов
- в) связь вен лица, полости носа и крылонебной ямки с венами глазницы и пещеристого синуса

**2. В патогенезе тромбофлебита лицевых вен и пещеристого синуса имеет значение:**

- а) вид микробной флоры
- б) микробная аллергия и аутоаллергия при воспалительных процессах ЧЛО
- в) вирулентность микробной флоры

**3. Главным анастомозом связывающим глубинные вены лица, крыловидное сплетение с венами глазницы, венами твердой мозговой оболочки и пещеристого синуса является:**

- а) лицевая вена
- б) нижняя глазничная вена
- в) подглазничная вена

**4. Направление тока крови в венах при воспалительных процессах:**

- а) не меняется
- б) может меняться

**5. При воспалительном процессе в области верхней губы кровь по угловой вене оттекает в:**

- а) лицевую вену
- б) зачелюстную вену
- в) вены глазницы

**6. При тромбофлебите:**

- а) подкожные вены не изменены
- б) подкожные вены расширены, расходятся радиально
- в) подкожные вены спазмированы

**7. При тромбофлебите содержание фибриногена крови:**

- а) уменьшается
- б) повышается
- в) не меняется

**8. При тромбофлебите фибринолиз:**

- а) угнетается
- б) увеличивается
- в) не меняется

**9. Тромбоз пещеристого синуса является:**

- а) тяжелым осложнением тромбофлебита
- б) легким осложнением тромбофлебита

**10. К осложнениям тромбоза пещеристого синуса относятся все кроме:**

- а) менингит
- б) менингоэнцефалит
- в) абсцесс головного мозга
- г) абсцесс клыковой ямки
- д) сепсис

Вариант 2

**1. В патогенезе тромбоза лицевых вен и пещеристого синуса имеет значение:**

- а) снижение реактивности организма после простудных и вирусных заболеваний
- б) длительный прием антибактериальных препаратов
- в) длительный прием гормональных препаратов

**2. В патогенезе тромбоза лицевых вен и пещеристого синуса имеет значение:**

- а) механическое повреждение гнойничков кожи
- б) механическое повреждение лицевой вены
- в) механическое повреждение угловой вены

**3. В анастомозах вен лица с пазухами твердой мозговой оболочки клапаны:**

- а) отсутствуют
- б) почти отсутствуют
- в) количество их как в большинстве анастомозов

**4. В обычных условиях часть крови отводится из вен глазницы по угловой вене в:**

- а) лицевую вену
- б) щечную вену
- в) зачелюстную вену

**5. Тромбоз лицевых вен характеризуется:**

а) появлением по ходу угловой или лицевой вены болезненных «тяжей» инфильтрированной ткани, гиперемией кожи с синюшным оттенком, распространением отека далеко за пределы инфильтрата

- б) гиперемией кожи с синюшным оттенком
- в) распространением отека далеко за пределы инфильтрата

**6. При тромбозе время свертывания крови:**

- а) увеличивается
- б) укорачивается
- в) не меняется

**7. При тромбозе фракция фибриногена в крови:**

- а) определяется
- б) не определяется

**8. При тромбозе для предупреждения тромбоза пещеристого синуса некоторые авторы предлагают:**

- а) пересечь угловую или лицевую вены
- б) перевязывать угловую или лицевую вены
- в) перевязывать угловую и пересечь лицевую вены

**9. К местным проявлениям тромбоза пещеристого синуса относятся все кроме:**

- а) отек и гиперемия кожи век и лба
- б) инфильтрация мягких тканей орбиты, экзофтальм, хемоз конъюнктивы
- в) офтальмоплегия, расширение зрачка, гиперемия глазного дна
- г) изменение цвета радужки глаза

**10. Тромбоз пещеристого синуса у детей следует дифференцировать:**

- а) с реактивными отеками глазницы
- б) с периоститами глазницы
- в) с субпериостальным абсцессом

г) верно все выше перечисленное

### **Ситуационные задачи:**

#### **Задача № 1**

Больной Т., 45 лет, поступил в клинику с *жалобами* на припухлость и боль в поднижнечелюстной области справа, общую слабость, затрудненный прием пищи и высокую температуру тела – 39,2<sup>0</sup> вечером.

*Анамнез заболевания.* Несколько месяцев тому назад провел лечение 46 зуба по поводу острого периодонтита. Спустя несколько дней после лечения стала периодически возникать боль при жевании в указанном зубе. Неделю назад боль усилилась, появилась небольшая припухлость мягких тканей, которая в последующие дни стала резко нарастать. Поднялась температура тела до 39<sup>0</sup>. Интенсивность боли увеличилась после наложения согревающего компресса.

*Анамнез жизни.* Перенесенные заболевания. Жизненные условия хорошие. Служащий, курит, алкоголь принимает редко. Перенес аппендэктомию, инфекционный гепатит.

*Объективное обследование.* Общее состояние больного средней тяжести. Отмечается общая слабость, холодный пот, высокая температура тела – 39,2<sup>0</sup>, пульс учащенный – 92 удара в минуту.

*Местно.* Отмечается выраженная припухлость мягких тканей поднижнечелюстной области справа. Уплотнение распространяется от угла нижней челюсти до подбородка. Кожа над припухлостью напряжена и гиперемирована. В складку не собирается. При пальпаторном исследовании имеется флюктуация. Открывание рта несколько неудобно. Во рту запломбированный 46 зуб, подвижен, реагирует на перкуссию, слизистая оболочка вокруг него покрасневшая. Глотание безболезненно.

Проведите обследование. Поставьте диагноз. Наметьте план лечения.

#### **Задача № 2.**

Больная Ж. 35 лет была доставлена в клинику машиной скорой помощи с *жалобами* на наличие обширной припухлости в подподбородочной области, общую слабость, высокую температуру тела – 35,5<sup>0</sup>.

*Анамнез заболевания.* Четыре дня назад появилась боль в области 46. Ранее зуб периодически беспокоил. Через день возникла небольшая припухлость в правой поднижнечелюстной области. Больная получала аналгин, полоскала рот теплым чаем, но припухлость резко нарастала и сконцентрировалась в подподбородочной области, ухудшилось общее состояние, поднялась температура тела. С этими явлениями больная была доставлена в стационар.

*Анамнез жизни.* Жизненные условия удовлетворительные, специфические и вензаболевания отрицает.

*Объективное обследование.* Общее состояние больной удовлетворительное. Отмечается слабость, бледность лица, температура тела 38,5<sup>0</sup>.

*Местно.* Отмечается выраженная припухлость мягких тканей подподбородочной области, которая распространяется на шею. Кожа напряжена и гиперемирована, лосниться, в складку не собирается. При пальпации отмечается флюктуация. Открывание рта и глотание несколько болезненны. Во рту: слизистая оболочка подъязычной области справа и в переднем отделе отечна с белесоватым налетом. Язык обложен. Миндалины незначительно увеличены и гиперемированы. 46 разрушен, имеются кариозные зубы 46, 47, 48. Установите и обоснуйте диагноз. Объясните происхождение ведущих симптомов.

### **Темы рефератов:**

- 1) Дифференцировать острый периостит челюсти с острым остеомиелитом»
- 2) Навыки оказания медицинской помощи больным с абсцессами и флегмонами подглазничной, глазницы и скуловой области.

3) Выбору методов диагностики и лечения больных с флегмонами околоушно-жевательной области и подмассетериального пространства, с интерпретацией полученных результатов и дополнительных методов исследования.

4) Абсцесс языка.

5) Флегмона языка.

6) Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.

7) Флегмона корня языка характеризуется распространением воспалительных явлений на клетчаточные прослойки между мышцами корня языка.

8) Значимость хирургического лечения при остром периодонтите, периостите, остеомиелите челюсти.

9) Медикаментозное лечение при остром периодонтите, периостите, остеомиелите.

10) Параметры клинических и биохимических анализов при воспалительных заболеваниях челюстно-лицевой области.

11) Топографическая анатомия клетчаточных пространств.

12) Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи.