

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ С КУРСОМ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА**

«Утверждено»
на заседании кафедры
от «28» августа 2022г.
протокол № 1
Зав. каф. к. м. н. доцент _____
Мамажакып у. Ж.

«Согласовано»
Председатель УМС Медфака
Турсунбаева А.Т.
_____ 2022г
« _____ » _____

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ:

Воспалительные процессы челюстно – лицевой области
для студентов, обучающихся по специальности (560004) «Стоматология»
форма обучения дневная.

сетка часов по учебному плану

Наименование дисциплин	Количество часов			СРС	Отчетность
	Всего	Аудиторная занятия			
		Лекция	Практ. (семин.)		6-семестр
«Воспалительные процессы челюстно – лицевой области»	150 (5-кр)	30	45	75	экзамен

Рабочая программа составлена на основании ООП, утвержденной Ученым Советом МФ протокол №1 от 28.08 2022 г.

Составитель: Сабиркулова А.А.

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
«Воспалительные процессы челюстно – лицевой области»**

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
<p>РО-6 Способен использовать и интерпретировать основные и дополнительные методы обследования пациентов для диагностики заболеваний стоматологического профиля у взрослых и детей, может работать с медицинской документацией</p>	<p>РОд-1. Владеет теоретическими основами клинического мышления и решении практических профессиональных задач врачебной деятельности.</p>	<p>ОК-5. Способен к логическому и аргументированному анализу, к публичной речи, ведению дискуссии и полемики, к редактированию текстов профессионального содержания, к сотрудничеству и разрешению конфликтов, толерантности. ПК-10. Способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненных) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний; ПК-14 – 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>
<p>РО-8 Способен оценивать физиологическое состояния, назначая адекватное лечение в соответствии с выставленным диагнозом для детей и взрослого населения</p>	<p>РОд-2. 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>ПК-4 - 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; ПК-13 - способен назначать больным адекватное лечение в соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии пациентам со стоматологическими заболеваниями; ПК-24 - готов изучать научно-медицинскую информацию, отечественный и зарубежный опыт по тематике исследования;</p>

**Примерный перечень оценочных средств по дисциплине
«Воспалительные процессы челюстно – лицевой области»**

№ п/п	Наименование	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4
1	Конспектирование практического материала	Дидактический комплекс, предназначенный для самостоятельной работы учебного материала.	Образец рабочей тетради
2	Подготовка реферата (СРС)	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Темы рефератов
3	Подготовка доклада, сообщение	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной теме	Темы докладов, сообщений
4	Экспресс опрос	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на тему, рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
5	Тестовый контроль	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося.	Фонд тестовых заданий
6	Заполнение истории болезни	История болезни юридический документ который составляется на каждого больного.	Бланк истории болезни
7	Подготовка презентации	Презентация – это представление и объяснение изученного в аудитории или самостоятельно в различной форме.	Темы презентаций
8	Демонстрация практической части	Студент знает навыки и умения применения научных методов в ходе проведения статистического исследования, а также разработки программы и методики его практического проведения;	Практическая часть
9	Контрольная работа (Рубежный контроль)	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по разделу.	Комплект контрольных заданий по вариантам

**Критерии оценивания по дисциплине «Воспалительные процессы
челюстно – лицевой области»**

№		Критерии оценивания	Баллы (30б. 1- Модуля)
1	Конспектирование практического материала	- Содержательность конспекта сделанного самостоятельно студентом отвечая на контрольные вопросы, отдельные записи по тематике.	2 б.
2	Подготовка реферата(СРС)	- Последовательность материала. - Логичность и обобщенность исследуемого материала. - Актуальность для данного предмета.	2 б.
3	Подготовка доклада, сообщение	- Логичность данного материала по тематике. - Актуальность данного материала для обучающихся.	2 б.
4	Экспресс опрос	- Правильность ответов на поставленные вопросы.	2 б.
5	Тестовый контроль	- Определите охват объема материала по предмету	2 б.
6	Заполнение истории болезни	- Заполните историю болезни по определенному диагнозу	3 б.
7	Подготовка презентации	- Изложите содержательность стиля темы представленного материала. - Изложите эстетичность дизайна, соответствие дизайна по теме	2 б.
8	Демонстрация практической части	<ul style="list-style-type: none"> • Умеет провести осмотр и обследование ЧЛО; • Умеет оформлять медицинскую документацию; • Умеет описать радиовизиографическое обследование в области дефекта и деформации ЧЛО. • Умеет использовать полученные знания для совершенствования своей профессиональной деятельности. 	5 б.
9	Контрольная работа (Рубежный контроль)	- Объективность, надежность, кратность определения уровня знания по разделу предмета.	10,0 б.
Всего			30 балл.

Виды учебной деятельности по дисциплине «Воспалительные процессы челюстно – лицевой области»

№ п/п	Контролируемая компетенция (или ее часть)	Контролируемые темы дисциплины	Наименование оценочного средства
1	<p>ПК-14 – 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>	<p>Острые и хронические одонтогенные периоститы челюстей. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>
2		<p>Острые и хронические одонтогенные остеомиелиты челюстей. Принципы диагностики и лечения.</p>	
3		<p>Острые и хронические одонтогенные гаймориты и свищи челюстей. Принципы диагностики и лечения.</p>	
4	<p>ПК-4 - 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</p>	<p>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>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>
5		<p>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>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов.</p>

6	ПК-14 – 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.	Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
7		Абсцессы и флегмоны щечной , скуловой области и области неба. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
8	ПК-10. Способен выявлять у пациентов основные патологические симптомы и	Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательная и поджевательная области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
9	синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и	Абсцессы и флегмоны околоушно-жевательная и поджевательная области. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
		Модуль №1	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов

10	угрожающих жизни состояний; ПК-4 - способен применять методы асептики и антисептики,	Абсцессы и флегмоны челюстной , подподбородочной области. Топографическая анатомия клетчаточных пространств. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
11	использовать медицинский инструментарий, проводить санитарную обработку лечебных и диагностических помещений,	Абсцессы и флегмоны челюстной , подподбородочной области. Клиника, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
12	владеть техникой ухода за больными детьми и взрослыми; ПК-13 - способен назначать больным адекватное лечение	Абсцессы и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
13	соответствии с выставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной	Абсцессы и флегмоны крыловидно – челюстного пространства и окологлоточного пространства. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
14	терапии пациентам со стоматологическими заболеваниями;	Абсцессы тела и корня языка. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
15	ПК-10. Способен выявлять пациентов основные патологические симптомы синдромы заболеваний,	Абсцессы тела и корня языка. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов

16	<p>использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний;</p> <p>ПК-14 – 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>	<p>Флегмона дна полости рта. Топографическая анатомия. Источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции.</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>
17	<p>ПК-14 – 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>	<p>Флегмона дна полости рта. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Оперативный доступ для дренирования гнойного очага.</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>

18	<p>ПК-14 – 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>	<p>Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Этиология, патогенез. Особенности клиники и диагностики.</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>
19	<p>ПК-14 – 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>	<p>Гнилостно-некротические флегмоны лица и шеи. Лечение гнилостно-некротических флегмон лица и шеи. Распространенные и прогрессирующие флегмоны.</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>
20	<p>ПК-14 – Способен осуществлять взрослому населению и детям первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, проводить госпитализацию больных в</p>	<p>Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Сепсис. Общие принципы диагностики и лечения .</p>	<p>Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов</p>

	плановом и экстренном порядке		
21	ПК-14 – 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	Осложнения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Медиастенит. Общие принципы диагностики и лечения .	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
22	ПК-10. 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;	Тромбофлебит лицевых вен. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов

23	ПК-10. 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;	Тромбоз кавернозного синуса. Интенсивная терапия и реабилитации больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области.	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов
		Модуль №2	Тестовый контроль. Контрольная работа Ситуационные задачи. Собеседование. Подготовка рефератов, докладов

Формы организации самостоятельной работы студентов:

1. Подготовка к практическим занятиям с использованием лекций, основной и дополнительной литературы, а также учебно-методических разработок кафедры.

2. Самостоятельное освоение отдельных тем учебного плана, не имеющих места на практических занятиях. В этой работе студенты используют доступную учебную литературу, Интернет-ресурсы и вспомогательной литературу (методические пособия и рекомендации), разработанную на кафедре.

3. Самостоятельная работа на практическом занятии под контролем преподавателя, согласно методическим рекомендациям кафедры:

- решение тестовых заданий;
- решение ситуационных задач;
- анализ конкретных ситуаций по различным разделам дисциплины;
- работа с медицинской документацией;
- практическая часть (работа на муляжах);
- заслушивание реферативных докладов и сообщений студентов.

4. Выполнение фрагмента научно-исследовательской работы, включающего оценку образа жизни пациента (анкетирование, опрос пациента, участие в статистической обработке результатов исследования, оценка образа жизни с подбором соответствующих рекомендаций по коррекции, подбор литературы по определенной нозологии).

Проведение хирургических манипуляций на фантомном муляже, сделанные студентами из различных искусственных материалов. Приведенный тип самостоятельной работы развивает навыки работы с научной литературой, умение конспектировать, реферировать, проводить опрос и анкетирование пациента, а также способствует развитию навыков практической деятельности, расширению знаний по инновационным технологиям медицины, их систематизации и анализу.

5. Подготовка презентаций и докладов и участие в научных конференциях кафедры, СНК и ежегодных конференциях «Недели науки» ОшГУ. Данный тип самостоятельной работы учит студентов пользоваться руководствами, монографическими изданиями, журнальными статьями, дает возможность научиться выступать перед аудиторией, дискутировать, отвечать на заданные вопросы, способствует более глубокому познанию отдельных вопросов медицины. Учит излагать материал с анализом и оценкой фактов, аргументированной критикой теоретических положений, развивает умение выделять главное, существенное, интерпретировать, систематизировать.

Информация по оценке

Рейтинг (баллы)	Оценка по буквенной системе	Цифровой эквивалент оценки	Оценка по традиционной системе
87 – 100	A	4,0	Отлично
80 – 86	B	3,33	Хорошо
74 – 79	C	3,0	
68 -73	D	2,33	
61 – 67	E	2,0	Удовлетворительно
31-60	FX	0	Неудовлетворительно

Интерактивные методы обучения.

Введение интерактивных методов является одним из важнейших направлений. Интерактивное обучение – это специальная форма организации познавательной деятельности студентов . Она подразумевает вполне конкретные и прогнозируемые цели: развитие интеллектуальных способностей студентов, самостоятельности мышления, критичности ума; достижение быстроты и прочности усвоения учебного материала, глубокого проникновения в сущность изучаемых явлений; развитие творческого потенциала – способности к «видению» проблемы, оригинальности, гибкости, диалектичности, творческого воображения, легкости генерирования идей, способности к самостоятельной поисковой деятельности; эффективности применения профессиональных знаний, умений и навыков в реальной производственной практике.

На занятиях организуются индивидуальная , парная, групповая работа, используется проектная работа, ролевые игры, осуществляется работа с документами и различными источниками информации. Методы обучения используемые преподавателями основаны на принципах взаимодействия, активности обучаемых, опоре на групповой опыт, обязательной обратной связи. Ниже приведены примерные формы и методы обучения, применяемые преподавателями.

Игровые интерактивные методы обучения:

Деловая и ролевая игра

Психологический тренинг

Формы и методы
обучения на
занятиях

Анализ конкретных ситуаций

Неигровые интерактивные методы
обучения:

Групповые дискуссии,

Мозговой штурм,

Методы кооперативного
обучения

Выполнение выше названных работ контролируется со стороны заведующего кафедры, деканата и Методического Совета факультета.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ.

Вопросы:

- Этиология, клиника, диагностика, принципы лечения периоститов , профилактика.
- Рассмотрите пути распространения одонтогенной инфекции.
- Рассмотрите этиологические и патогенетические аспекты остеомиелита челюсти, разобрать классификацию и современное 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 ЧЛО.
- 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 современные 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.
- Обсудить 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 тромбоза лицевых вен.
- Обсудите этиопатогенез тромбоза лицевых вен.
- Ознакомьтесь с методами лечения тромбоза лицевых вен.
- Рассмотрите клинику, диф.диагностику тромбоза кавернозного синуса.
- Обсудите этиопатогенез тромбоза кавернозного синуса. Ознакомьтесь с методами лечения тромбоза кавернозного синуса.

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:

- ушиб мягких тканей лица
- фиброма альвеолярного отростка
- обострение хронического гайморита
- обострение хронического периодонтита
- перелом мышечного отростка нижней челюсти

2. Причиной для развития периостита является:

- ушиб мягких тканей лица
- фиброма альвеолярного отростка
- обострение хронического гайморита
- перикоронит
- перелом мышечного отростка нижней челюсти

3. При периостите гнойный процесс локализуется:

- под кожей
- под мышцей
- под надкостницей
- под наружной кортикальной пластинкой челюсти
- под слизистой оболочкой альвеолярного отростка

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

- удалить
- запломбировать канал до вскрытия периоста
- запломбировать резорцин-формалиновой пастой
- раскрыть полость зуба перед вскрытием периоста

5. Типичным клиническим признаком периостита является:

- асимметрия лица
- подвижность всех зубов
- затрудненное открывание рта
- выбухание подъязычных валиков
- гиперемия и отек переходной складки

6. Периостит челюстей необходимо дифференцировать:

- с тризмом
- с переломом зуба
- с острым сialодохитом
- с хроническим гайморитом
- с острым остеомиелитом

7. В комплекс лечения острого периостита входит:

- 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 мышцелкового 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 мышцелкового 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 подподбородочной 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

6. 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) Дерижанов 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 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 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) подподбородочную 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) подподбородочную 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) вехнечелюстным 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 окологлазничными тканями областей
- г) поверхностным флегмонам прилежащим к нижней челюсти
- д) глубоким флегмонам прилежащим 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 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 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) прилегающих к скуловой кости
- б) прилегающих к подъязычной кости
- в) прилегающих к верхней челюсти
- г) прилегающих к височной кости

3. Согласно анатомо-топографической классификации к околочелюстные абсцессы и флегмоны делятся на:

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

г) глубоким прилежающим к верхней челюсти

д) абсцессы и флегмоны соседних с окологлазничными 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 окологлазничными 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 окологлазничными 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 окологлазничными 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 окологлазничными тканями областей

9. Абсцессы и флегмоны подвисочной 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

10. Абсцессы и флегмоны скуловой 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

11. Абсцессы и флегмоны глазницы 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

12. Абсцессы и флегмоны шеи 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

Вариант №2

1. Согласно анатомо-топографической классификации различают:

- а) околоскуловые абсцессы и флегмоны
- б) абсцессы и флегмоны соседних с околочелюстными тканями областей
- 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 нижней челюсти
- в) прилежающих к подъязычной кости
- г) прилежающих к височной кости

3. Поднижнечелюстные 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

4. Окологлоточные 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. Абсцессы и флегмоны подмассетерального пространства согласно анатомо-топографической классификации относятся к:

- а) поверхностным прилежающим к верхней челюсти
- б) глубоким прилежающим к нижней челюсти
- в) поверхностным прилежающим к нижней челюсти
- б) глубоким прилежающим 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 окологлазничными 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 окологлазничными 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 окологлазничными 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 окологлазничными тканями областей

10. Абсцессы и флегмоны позадиглазничной 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 кпереди 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
- г) с клетчаткой расположенной по наружной поверхности тела нижней челюсти и позадиомолярного треугольника

6. Верхней границей подмассетерального пространства является:

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

7. Внутренней границей подмассетерального 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 подмассетерного 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) позадичелюстная 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 грудице

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 кади и кверху сообщается с:

- а) с клетчаткой скуловой и височной области
- б) с клетчаткой позадичел-й области и крыловидно-нижнечелюст-го прост-ва
- в) с клетчаткой позадичелюстной иобласто 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

б) кожа, подкожно-жировая клетчатка, подкожная мышца 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) переднее брюшко двубрюшной мышцы г) заднее брюшко двубрюшной мышцы

9. Пути распространения инфекции из подподбородочного пространства:

а) поднижнечелюстно-подбородочное 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, поверхностная и собственная фасции шеи

11. Пути распространения инфекции из поднижнечелюстного 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. Задней 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) 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 Людвиг

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 ихорозная 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 ЧЛО 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 ЧЛО 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 ЧЛО 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) коррекцию 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) коррекцию 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 ЧЛЮ

в) вирулентность микробной флоры

3. Главным анастомозом связывающим глубокие 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 тромбоза пещеристого синуса

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 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 – 39,2⁰ 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 39⁰. Интенсивность боли увеличилась после наложения согревающего компресса.

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

Объективное обследование. Общее состояние больного средней тяжести. Отмечается общая слабость, холодный пот, высокая температура тела – 39,2⁰, 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 – 35,5⁰.

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 анальгин, 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 38,5⁰.

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.

