

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	1 стр. из 33

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАНЯТИЙ

Дисциплина: «Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области»

Код дисциплины: VZTChLO 4301

Название ОП: 6B10103 - «Стоматология»

Объем учебных часов/ кредитов: 150 часов (5 кредита)

Курс и семестр изучения: 4, VII

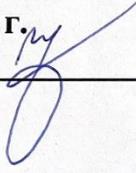
Практические (семинарские) занятия: 35 часов

2023-2024 уч.год

Шымкент.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Методические рекомендации для практических занятий		2стр. из 33

Методические рекомендации для практических занятий разработаны в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Воспалительные заболевания и травмы челюстно-лицевой области» и обсуждены на заседании кафедры

Протокол № 11 от «06» 06 2023 г.
Зав.кафедрой д.м.н.,и.о. доцента  Шукпаров А.Б.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	3стр. из 33

Занятие №1

1. **Тема:** Предмет и содержание челюстно-лицевой хирургии. Организация хирургической стоматологической помощи. История развития отечественной челюстно-лицевой хирургии. Принципы деонтологии и врачебной этики челюстно-лицевой хирургии. Принципы обследования больного в хирургической практике. Современные цифровые диагностические технологии в стоматологии.
2. **Цель:** Формирование фундаментальных знаний и умений у студентов в вопросах обследования, постановки предварительного диагноза, оказания экстренной медицинской помощи, ведения реабилитационных мероприятий в области челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, что включает.
3. **Задачи обучения:** освоить навыки правильного введения документации врача стоматолога, изучить все требования СанПина по организации стоматологического кабинета
4. **Основные вопросы темы:**
 - проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствующем объеме стоматологической помощи;
 - проведение профилактической работы, направленной на выявление ранних и скрытых форм заболеваний и факторов риска, основанной на знаниях в общих вопросах нозологии стоматологических заболеваний, включая этиологию, патогенез и морфогенез;
 - оказание консультативной помощи;
 - оказание экстренной помощи при неотложных состояниях;
 - проведение санитарно-просветительной работы по пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний;
 - ведение утвержденных форм учетной и отчетной медицинской документации;
5. **Методы/технологии обучения и преподавания:** обсуждение основных вопросов темы
6. **Методы/технологии оценивания:** устный опрос
7. **Литература:** указана в силлабусе
8. **Контроль:** ситуационные задачи – 5 вопросов

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 25 лет, по поводу удаления зуба 3.6. Из анамнеза известно, что с 5 лет пациент болеет гепатитом С. Следует ли в данной клинической ситуации проводить специальную дезинфекцию и стерилизацию хирургического инструментария после приема пациента?

Задача 2

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился пациент С., 25 лет. Из анамнеза стало известно, что он ВИЧ-инфицирован. Однако врач продолжил осмотр пациента без маски и перчаток.

1. Какие нарушения санитарно-эпидемиологического режима были допущены врачом?
2. Следует ли проводить дополнительную обработку инструментария, использованного при осмотре пациента?

Задача 3

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	4стр. из 33

В хирургическом стоматологическом кабинете при проверке санитарно-эпидемиологического режима установлено: рабочий раствор для обработки хирургического инструментария «Гексодекон» заменяли через

48 часов. Плановая замена дезинфицирующих средств препаратами другого типа осуществлялась через 6 месяцев.

1. Каков срок замены рабочего раствора?
2. Через какой период времени должна осуществляться плановая замена одного вида дезинфицирующих средств другим?
3. Какие современные дезинфицирующие средства применяются в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии?

Задача 4

Стоматологу-хирургу при удалении зуба дополнительно потребовался прямой элеватор, которого не оказалось среди подготовленных к работе стерильных инструментов. Врач попросил медсестру подать ему необходимый инструмент из числа прошедших дезинфекцию.

1. Можно ли использовать хирургический инструментарий, прошедший только дезинфекцию?
2. В чем отличие дезинфекции от стерилизации?

Задача 5

При проверке санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом стоматологическом кабинете выявлено использование хирургического инструментария. При проверке качества его обработки была констатирована положительная проба на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

1. Какая проба позволяет выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии?
2. Какова методика проведения пробы на скрытую кровь?

Занятие №2

1.Тема: Периостит челюстных костей. Причины развития. Клиника острого и хронического одонтогенного периостита. Диагностика.

2.Цель: Формирование знаний и навыков в определении патогенеза гнойно-воспалительных процессов ЧЛЮ. Особенности микрофлоры полости рта. Специфика одонтогенных воспалительных процессов. Методы дренирования периостита.

Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями. Методика хирургического лечения. Прогнозирование течения и исхода заболевания. Показания и госпитализация с острым гнойным периоститом.

3.Задачи обучения: Освоить теоретические знания по одонтогенным гнойно-воспалительным процессам. Научится дифференцировать периостит от лимфаденита. Научится вскрывать субпериостальные абсцессы.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология периоститов.
- 2.Клиника.диагностика.
- 3.дифференциальная диагностика.
- 4 Лечение.
- 5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, оценивание решения ситуационных задач.

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

Острый периостит челюстей — это:

- 1) ограниченное воспаление надкостницы альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов;
- 2) разлитое воспаление надкостницы альвеолы зуба;
- 3) отслойка надкостницы альвеолярного отростка;
- 4) инфекционный гнойно-некротический процесс в костной ткани, окружающей инфицированный периодонт.

Перечислите формы острого одонтогенного периостита:

- 1) серозный;
- 2) гнойный;
- 3) оссифицирующий;
- 4) фиброзный.

Причинами острого одонтогенного периостита челюстей являются:

- 1) пломбирование корней зубов при недостаточной их антисептической обработке;
- 2) выведение пломбировочного материала за верхушку корня;
- 3) несоблюдение техники выполнения проводниковой анестезии;
- несвоевременное лечение зуба по поводу обострения хронического периодонтита;
- 4) нагноение радикулярной или фолликулярной кисты;

Для острого гнойного периостита характерны следующие общие клинические проявления:

- 1) ухудшение общего самочувствия;
- 2) повышение температуры тела до 38°С;
- 3) лихорадка;
- 4) боль в соответствующей половине челюсти;
- 5) иррадиация боли по ходу ветвей тройничного нерва;
- 6) умеренный отек окологлазничных тканей;
- 7) увеличение регионарных лимфатических узлов.

Для острого гнойного периостита челюстей характерны следующие местные клинические проявления:

- 1) гиперемия и отек слизистой переходной складки на протяжении 2–3 зубов;
- 2) гиперемия и отек слизистой альвеолярного отростка в области проекции верхушки корня;
- 3) сглаживание переходной складки;
- 4) валикообразное выпячивание переходной складки;
- 5) симптом флюктуации в зоне инфильтрата;
- 6) болезненная перкуссия и подвижность причинного зуба;
- 7) болезненная перкуссия и подвижность группы зубов;
- 8) умеренный отек окологлазничных тканей;
- 9) увеличение регионарных лимфатических узлов.

Рентгенологические симптомы при остром периостите:

- 1) отсутствуют;
- 2) соответствуют рентгенологическим признакам хронического периодонтита;
- 3) очаговый или диффузный остеопороз периапикальной зоны.

При какой локализации острого периостита челюстей отсутствуют внешние клинические проявления?

- 1) при развитии поднадкостничного абсцесса в области небных корней первого премоляра или первого моляра;
- 2) у пожилых людей;
- 3) с язычной стороны нижней челюсти.

Какой вариант лечения приемлем для острого одонтогенного периостита челюстей?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	бстр. из 33

- 1) только хирургическое лечение;
- 2) только медикаментозная терапия;
- 3) комплексное (хирургическое и медикаментозное).

Хирургическое лечение при остром гнойном периостите челюстей заключается:

- 1) в удалении причинного зуба и проведении периостотомии;
- 2) проведении периостотомии и вскрытии полости зуба;
- 3) в проведении периостотомии и резекции верхушки корня

Для проведения хирургического лечения при остром периостите инфильтрационная анестезия проводится:

- 1) в область инфильтрата;
- 2) здоровые ткани на границе с инфильтратом;
- 3) в область инфильтрата и вокруг него;
- 4) под надкостницу.

Причинные зубы при периостите не удаляют, если:

- 1) это зубы с хорошо проходимыми корневыми каналами;
- 2) зубы с хорошо запломбированными накануне корневыми каналами;
- 3) это зубы с непроходимыми каналами;
- 4) причинный зуб подлежит обязательному удалению.

Хирургическую обработку гнойного очага при остром периостите челюстей проводят:

- 1) рассекая слизистую оболочку и надкостницу по переходной складке на уровне 2–3 зубов;
- 2) широкий послабляющий разрез по переходной складке на уровне 4–5 зубов;
- 3) рассекая надкостницу в области проекции верхушки корня причинного зуба, а далее только слизистую оболочку;
- 4) в области прикрепленной десны альвеолярного отростка челюсти.

После рассечения тканей при остром периостите челюстей в рану вводят:

- 1) резиновый перчаточный дренаж;
- 2) марлевый дренаж;
- 3) трубчатый дренаж;
- 4) рану можно не дренировать.

При хирургической обработке небного абсцесса проводят разрез:

- 1) линейный;
- 2) треугольный, с иссечением небольшого участка мягких тканей;
- 3) трапецевидный;
- 4) параллельный краю альвеолярного отростка.

Что является причиной хронического периостита челюстей?

- 1) вялотекущий хронический воспалительный процесс в периодонте;
- 2) длительное раздражение надкостницы инородными телами (зубные протезы);
- 3) раннее пломбирование причинного зуба.

17. Для каких целей используется распатор?

- 3) отделения надкостницы от кости;
- 1) для пересечения кости;
- 2) скусывания костных выступов;
- 4) выскабливания костных полостей;
- 5) формирования входных отверстий при трепанации черепа.

19. С какой целью используют кровоостанавливающие зажимы?

- 2) временной остановки кровотечения;
- 1) для отделения надкостницы от кости;
- 3) окончательной остановки кровотечения;
- 4) подведения лигатур под крупные сосуды;
- 5) защиты крупных сосудов при рассечении фасций.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	7стр. из 33

24. В каких случаях на рану накладываются вторичные швы?

5) после завершения лечения гнойной раны.

1) после первичной хирургической обработки раны;

2) при ушивании поверхностной раны (в пределах кожи);

3) при хирургической обработке раны в поздние сроки (более 24 ч от момента травмы);

4) при хирургической обработке раны в поздние сроки (более 48 ч от момента травмы);

Занятие №3

1.Тема: Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Абсцесс.

2.Цель: Формирование навыков в изучении возможных осложнений гнойно-воспалительного процесса.

3.Задачи обучения: Знать клиническую картину фурункула и карбункула. Уметь дифференцировать карбункул и фурункул. Знать методы лечения.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология фурункула, карбункула.

2.Клиника.диагностика.

3.дифференциальная диагностика.

4 Лечение.

5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: обсуждение основных вопросов темы, выполнение практических работ

6. Методы/технологии оценивания: опрос, тестирование, заполнение медицинской документации

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

Задача 1.

Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль, однако, не проходила. Инфильтрат стал размером - 4х5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Дайте четкое определение этой нозологической формы.

3. С какими гнойными заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз, учитывая эту локализацию?

4. О чем свидетельствует симптом флюктуации?

5. Лечение данной патологии?

Задача 2.

Больная 65 лет выдавила фурункул подбородочной области. Через 3 дня отметила усиление болей в этой области, появилась гиперемия, напряженный отек, местная гипертермия. Лечилась самостоятельно, применяла повязки с мазью Вишневского. Через 3 дня повысилась температура до 38 градусов Цельсия, увеличилась гиперемия, боли, отек в подбородочной области. В центре на месте бывшего фурункула, участок грязно-серого цвета 2x2 см. Отмечается флюктуация. Через 6 суток обратилась к врачу, было выполнено хирургическое вмешательство с дренированием раны резиновыми выпускниками.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Наиболее частый микробный возбудитель данной патологии?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какое хирургическое вмешательство было выполнено у данной больной?
5. Лечение данной патологии в послеоперационном периоде?

Задача 3.

Больной К. находясь на даче, получил укус насекомого в область левой щеки. Ночью был сильный зуд в области укуса, что привело к расчесу в этом месте. Через два дня приехал домой с дачи, обнаружил на месте укуса припухлость, болезненность без явной гиперемии. Обработал эту область спиртом, принял таблетку димедрола. К врачу не обращался, ходил на работу. Через 3 дня стал отмечать недомогание, слабость, повысилась температура до 38,2 градусов Цельсия, припухлость в области левой щеки увеличилась, усилилась боль, появилась гиперемия, отек перешел на параорбитальную клетчатку с обеих сторон, отмечается флюктуация в центре инфильтрата.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у данного больного?
3. Какое наиболее грозное осложнение может возникнуть у больного?
4. Укажите все классификации основной нозологической формы, имеющейся у больного?
5. Какое лечение дополнительно (помимо основного) надо назначить больному в связи с развившимся осложнением?

Задача 4.

У больной М., после ушибленной рапы мягких тканей волосистой части головы на 3-й день повысилась температура до 37,8 градусов Цельсия, усилились боли вокруг раны. К врачу не обращалась. Через 3 дня - температура - 38,6 градусов Цельсия, появился отек и гиперемия в области раны с переходом на лобную область, тахикардия до 110 уд/мин, сухость во рту, жажда, нарастающая головная боль, слабость, в связи с чем обратилась к врачу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая причина развития данного осложнения?
3. Профилактику каких видов инфекции необходимо выполнять всем больным со случайными ранами?
4. Техника выполнения профилактических мероприятий больным со случайными ранами.
5. Лечение данного осложнения?

Задача 5.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	9стр. из 33

Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0х1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Верна ли тактика врача поликлиники?
3. В какое отделение был госпитализирован больной?
4. Какими осложнениями чревата данная патология?
5. Лечение?

Задача 6.

Больной, 20 лет, доставлен с жалобами на сильные боли в подбородочной области, начавшиеся утром и сопровождавшиеся потрясающим ознобом, подъемом температуры тела до 40,0С. При поступлении: температура тела 39,50С. Состояние тяжелое. Отек мягких тканей нижней губы и подбородочной области. Кожа этой области в цвете не изменена, собирается в складку. Пальпация безболезненна. Подчелюстные лимфоузлы увеличены с обеих сторон, пальпация их болезненна. В полости рта имеется коллатеральный отек околочелюстных мягких тканей с язычной и вестибулярной сторон альвеолярной части в переднем отделе нижней челюсти. На слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа имеется образование округлой формы, выступающее над красной каймой, синюшного цвета, мягкое, безболезненное. Больного не беспокоит, отмечает медленный рост образования.

Вопросы:

- 1 Поставьте предварительный диагноз.
- 2 Какие дополнительные сведения необходимы для постановки окончательного диагноза?
- 3 Составьте план лечения.
- 4 Какие данные являются несущественными? Имеют ли они значение для составления плана лечения больного?
- 5 Как осуществляется диспансеризация и реабилитация пациентов с данной патологией. Какова тактика обучения пациента основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера и мероприятиям, направленным на предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития.

Занятие №4

1.Тема: Одонтогенный гайморит. Перфорации и свищи верхнечелюстного синуса. Принципы диагностики и лечения.

2.Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и лечении одонтогенного гайморита.

3.Задачи обучения: Обучающийся должен

Знать клиническую картину.

Уметь оказать помощь при перфорациях.

Показать клиническую картину перфорацию гайморовой пазухи.

Показать методы замещения перфорации гайморовой пазухи.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология одонтогенного гайморита.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	10стр. из 33

2. Клиника, диагностика.

3. дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

5. Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, оценивание решения ситуационных задач

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

1 К вариантам нормального развития лобной пазухи отно-сят все нижеперечисленные, кроме:

- А) отсутствия пазух с двух сторон
- Б) отсутствия пазухи с правой стороны
- В) отсутствия пазухи с левой стороны
- Г) наличия общей пазухи по средней линии

2 Нижняя носовая раковина представляет собой:

- А) самостоятельную кость
- Б) отросток решетчатой кости
- В) отросток клиновидной кости
- Г) отросток верхней челюсти

3 Корковый центр обонятельного анализатора локализуется в:

- А) лобной доле
- Б) теменной доле
- В) височной доле
- Г) затылочной доле

4 Верхняя стенка клиновидной пазухи граничит с:

- А) пещеристой венозной пазухой
- Б) гипофизом
- В) внутренней сонной артерией
- Г) перекрестом зрительных нервов

5 Нижняя стенка лобной пазухи граничит с:

- А) полостью носа
- Б) орбитой
- В) гайморовой пазухой
- Г) передней черепной ямкой

32 К дополнительным методам обследования при остром гайморите относится:

- А) рентгенография околоносовых пазух
- Б) биопсия
- В) передняя риноскопия
- Г) задняя риноскопия

33 К основным методам обследования при остром гайморите относится:

- А) рентгенография околоносовых пазух
- Б) биопсия
- В) передняя риноскопия
- Г) задняя риноскопия

34 Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи про-изводится через носовой ход:

- А) нижний
- Б) средний
- В) верхний
- Г) общий

35 Характерным симптомом наличия гноя в лобной пазухе является:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	11 стр. из 33

- А) гомогенное затемнение пазухи
 Б) интенсивное пристеночное затемнение
 В) изменение формы пазухи
 Г) горизонтальный уровень жидкости в пазухе
- 36 “Причинный” зуб при одонтогенном гайморите необходимо:
- А) удалить
 Б) лечить консервативно
 В) наблюдать в динамике
 Г) лечить у парадонтолога
- 37 Типичным клиническим признаком фурункула лица является:
- А) болезненный участок гиперемированной кожи
 Б) инфильтрат багрового цвета с гнойно-некротическим стержнем
 В) гнойничковая сыпь на коже
 Г) гиперемированный участок кожи с четкими контурами
- 42 Длительное нарушение носового дыхания у взрослых может привести к:
- А) патологии сердечно-сосудистой системы
 Б) частым воспалительным процессам в нижних дыхательных путях
 В) возникновению заболеваний ЖКТ
 Г) развитию внутричерепных осложнений
- 52 Хирургическое лечение острых синуситов применяется при:
- А) угрозе возникновению внутриглазничных и внутричерепных осложнений
 Б) во всех случаях заболевания
 В) никогда
 Г) отсутствии эффекта от консервативного лечения
- 53 Гнойное отделяемое в верхнем носовом ходе характерно для:
- А) эмпиемы верхнечелюстной пазухи
 Б) эмпиемы лобной пазухи
 В) эмпиемы клиновидной пазухи
 Г) эмпиемы задних клеток решетчатого лабиринта
- 54 При гнойном гайморите патологическое отделяемое вытекает из:
- А) среднего носового хода
 Б) верхнего носового хода
 В) нижнего носового хода
 Г) общего носового хода
- В верхнечелюстные пазухи инфекция может попадать:
- А) травматическим путем
 Б) одонтогенным путем
 В) риногенным путем
 Г) отогенным путем
- 57 Наилучшие условия для оттока гноя имеют:
- А) лобная пазуха и передние клетки решетчатого лабиринта
 Б) клиновидная пазуха
 В) задние клетки решетчатого лабиринта
 Г) верхнечелюстной пазуха
- 71 Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи граничит с:
- А) орбитой
 Б) лобной пазухой
 В) решетчатым лабиринтом
 Г) передней черепной ямкой
- 72 Верхний носовой ход находится между:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	12стр. из 33

- А) передней и средней носовыми раковинами
- Б) средней и верхней носовыми раковинами
- В) средней носовой раковиной и дном полости носа
- Г) нижней носовой раковиной и дном полости носа

Занятие №5

1.Тема: Абсцессы и флегмоны челюстно-лицевой области. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

2.Цель: Формирование знаний и навыков в

-этиологии и патогенезе одонтогенных гнойно-воспалительных процессов

-особенности одонтогенной микрофлоры

-границам клетчаточных пространств

-путям распространения гнойного экссудата

-симптомам абсцессов и флегмон

-методам обследования больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области

3.Задачи обучения: Освоить топографическую анатомию головы и шеи, пути распространения гнойно-воспалительного процесса. Знать методы оперативного доступа при абсцессах и флегмонах челюстно-лицевой области.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.

2.Клиника,диагностика.

3.дифференциальная диагностика.

4 Лечение.

5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: обсуждение основных вопросов темы, выполнение практических работ, работа в малых группах

6. Методы/технологии оценивания: устный опрос, оценивание выполнения практических работ

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

Задача 1

Больная В, 42 лет, поступила в клинику хирургической стоматологии два дня назад. При обследовании поставлен диагноз: абсцесс подвисочной ямки справа. Произведено вскрытие внутриротовым доступом, получено небольшое количество гнойного отделяемого, введен дренаж. Назначена противовоспалительная терапия. Однако, состояние больной не улучшилось. Боли сохраняются, температура тела держится в пределах 38,3 С. 12 часов назад больная предъявила жалобы на снижение остроты зрения правого глаза, которое до настоящего времени прогрессирует. Степень и характер нарушения функций (ограничение открывания рта, боли при глотании) не изменились за истекший период.

1 С чем может быть связано такое течение заболевания у данной больной?

2 Какое осложнение в данном случае можно предположить?

Задача 2

Больная А, 37 лет, обратилась с жалобами на наличие в правой щечной области болезненной припухлости. Боль усиливается при открывании рта, во время приема пищи, при разговоре. Отмечается резкая асимметрия лица, гиперемия кожи правой щеки, общая слабость, недомогание, повышение температуры тела.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	13стр. из 33

- 1 Какие заболевания можно предположить при наличии вышеперечисленных жалоб?
- 2 Как будет зависеть лечебная тактика от установленного диагноза?

Задача 3.

Ребенок, 5 лет, жалуется на боли в области нижней челюсти слева, припухлость мягких тканей. Болен около 3 дней, в очередной раз заболел 75 зуб. Лечились самостоятельно, боль усилилась, появился отек. Объективно: температура тела — 37,4 °С. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области нижней челюсти слева и подчелюстной области. Кожа в цвете не изменена. Пальпируются увеличенные, болезненные, не спаянные с окружающими тканями подчелюстные лимфоузлы. В полости рта в 75 зубе имеется глубокая кариозная полость. Зуб подвижен болезнен при перкуссии. На десне имеются свищи с гнойным отделяемым. Соседние зубы безболезненны при перкуссии. Отек, гиперемия и инфильтрация слизистой — по переходной складке, однако без признаков флюктуации. Боль при пальпации.

- 1 Сформулируйте диагноз.
- 2 Составьте план лечения ребенка.

Задача 4.

Ребенок, 8 лет, жалуется на наличие в подчелюстной области справа «опухоли», безболезненной при пальпации. Замечено более 2 мес. Тому назад, когда беспокоили зубы на нижней челюсти. Врач зубы раскрыл, боль постепенно прошла, но «опухоль» в подчелюстной области сохранилась. 17 Объективно: в подчелюстной области справа пальпируется образование 1,5 × 1,5 см в диаметре, плотное, слабо болезненное при пальпации, не спаянное с окружающими тканями и кожей. Кожа над ним в цвете неизменена. В полости рта 55 и 54 зубы — с глубокими кариозными полостями, безболезненны при перкуссии. На десне имеются свищи со скудным гнойным отделяемым. Остальные зубы интактные. ЛОР-органы без патологии. На рентгенограмме — очаг деструкции костной ткани в области коронки 55, 54 зубов с нечеткими границами до 5 мм в диаметре.

- 1 Сформулируйте диагноз.
- 2 Составьте план лечения ребенка.

Ситуационная задача № 1

Пациент К., 69 лет, поступил в отделение ЧЛХ с жалобами на острую, постоянную боль в нижних зубах слева, иррадирующую в ухо, висок, припухлость левой щеки, ограниченное открывание рта, общую слабость, повышение температуры тела до 39 °С, головную боль, снижение аппетита, плохой сон. Анамнез развития заболевания: Полгода назад 3.7 зуб лечен по поводу осложненного кариеса. Два дня назад появилась боль в зубе. На следующий день боль усилилась, иррадирует в ухо, висок, шею. Температура тела повысилась до 38,8 °С, озноб. Больной принимал препарат «найз», без выраженного эффекта. Анамнез жизни. Страдает хроническим калькулезным холециститом. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания, ВИЧ отрицает. Аллергоанамнез спокойный. Объективно: Общее состояние средней тяжести за счет выраженного синдрома общей интоксикации, температура тела 39,1 °С. Пульс 112 уд/мин, слабого наполнения, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Лицо асимметрично за счет отека мягких тканей щечной, поднижнечелюстной областей слева. Кожа физиологической окраски. Чувствительность кожи нижней губы и подбородка слева отсутствует. Открывание рта ограничено до 1,0 см. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти слева гиперемирована, отечна с вестибулярной и язычной сторон на протяжении от 3.5 до 3.8 зубов. Межзубные сосочки гиперемированы, из-под десневого края выделяется гнойный экссудат. Вертикальная перкуссия 3.6 зуба безболезненная, 3.5, 3.7, 3.8 зубов болезненная. Патологическая подвижность нижних зубов слева I-II степени. На внутриротовой рентгенограмме зуба 3.6: Коронковая часть замещена пломбой,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	14стр. из 33

корневые каналы медиального и дистального корней 3.6 зуба запломбированы. Периапикальный очаг деструкции кости на медиальном корне с нечеткими, ровными границами, округлой формы, до 7 мм в диаметре. Вертикальная резорбция костной ткани межзубных перегородок на 1/3 высоты, очаговый остеопороз.

- 1 Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2 Какие Дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?
- 3 Проведите дифференциальную диагностику.
- 4 Составьте план лечения, опишите порядок и этапы лечения.
- 5 Какова тактика в отношении 3.7 зуба?
- 6 Определите дальнейшую тактику в отношении 2.1 зуба.

Ситуационная задача № 2

Пациент В., 40 лет, обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области справа. Анамнез развития заболевания. 3 месяца назад появилась острая боль в нижней челюсти справа, отек мягких тканей поднижнечелюстной области справа. Заболевание сопровождалось снижением аппетита, слабостью, повышением температуры тела до 38,7 °С. Обратился на прием к стоматологу-хирургу по месту жительства, был удален разрушенный 4.6 зуб. Боль уменьшилась, температура тела снизилась до 37 °С. 2 недели назад появился свищ в щечной области со скудным гнойным отделяемым. Анамнез жизни. Гипертоническая болезнь. Бронхиальная астма. Хронический гастрит. Аллергоанамнез спокойный. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Дыхание свободное. ЧСС 70уд/мин. АД 150/90 мм рт. ст. Температура тела 37,2 °С. В поднижнечелюстной области справа мягкие ткани отечные, гиперемированные, плотные, болезненные при пальпации. Чувствительность кожи нижней губы, подбородка справа снижена. В щечной области слева определяется устье свища с выбухающими грануляциями. Кожа вокруг устья отечная, гиперемированная. При пальпации выделилось небольшое количество гноя. Слизистая оболочка альвеолярной части нижней челюсти справа отечная, гиперемированная, плотная, болезненная при пальпации с вестибулярной и язычной поверхности. Зубы 3.4, 3.5, 3.7, 3.8 имеют патологическую подвижность II степени.

- 1Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2Объясните причину, патогенез заболевания.
- 3Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
- 4Составьте план лечения.
- 5Каков прогноз заболевания?

Ситуационная задача № 1

Пациент Т., 23 года, предъявляет жалобы на болезненную припухлость под нижней челюстью слева. Анамнез развития заболевания. Два месяца назад появилась боль в 3.6 зубе. Проведено лечение зуба, но после пломбирования корневых каналов сохранилась ноющая боль в 3.6 зубе при накусывании. Четыре дня назад зубная боль усилилась, появился отек в левой поднижнечелюстной области, повысилась температура тела до 37 °С. Анамнез жизни. Остеохондроз позвоночника. Хронический гастрит. Аллергоанамнез спокойный. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37 °С. Дыхание свободное. ЧСС 78 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм рт. ст. В левой поднижнечелюстной области определяются овальной формы, подвижные, резко болезненные при пальпации, размерами до 2,0 см в диаметре «образования». Кожа над ними гиперемирована. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Из вартонова протока слева выделяется прозрачная слюна. Язык влажный, покрыт белесоватым налетом, подвижен. Коронка 3.6 зуба под пломбой. Перкуссия зуба болезненная. Патологическая подвижность I степени. Пальпация в проекции верхушек корней 3.6 зуба болезненная.

- 1Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.
- 2Назовите причину, патогенез заболевания.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	15стр. из 33

3 Какие дополнительные методы обследования надо провести для уточнения диагноза?

4 Проведите дифференциальный диагноз.

5 Составьте план лечения пациента.

Ситуационная задача № 3

Пациент Ш., 22 лет, обратился с жалобами на припухлость шеи справа. Анамнез развития заболевания: Год назад появилась при-пухлость на боковой поверхности шеи справа. Причину пациент назвать затрудняется. К врачу не обращался, не обследовался. При физической нагрузке отмечает появление быстрой утомляемости, потливости, головной боли. Анамнез жизни. Курит. ОРЗ 1-2 раза в год. Два года назад перенес двустороннюю пневмонию, хронический бронхит. Закрытая черепно-мозговая травма пять лет назад. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9 °С. Дыхание свободное. ЧСС 68 ударов в минуту. АД 120 / 70 мм рт. ст. Лицо симметричное, кожный покров бледный. На боковой поверхности шеи справа вдоль переднего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы пальпируются четыре лимфатических узла плотной консистенции, с четкими границами, безболезненные, подвижные, овальной формы. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык влажный, покрыт белесоватым налетом, подвижный. Перкуссия зубов безболезненная. Патологической подвижности зубов нет.

1 Поставьте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2 Опишите возможные причины заболевания.

3 Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

4 При проведении какого исследования можно исключить

ВИЧ-инфекцию?

5 Проведите дифференциальный диагноз.

Ситуационная задача № 4

Пациент В., 25 лет, обратился с жалобами на постоянную, ноющую боль в нижнем зубе справа, в горле при глотании, затрудненное открывание рта. Анамнез развития заболевания. В течение 6 месяцев периодически беспокоит боль в нижней челюсти справа при приеме пищи. 4 дня назад после переохлаждения боль усилилась, стала постоянной, открывание рта затруднено. Боль ощущается при глотании пищи. Принимал аналгин, полоскал рот содовым раствором, но улучшение не наступило. Анамнез жизни. Аллергический анамнез спокойный.

Хронический гастрит. Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7 °С. Дыхание свободное. ЧСС 72 уд / мин. АД 122 / 80 мм рт. ст. Конфигурация лица не изменена. Кожа физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа пальпируется подвижный, болезненный лимфатический узел размерами 1,0x1,5 см. Открывание рта ограничено до 2,5 см. Коронковая часть 4.8 зуба закрыта слизистой оболочкой. Слизистая оболочка ретромолярной области справа гиперемированная, отечная, болезненная при пальпации.

1. Поставьте предварительный диагноз и обоснуйте его.

2 Объясните причину, патогенез заболевания.

3 Опишите лучевой метод исследования, сделайте заключение.

4 Составьте план лечения.

5 Каковы возможные осложнения заболевания?

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»		044/45
Методические рекомендации для практических занятий		16стр. из 33

1.Тема: Острый одонтогенный остеомиелит. Хронический одонтогенный остеомиелит челюстей. Принципы диагностики и лечения.

2.Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и лечении одонтогенного остеомиелита.

3.Задачи обучения: Дать теоретические знания по теории возникновения остеомиелита. Знать этиологию и патогенез одонтогенного остеомиелита.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология одонтогенного остеомиелита.

2.Клиника.диагностика.

3.дифференциальная диагностика.

4 Лечение.

5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, оценивание решения ситуационных задач

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

1 Определение одонтогенного остеомиелита челюсти

1) воспалительный процесс костного мозга челюсти

2) воспалительный процесс костномозговых пространств

3) воспалительный процесс остеонов челюстной кости

4) инфекционный гнойно-некротический процесс в челюсти

5) воспалительный процесс челюсти и окружающих мягких тканей

2 Сущность патологического процесса при остеомиелите по Шаргородскому А.Г.

1) остит

2) периостит

3) миелит

4) паностит

3 Гнойная инфильтрация костного мозга соответствует стадия остеомиелита

1) острая

2) подострая

3) хроническая с преобладанием деструктивных процессов

4) хроническая с преобладанием продуктивных процессов

5) хроническая с преобладанием гиперпластических процессов

4 боль при остром остеомиелите челюсти

1) постоянная в причинном зубе

2) приступообразная в причинном зубе

3) приступообразная в нескольких зубах

4) постоянная в зубах антогонистах

5) постоянная в нескольких зубах и участке челюсти

5 симптом венсана возникает при остеомиелите

1) верхней челюсти в области резцов и клыка

2) верхней челюсти в области премоляров и моляров

3) нижней челюсти в области резцов и клыка

4) нижней челюсти в области премоляров и моляров

5) нижней челюсти в области угла

6 затрудненное Открывание Рта Возникает Локализации острого остеомиелита в области

1) резцов и клыка верхней челюсти

2) резцов и клыка нижней челюсти

3) премоляров верхней челюсти

4) премоляров нижней челюсти

5) моляров нижней челюсти

8 ИНФИЛЬТРАЦИЯ НАДКОСТНИЦЫ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА

1) с вестибулярной стороны

2) с оральной стороны

3) с вестибулярной и оральной стороны

4) с вестибулярной не возникает

5) с оральной не возникает

9 БОЛЬ ПРИ ГЛОТАНИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОСТЕОМИЕЛИТА В ОБЛАСТИ

1) резцов и клыков верхней челюсти

2) резцов и клыков нижней челюсти

3) премоляров верхней челюсти

4) моляров нижней челюсти

10 КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ИЗМЕНЕНА ЗА СЧЕТ

1) отека мягких тканей лица

2) деформации челюсти

3) не изменена

4) инфильтрата мягких тканей лица

11 СОСТОЯНИЕ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ

1) увеличены, болезненны

2) увеличены, безболезненны

3) не увеличены, безболезненны

4) не пальпируются

12 ЦЕЛЬ ОСТЕОПЕРФОРАЦИИ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ 1) создание адекватного оттока гноя из кости

2) улучшение кровоснабжения кости

3) удаление участков некроза кости

4) формирование секвестра

13 В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВЫЯВЛЯЮТСЯ

1) очаги некроза костной ткани

2) хронические одонтогенные очаги в костной ткани

3) очаги некроза кости и хронические одонтогенные очаги

4) деструкция костной ткани с четкими границами

14 В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ «ПРИЧИННЫЙ ЗУБ»

1) сохраняют

2) укрепляют шиной

3) трепанируют

4) удаляют

5) проводят эндодонтическое лечение

15 В ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПОДВИЖНЫЕ ЗУБЫ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ РЯДОМ С «ПРИЧИННЫМ»

1) удаляют

2) трепанируют

3) укрепляют шиной

4) наблюдают

16 ОСТЕОПЕРФОРАЦИЮ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ

1) дрельбором

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Методические рекомендации для практических занятий		18стр. из 33

2) долотом

3) фрезой

4) шаровидным бором

5) желобоватым зондом

17 ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ

1) стабилизируется

2) ухудшается

3) улучшается

4) не меняется

18 РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА

1) изменений структуры кости нет

2) очаги некроза костной ткани

3) деструкция костной ткани с нечеткими границами

4) деструкция костной ткани с четкими границами

19 ОГРАНИЧЕНИЕ ОТКРЫВАНИЯ РТА ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ РАСПРОСТРАНЕНИИ ОТЕКА НА МЫШЦЫ

1) жевательную и медиальную крыловидную

2) щечную и височную

3) челюстно-подъязычную

4) круговую мышцу рта

20 ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОЙ СТАДИИ ОСТЕОМИЕЛИТА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

1) симптом Венсана

2) медиастенит

3) патологический перелом челюсти

4) верхнечелюстной синусит

Занятие №7

1.Тема: Травмы мягких тканей челюстно лицевой области. Особенности оказания помощи, пострадавшим с травмой челюстно-лицевой области перенесшим COVID-19.

2. Цель: Формирование знаний и навыков в классификации травм челюстно-лицевой области. Этиологии и патогенезе травм мягких тканей челюстно-лицевой области. Формирование навыков в проведении первичной хирургической обработки при травмах мягких тканей челюстно-лицевой области.

3. Задачи обучения: Изучить классификацию травм челюстно-лицевой области. Понимать этиологию и патогенез мягких тканей челюстно-лицевой области. Уметь проводить первичную хирургическую обработку при травмах мягких тканей челюстно-лицевой области.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология травм ЧЛО.

2.Клиника,диагностика.

3.дифференциальная диагностика.

4 Лечение.

5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: обсуждение основных вопросов темы, выполнение практических работ, работа в малых группах

6. Методы/технологии оценивания: устный опрос, оценивание выполнения практических работ

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	19стр. из 33

- 1 Каковы особенности клинических проявлений закрытых повреждений мягких тканей лица и шеи?
- 2 Особенности клинических проявлений и лечения ссадин мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?
- 3 Клиническая характеристика ран мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от механизма травмы.
- 4 Виды хирургической обработки ран лица и шеи в зависимости от сроков ее проведения.
- 5 Как называются виды швов в зависимости от сроков их наложения на рану мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?
- 6 Основные этапы хирургической обработки ран лица и шеи.
- 7 Особенности проведения антисептической подготовки операционного поля при хирургической обработке ран лица и шеи.
- 8 Особенности проведения обезболивания при хирургической обработке ран мягких тканей лица и шеи.
- 9 Особенности ревизии ран при хирургической обработке ран мягких тканей лица и шеи.
- 10 Виды кровотечений в зависимости от сроков его возникновения.
- 11 Какими методами и приемами осуществляется гемостаз при хирургической обработке ран мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?
- 12 Основные клинические критерии оценки степени тяжести кровопотери и методы определения величины объема излившейся крови при кровотечениях.
- 13 Как осуществляется компенсация острой кровопотери при ранениях мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?
- 14 Какие виды хирургических игл и шовного материала используются в современной челюстно-лицевой хирургии при хирургической обработке ран мягких тканей лица и шеи?
- 15 Общие принципы наложения шва на раны челюстно-лицевой области и шеи.
- 16 Наложение на муляже-фантоме основных видов швов, используемых при хирургической обработке ран мягких тканей лица и шеи (узловые, восьмиобразные, П-образные, адаптирующие, непрерывные, в том числе и с применением аподактильной методики).
- 17 Особенности хирургической обработки ран мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от локализации.
- 18 Когда показано применение методик и приемов местнопластических операций при проведении хирургической обработки ран мягких тканей лица и шеи?
- 19 В чем заключается профилактика гнойной инфекции при открытых повреждениях мягких тканей лица и шеи?
- 20 Как проводится экстренная профилактика столбнячной инфекции при открытых повреждениях мягких тканей лица и шеи?
- 21 Когда показано проведение профилактики газовой анаэробной инфекции при открытых повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?
- 22 Когда и как проводится экстренная профилактика инфекции, вызываемой вирусом бешенства, при травматических повреждениях мягких тканей лица и шеи?
- 23 Основные этапы перевязки больного в челюстно-лицевой хирургии.
- 24 Основные виды повязок, используемых в челюстно-лицевой хирургии при травматических повреждениях мягких тканей головы и шеи.
- 25 Наложение на муляже-фантоме основных видов повязок в обла-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Методические рекомендации для практических занятий		20стр. из 33

сти головы и шеи (циркулярная, восьмиобразная, «шапка Гиппократата», «чепец», неаполитанская, на один и оба глаза, по типу уздечки на теменно-височную, подбородочную области, верхнюю губу, пращевидная на область верхней губы, подбородок, косыночная на область лба, варианты лейкопластырных повязок).

Занятие №8

1.Тема: Переломы нижней челюсти. Иммобилизация челюстей.

2.Цель: Формирование навыков в проведении иммобилизации челюстей при переломах нижней челюсти.

3.Задачи обучения: Знать классификацию переломов костей челюстно-лицевой области. Уметь проводить иммобилизацию отломков челюстных костей.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология переломов нижней челюсти.
2. Клиника. диагностика.
3. дифференциальная диагностика.
4. Лечение.
5. Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, Оценивание решения ситуационных задач

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

1 Верхняя челюсть состоит из:

- 1) тела и двух отростков
- 2) тела и трех отростков
- 3) тела и четырех отростков
- 4) тела и пяти отростков

2 Hiatus maxillaris открывается в:

- 1) верхнем носовом ходе
- 2) среднем носовом ходе
- 3) нижнем носовом ходе

3 Слезная борозда находится:

- 1) позади лобного отростка
- 2) на лобном отростке
- 3) впереди лобного отростка
- 4) на скуловом отростке

1 При переломе нижней челюсти в области угла смещение фрагментов происходит

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед
- 4) латерально и кверху

2 Смещение фрагментов нижней челюсти при двухстороннем переломе в области углов происходит

- 1) книзу и кзади
- 2) кверху и вперед
- 3) медиально и вперед

4) латерально и кверху

3 Симптом нагрузки при переломах верхней челюсти определяется давлением на

- 1) крючок крыловидного отростка снизу вверх
- 2) подбородок при сомкнутых зубах снизу вверх
- 3) подбородок при полуоткрытом рте снизу вверх
- 4) скуловые кости снизу вверх

4 Удлинение и уплощение средней зоны лица свидетельствует о переломе

- 1) альвеолярного отростка верхней челюсти
- 2) нижней челюсти
- 3) суборбитальной верхней челюсти
- 4) суббазальной верхней челюсти

5 Характерным симптомом при одностороннем переломе мышечкового отростка нижней челюсти является

- 1) кровотечение из носа
- 2) нарушение смыкания зубов с противоположной стороны от перелома
- 3) разрыв слизистой альвеолярного отростка
- 4) нарушение смыкания зубов во фронтальном отделе

6 При двухстороннем переломе нижней челюсти в области клыков смещение фрагмента происходит

- 1) кверху
- 2) книзу
- 3) медиально
- 4) латерально

1 Тактика врача при наличии зуба в линии перелома:

- 1) удалить зуб, находящийся в линии перелома
- 2) оставить зуб в расчете на его приживание
- 3) выждать некоторое время для выяснения возможности приживания
- 4) выяснить состояние коронки корня и периапикальных тканей, а затем решить этот вопрос, т.е. решить судьбу зуба в каждом конкретном случае
- 5) оставить зуб и провести противовоспалительное лечение

2 Третий моляр находится на малом отломке при переломе нижней челюсти в области угла. Линия перелома проходит рядом с медиальным корнем этого зуба. Тактика врача:

- 1) оставить зуб на некоторое время для контакта с антагонистами и предупреждения смещения малого отломка кверху, а затем решать судьбу зуба
- 2) зуб оставить в связи с необходимостью использования как точки опоры для мостовидного протеза
- 3) удалить зуб и сделать остеосинтез

3 Показания к наложению гладкой шины:

- 1) перелом нижней челюсти в области угла без смещения
- 2) срединный перелом со смещением и без смещения, перелом альвеолярного отростка, ментальный перелом
- 3) перелом мышечкового отростка
- 4) перелом нижней челюсти в пределах зубного ряда (моляров) без смещения
- 5) перелом венечного отростка

4 Показания к наложению гипсовой подбородочно-теменной повязки

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	22стр. из 33

(лангетки):

- 1) изготовление шины Порта при отсутствии необходимого количества зубов для наложения назубных шин у больных с переломом нижней челюсти
- 2) перелом шейки мышечкового отростка без смещения отломков
- 3) перелом нижней челюсти в области угла без смещения и со смещением отломков
- 5 Показания к применению назубной шины для репозиции и фиксации отломков нижней челюсти и наложению межчелюстной тяги:
 - 1) перелом нижней челюсти со смещением, которое невозможно сопоставить и закрепить гладкой шиной
 - 2) перелом альвеолярного отростка нижней челюсти в пределах резцов
 - 3) перелом нижней челюсти в срединном или ментальном отделе без смещения отломков
- 6 . Рекомендуемое обезболивание при лечении больных с переломами нижней челюсти:
 - 1) обезболивание не применяется
 - 2) местное, путем аппликации дикаина или пиромекаина
 - 3) проводниковое или другое обезболивание в зависимости от тяжести травмы, состояния больного
 - 4) эндотрахеальный наркоз
 - 5) масочный наркоз
- 7 Наиболее щадящий и часто применяемый метод лечения переломов нижней челюсти в пределах зубного ряда является:
 - 1) шина с зацепными петлями с межчелюстным вытяжением
 - 2) хирургическое лечение (остеосинтез)
 - 3) шина из быстротвердеющей пластмассы
 - 4) наложение головной шапочки и подбородочной пращи
- 8 Метод вытяжения сместившихся отломков нижней челюсти:
 - 1) шиной, закрепленной на челюстях и межчелюстной резиновой тягой
 - 2) руками или щипцами Бруно и им подобным
 - 3) наложением гипсовой шапочки и пращи с резиновой тягой
 - 4) на костным зажимом от аппарата типа Рудько, Панчохи и др. с наложением резиновой тяги от стержня, укрепленного на гипсовой шапочке
- 9 Методом физиотерапии, направленным на ускорение консолидации отломков в первые дни после перелома челюсти, является
 - 1) ультрафонофорез с Метилурацилом
 - 2) парафинотерапия
 - 3) электорофорез с Лидазой
 - 4) массаж

Занятие №9

1. Тема: Огнестрельные ранения челюстно-лицевой области.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	23стр. из 33

2. Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и оказании первой помощи при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области.

3. Задачи обучения: Закрепить теоретические знания об огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области. Уметь оказать медицинскую помощь при огнестрельных ранениях челюстно-лицевой области.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология огнестрельных ранений.
2. Клиника, диагностика.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Лечение.
5. Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: обсуждение основных вопросов темы, выполнение практических работ, работа в малых группах

6. Методы/технологии оценивания: устный опрос, оценивание выполнения практических работ

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

1. Больной Я., 22 лет, ранен 25/1 1982г. осколком мины в лицо. Обширное разрушение мягких тканей с изъёмом кости нижней челюсти на протяжении 8-ми фронтальных зубов. Шок. На медицинском пункте проведены противошоковые мероприятия: переливание крови, дача сердечных средств, гемостаз легированием сосудов в ране, повязка. 26/1 1982г. доставлен в специализированный госпиталь. Общее состояние больного тяжелое. На всем протяжении подбородочной области рваная, сообщающаяся с полостью рта рана, дефект кости нижней челюсти от 35 до 45 зуба. На правой щеке — рваная рана размером 2 x 1,2см, проникающая в полость рта. Сформулируйте развернутый диагноз, окажите помощь.

2. Сержант Т. 30 лет ранен осколками в лицо. Входное отверстие расположено справа в подчелюстной области, выходное — на внутренней поверхности левой щеки в области выходящего отростка нижней челюсти. Двусторонний огнестрельный перелом нижней и верхней челюсти. На 6-й день состояние резко ухудшилось, появился кашель, начала нарастать температура тела. В последующие дни лихорадка стала гектической, пульс участился до 120 в минуту. Лицо отекло. Из полости рта обильное выделение зловонного гноя. В области выходного отверстия имеется участок некроза слизистой оболочки. В легких с обеих сторон появились обильные звучные влажные хрипы, мелко и средне-пузырчатые. Состояние тяжелое. Одышка, цианоз. Анализ крови: Нв 140 г/л, эр. 3,8-1012/л, л. 15-109/л, с. 75%, метамиелоциты 1%, п. 15%, лимф. 7%, мон. 3%. Анализ мочи: плотность 1018, белок 0,132 г/л, в осадке эритроциты выщелоченные 2—3 в поле зрения, единичные цилиндры. В анализе мокроты лейкоциты покрывают все поле зрения, мокрота гнойная. Произведена рентгенография грудной клетки: справа в VIII—IX сегментах, слева — в IV—V сегментах крупноочаговые негетогенные затемнения.

Сформулируйте развернутый диагноз, окажите помощь.

3. Рядовой Н., 23 лет, доставлен на полковой медицинский пункт (ПМП) после ядерного взрыва в тяжелом состоянии с жалобами на резкую общую слабость, головные боли, головокружение, сухость во рту, повторную рвоту. Заторможен, бледен, на коже лица разлитая эритема, пульс 104 в минуту. Показание индивидуального дозиметра 5 Гр. После оказания первой доврачебной помощи эвакуирован в МедСБ, куда поступил в тяжелом состоянии. Рвота продолжается. Пульс 120 в минуту, артериальное давление 80/55 мм.рт.ст. Анализ крови: число лейкоцитов 98-10⁹/л, из них лимфоцитов 20%. СОЭ - 7 мм/ч. Оказана неотложная квалифицированная терапевтическая помощь, после чего эвакуирован в госпиталь. В течение 2 недель чувствовал себя удовлетворительно, хотя на 8-е сутки после поражения число лейкоцитов снизилось до 1,8-10⁹/л, процент лимфоцитов к этому времени составлял 11. На 15-й день появилась лихорадка, затем она стала нарастать, началось выпадение волос, на коже груди возникли точечные кровоизлияния. Сознание ясное, но резко угнетено. Артериальное давление 85/60 мм.рт.ст.,

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»	
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45	
Методические рекомендации для практических занятий		24стр. из 33

пульс 100 - 120 в минуту. Началась повторная рвота, исчез аппетит. На 20-й день появились боли и урчание в животе, затем частый водянистый стул. С 15-го дня болезни число лейкоцитов $0,88 \times 10^9/\text{л}$, число тромбоцитов — $20 \times 10^9/\text{л}$. Сформулируйте развернутый диагноз.

4. Больная Д. 44 лет, врач-рентгенолог. Общий стаж работы в условиях облучения — 12 лет. В этот период имело место систематическое превышение предельно допустимых доз в 1,5-2 раза, расчетная суммарная доза за весь период работы могла составить 1—1,2 Гр.

Заболела на 7-й год работы, когда появились приступы головных болей, утомляемость и была впервые обнаружена лейкопения (до $2,7-109/\text{л}$). Отмечались, бессонница ночью из-за сильных головных болей, сонливость днем, повышенная утомляемость, иногда колющие и ноющие боли в области сердца.

Объективно: лабильность пульса при перемене положения тела от 64 до 96 в минуту, колебания артериального давления от 90/60 до 150/90 мм.рт.ст., расширение, границ сердечной тупости, глухость тонов сердца. Электрокардиограмма без патологии. Других изменений внутренних органов и признаков органических изменений со стороны центральной нервной системы не обнаружено.

В анализах крови число лейкоцитов $3-4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов 40%, тромбоцитов $140 \times 10^9/\text{л}$. Умеренное угнетение, костного мозга.

Сформулируйте развернутый диагноз.

5. Сержант Ф. 23 лет получил ожоги при попадании артиллерийского снаряда в танк, на пострадавшем горела одежда. Доставлен на ПМП в тяжелом состоянии, резко возбужден. Пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/75 мм.рт.ст. При осмотре установлено наличие обширного глубокого ожога. После оказания неотложной врачебной помощи эвакуирован МедСБ. Поступил в МедСБ в тяжелом состоянии. Ожоги III—IV степени груди, спины, живота, лица, рук. Общая площадь ожогов около 40% поверхности тела, из них не менее 25% приходится на ожоги IIIб—IV степени. Отмечаются осиплость голоса, затрудненное дыхание, цианоз. Пульс 100 в минуту, ритмичный, артериальное давление 105/70 мм.рт.ст. Повторная рвота. Самостоятельно не мочится. При катеризации мочевого пузыря выделил около 100 мл мочи темно-бурого цвета, в последующем мочеотделение прекратилось. В анализе крови НЬ 23 г/л, эр. $8 \times 10^{12}/\text{л}$. В анализе мочи плотность 1033, цвет темно-бурый, белка 667 г/л, в осадке — детрит разрушенных эритроцитов. Сформулируйте развернутый диагноз с учетом вида травмы, периода ожоговой болезни и особенностей висцеральной патологии. Определите объем и содержание квалифицированной медицинской помощи.

Занятие №10

1.Тема: Комбинированные повреждения.

2.Цель: Формирование навыков в изучении комбинированных радиационных поражений (КРП), комбинированным химическим поражениям (КХП), комбинированным термомеханическим поражениям(КТМП).

3.Задачи обучения: Уметь дифференцировать по степени тяжести поражения, оказать первую медицинскую помощь. Знать как транспортировать больных с места происшествия.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология комбинированных повреждений ЧЛО.

2.Клиника,диагностика.

3.дифференциальная диагностика.

4 Лечение.

5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, оценивание

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	25стр. из 33

решения ситуационных задач

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

КОМБИНИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦА – ЭТО

- 1) это огнестрельное или неогнестрельное ранение лица на фоне
- 2) поражения пострадавшего радиоактивными веществами,
- 3) вызывающими
- 4) лучевую болезнь
- 5) 2) это термомеханическое поражение лица в сочетании с проникающей
- 6) радиацией
- 7) 3) это огнестрельное ранение или неогнестрельное поражение лица на
- 8) фоне радиоактивного загрязнения воздуха и местности
- 9) 4) это огнестрельное ранение лица на фоне термомеханического
- 10) поражения
- 11) 5) это огнестрельное или неогнестрельное ранение лица и других частей
- 12) тела на фоне поражения световым излучением и электромагнитным
- 13) импульсом
- 14) 3 ПРИ ВНЕШНЕМ ОБЛУЧЕНИИ ЛУЧЕВУЮ БОЛЕЗНЬ ВЫЗЫВАЮТ
- 15) ЧАСТИЦЫ
- 16) 1) только β
- 17) 2) γ и жёсткое рентгеновское излучение
- 18) 3) мягкие рентгеновские лучи
- 19) 4) α
- 20) 5) α и β
- 21) 4 НЕ МОГУТ ВЫЗВАТЬ ЛУЧЕВУЮ БОЛЕЗНЬ ПРИ ПОПАДАНИИ
- 22) НА КОЖУ СЛЕДУЮЩИЕ ЧАСТИЦЫ ИОНИЗИРУЮЩЕГО
- 23) ИЗЛУЧЕНИЯ
- 24) 1) γ и α
- 25) 2) γ и β
- 26) 3) α и β
- 27) 4) γ
- 28) 5) жёсткое рентгеновское излучение
- 29) 5 К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАДИОАКТИВНЫХ ОЖОГОВ ПРИВОДИТ
- 30) ВОЗДЕЙСТВИЕ СЛЕДУЮЩИХ ЧАСТИЦ ИОНИЗИРУЮЩЕГО
- 31) ИЗЛУЧЕНИЯ
- 32) 1) β -частицами и мягкими рентгеновскими лучами
- 33) 2) γ - и β -частицами
- 34) 3) γ - частицами
- 35) 4) α -частицами и мягкими рентгеновскими лучами
- 36) 5) α -частицами
- 37) 6 ТЯЖЕСТЬ ПРОЯВЛЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ЗАВИСИТ ОТ
- 38) 1) экспозиционной дозы излучения
- 39) 2) состояния здоровья раненного на момент поражения
- 40) 3) поглощённой дозы ионизирующей радиации
- 41) 4) состояния иммунитета и загрязнённости воздуха и местности
- 42) радиоактивными веществами
- 43) 5) состояния иммунитета и экспозиционной дозы излучения
- 44) 7 В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ВЕДУЩЕЕ
- 45) ЗНАЧЕНИЕ
- 46) ИМЕЮТ НАРУШЕНИЯ
- 47) 1) кроветворения, угнетение эндокринной системы и центральной

48) нервной системы

49) 2) кроветворения, угнетение периферической нервной системы и

50) иммунной системы

51) 3) сердечно-сосудистой системы, угнетение иммунной системы и

52) нарушение кроветворения

53) 4) кроветворения, угнетение иммунитета и регенерации, развитие

54) инфекционных осложнений

55) 5) угнетение иммунной системы, угнетение периферической нервной

56) системы и органов дыхания

8 1 ГР (ГРЕЙ) РАВЕН

1) 100 рентген

2) 1000 рентген

3) 1000 рад

4) 10 рад

5) 100 рад

9 ПОГЛОЩЁННАЯ ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ ИЗМЕРЯЕТСЯ В

1) радах или Грех

2) рентгенах

3) рентген/час

4) рентген/мин

5) джоулях

10 ЭКСПОЗИЦИОННАЯ ДОЗА ИЗЛУЧЕНИЯ ИЗМЕРЯЕТСЯ В

1) рентгенах

2) рентгенах или Грех

3) радах

4) Грех

5) рентгенах или радах

13 СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

1) 3

2) 4

3) 5

4) 6

5) 7

17 СРЕДНЯЯ СТЕПЕНЬ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЧЕЛОВЕКА

РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

ДОЗЕ ПОГЛОЩЁННОЙ РАДИАЦИИ

1) 0,5-1 Гр

2) 4-6 Гр

3) 1-3 Гр

4) 3-5 Гр

5) 2-4 Гр

18 ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ У ЧЕЛОВЕКА

РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ

ДОЗЕ ПОГЛОЩЁННОЙ РАДИАЦИИ

1) 2-5 Гр

2) 5-7 Гр

3) 4-7 Гр

4) 4-6 Гр

5) 6-8 Гр

19 КРАЙНЕ ТЯЖЁЛАЯ СТЕПЕНЬ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ У

ЧЕЛОВЕКА

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	27стр. из 33

РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ДОЗЕ ПОГЛОЩЁННОЙ РАДИАЦИИ СВЫШЕ

- 1) 2 Гр
- 2) 3 Гр
- 3) 4 Гр
- 4) 5 Гр
- 5) 6 Гр

20 АБСОЛЮТНО СМЕРТЕЛЬНОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ПОГЛОЩЁННАЯ ДОЗА

РАДИАЦИИ СВЫШЕ

- 1) 9 Гр
- 2) 10 Гр
- 3) 6 Гр
- 4) 8 Гр
- 5) 7 Гр

21 В ТЕЧЕНИИ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ ВЫДЕЛЯЮТ СТАДИЙ

- 1) 4
- 2) 5
- 3) 3
- 4) 2
- 5) 6

Занятие №11

1.Тема: Ожоги челюстно-лицевой области.

2.Цель: Формирование знаний и навыков в диагностике и оказании медицинской помощи при ожогах ЧЛО

3.Задачи обучения: Знать классификацию ожогов лица по глубине поражения, особенности клинического течения ожогов головы, лица, шеи. Периоды ожоговой болезни. Основные методы определения площади ожогов. Особенности лечения ожогов лица, головы и шеи.

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология ожогов ЧЛО.
- 2.Клиника.диагностика.
- 3.дифференциальная диагностика.
- 4 Лечение.
- 5 Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: обсуждение основных вопросов темы, выполнение практических работ, работа в малых группах

6. Методы/технологии оценивания: устный опрос, оценивание выполнения практических работ

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

- 1 Назовите группы, на которые подразделяются ожоги по глубине поражения тканей.
- 2 Укажите разновидности ожогового некроза.
- 3 Опишите клиническую картину глубокого и поверхностного ожога дыхательных путей.
- 4 Укажите методы определения площади ожога.
- 5 Дайте определение ожоговой болезни.
- 6 Назовите периоды ожоговой болезни.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	28стр. из 33

7 Перечислите основные факторы, которые играют роль в развитии ожогового шока.

8 Укажите фазы ожогового шока.

9 Назовите степени ожогового шока.

10 Дайте определение острой токсемии.

11 Дайте определение септикотоксемии.

12 Дайте определение реконвалесценции.

13 Назовите виды медицинской помощи при ожоговой травме.

14 Охарактеризуйте мероприятия квалифицированной врачебной помощи при ожоговой травме.

15 Перечислите мероприятия специализированной помощи при ожоговой травме.

16 Укажите основной принцип лечения при ожоговой травме лица и слизистой оболочки полости рта.

17 Назовите степени отморожения лица.

18 Перечислите принципы лечения при отморожениях лица.

Задача 1

Машиной скорой помощи в приемное отделение больницы доставлен пациент с ожогом челюстно-лицевой области площадью более 10 %.

Имеются изменения со стороны общего состояния (озноб, тошнота, рвота, умеренная жажда), сердечно-сосудистой системы (пульс до 100 уд./мин, АД в норме), диурез составляет 30–40 мл/ч, в моче следы белка.

Проведите диагностику, определите план лечения.

Задача 2

В приемное отделение больницы доставлен пациент в состоянии алкогольного опьянения с отморожением челюстно-лицевой области. Кожа левой половины лица резко бледная и холодная, чувствительность кожи резко снижена. Через некоторое время на ней появились пузыри с геморрагическим содержимым.

Проведите диагностику, определите план лечения.

Занятие №12

1.Тема: Отморожения челюстно-лицевой области.

2.Цель Формирование знаний и навыков в диагностике и оказании медицинской помощи при отморожениях ЧЛО

3.Задачи обучения:

1 Ознакомиться со структурой операционно-перевязочного блока, а также работой в перевязочной, историями болезни, осмотреть пациентов с термическими поражениями.

2 Рассмотреть клинические симптомы, характерные для ожогов и отморожений разной степени тяжести.

3 Научиться составлять план обследования больных с термической травмой лица.

4 Научиться составлять план лечения больных с термической травмой лица и шеи.

5 Овладеть практическими навыками по десмургии для челюстно-лицевых больных с термическими поражениями (працевидная повязка, «повязка-уздечка», «шапочка-чепец»).

4. Основные вопросы темы:

1. Этиология одонтогенного остеомиелита.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Хирургической и ортопедической стоматологии»	044/45
Методические рекомендации для практических занятий	29стр. из 33

2. Клиника, диагностика.

3. дифференциальная диагностика.

4. Лечение.

5. Медикаментозное сопровождение.

5. Методы/технологии обучения и преподавания: выполнение тестовых заданий, решение ситуационных задач

6. Методы/технологии оценивания: оценивание выполнения тестовых заданий, оценивание решения ситуационных задач

7. Литература: указана в силлабусе

8. Контроль:

2 НА ЛИЦЕ ОТ ДЕЙСТВИЯ НИЗКОЙ ТЕМПЕРАТУРЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СТРАДАЮТ

- 1) хрящи;
- 2) хрящи и кости;
- 3) кости;
- 4) надкостница;
- 5) надкостница и кости.

3 ХРОНИЧЕСКИЕ ПЕРИХОНДРИТЫ УШНЫХ РАКОВИН ИЛИ НОСА ВСЕГДА ПРИВОДЯТ К

- 1) полной утрате органа;
- 2) деформации ушных раковин или носа рубцами;
- 3) сепсису;
- 4) частичной утрате органа;
- 5) пигментации кожи ушных раковин или носа.

4 КОСТИ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА ПРИ ОТМОРАЖЕНИЯХ ПОРАЖАЮТСЯ

- 1) часто;
- 2) очень часто;
- 3) крайне редко;
- 4) редко;
- 5) в литературе такие случаи не описаны

5 ОТМОРОЖЕНИЯ ЯЗЫКА И ГУБ

- 1) возможны, чаще у детей, как следствие контакта этих образований с металлом на морозе (попытка лизнуть металлический предмет);
- 2) невозможны ни при каких условиях (вследствие хорошего кровоснабжения этих анатомических образований);
- 3) возможны только отморожения губ;
- 4) возможны отморожения губ и языка (вследствие частого облизывания губ);
- 5) возможны отморожения только губ.

6 ПРИ УМЕРЕННО НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУРАХ ОТМОРОЖЕНИЯ ВОЗМОЖНЫ В СЛУЧАЕ НАРУШЕНИЯ

- 1) терморегуляции организма
- 2) естественной и искусственной терморегуляции в условиях низкой влажности
- 3) естественной и искусственной терморегуляции в условиях высокой влажности

4) естественной и искусственной терморегуляции в условиях низкой влажности

5) искусственной терморегуляции в условиях низкой влажности

7 ПРИ ДЕЙСТВИИ НИЗКИХ ТЕМПЕРАТУР ПОРАЖЕНИЕ ТКАНЕЙ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ

1) по поверхности тканей

2) чаще по поверхности тканей, редко в глубину тканей

3) чаще в глубину тканей, редко по поверхности тканей

4) в глубину тканей

5) поражение тканей распространяется равномерно в глубину и по поверхности

8 ОТМОРОЖЕНИЯ ТКАНЕЙ ЛИЦА ЯВЛЯЮТСЯ ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ

ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

1) часто

2) отморожения тканей лица лечатся только в стационарных условиях;

3) очень часто

4) не являются

5) редко

9 ТЯЖЁЛЫЕ ОТМОРОЖЕНИЯ ЛИЦА ВСТРЕЧАЮТСЯ

1) крайне редко

2) редко

3) часто

4) очень часто

5) не встречаются вообще

10 ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ ИМЕЕТСЯ ПЕРИОДОВ

1) 2

2) 3

3) 4

4) 5

5) 6

11 ХАРАКТЕР КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ВОЗНИКАЮЩИХ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ, ОБУСЛОВЛЕН

1) вначале спазмом, а затем тромбозом кровеносных сосудов

2) вначале тромбозом, а затем спазмом кровеносных сосудов

3) только спазмом, тромбоз сосудов возникает редко

4) только тромбозом

5) вначале спазмом, а затем спазмом кровеносных сосудов

12 РЕАКТИВНЫЙ ПЕРИОД РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ В ТКАНЯХ ПРИ ОТМОРОЖЕНИЯХ НАСТУПАЕТ ЧЕРЕЗ

1) 12 часов действия низких температур

2) 24 часа после действия низких температур

3) сразу после согревания тканей

4) 12 часов после согревания тканей

5) 24 часа после согревания тканей

13 ЧАЩЕ В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ОТМОРОЖЕНИЯ ИМЕЮТ МЕСТО

СИМПТОМЫ

1) покалывание и жжение

2) только жжение

3) болевые ощущения в области участка лица, который подвергся поражению

4) только покалывание в участке отморожения

5) все перечисленные выше симптомы

14 В СЛЕД ЗА ЖЖЕНИЕМ, БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ В

ОБЛАСТИ УЧАСТКА

ОТМОРОЖЕНИЯ ПОЯВЛЯЕТСЯ

1) гиперестезия участка лица, который подвергся воздействию низкой температуры

2) гипестезия участка лица, который подвергся действию низкой температуры

3) анестезия участка лица, который подвергся действию низкой температуры

4) парестезия участка лица, который подвергся действию низкой температуры

5) все перечисленные выше явления

15 В ДОРЕАКТИВНОМ ПЕРИОДЕ ОТМОРОЖЕНИЯ ИМЕЮТСЯ

СЛЕДУЮЩИЕ

ОБЪЕКТИВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

1) резкая бледность кожи, снижение локальной температуры на участке поражения, боли в участке поражения

2) выраженная гиперемия кожи, снижение локальной температуры на участке поражения, боли в участке поражения

3) резкая бледность кожи, снижение локальной температуры на участке поражения, исчезновение болевой чувствительности

4) гиперемия кожи, повышение локальной температуры на участке поражения, исчезновение болевой чувствительности

5) резкая бледность кожи, повышение локальной температуры на участке поражения, исчезновение болевой чувствительности

16 В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ГЛУБИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ

1) 2 степени отморожений

2) 3 степени отморожений

3) 4 степени отморожений

4) 5 степеней отморожений

5) 6 степеней отморожений

17 ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ I СТЕПЕНИ

ТЯЖЕСТИ

1) жжение и интенсивная боль

2) жжение и ощущение ползания мурашек

3) колющая боль

4) зуд

5) все перечисленные выше жалобы

18 В ТКАНЯХ ПРИ I СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ В РЕАКТИВНЫЙ

ПЕРИОД

ПРОИСХОДЯТ ИЗМЕНЕНИЯ

1) выражен отёк тканей, некроз поверхностных слоёв эпидермиса

2) отёка тканей нет, омертвения тканей не наступает

3) отёка тканей нет, некроз поверхностных слоёв кожи

4) выраженный отёк тканей, омертвения тканей нет, все изменения обратимы

5) выраженный отёк тканей, омертвение кожи на всю толщину

19 КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ I СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

- 1) кожа гиперемирована с синюшным оттенком, выражен отёк тканей
- 2) резкая бледность кожи, выражен отёк тканей
- 3) кожа гиперемирована с синюшным оттенком, отёка тканей нет
- 4) кожа резко гиперемирована, незначительный отёк тканей
- 5) кожа бледная, слабо выраженный отёк тканей

20 КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ I СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

ЛИКВИ-

ДИРУЮТСЯ ЧЕРЕЗ

- 1) 2-3 дня
- 2) 3-6 дней
- 3) 3-7 дней
- 4) 4-8 дней
- 5) 5-9 дней

21 ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ I СТЕПЕНИ

ОТМОРОЖЕНИЯ ОТМЕЧАЕТСЯ

- 1) шелушение кожи
- 2) покраснение кожи
- 3) образование незначительных рубцов
- 4) бледность кожных покровов
- 5) образование пигментных пятен

22 ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТОВ С ОТМОРОЖЕНИЯМИ II СТЕПЕНИ

ТЯЖЕСТИ

- 1) жжение и интенсивная боль
- 2) жжение и ощущение ползания мурашек
- 3) колющая, интенсивная боль, усиливающаяся по ночам в течение 2-3 дней
- 4) зуд;
- 5) все перечисленные выше жалобы

23 НЕКРОЗ ЭПИДЕРМИСА НАБЛЮДАЕТСЯ ТОЛЬКО ПРИ СТЕПЕНИ

ОТМОРОЖЕНИЯ

- 1) I
- 2) II
- 3) III
- 4) IV
- 5) I и II

24 НЕКРОЗ ВСЕХ СЛОЁВ КОЖИ И ПОДЛЕЖАЩИХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

- 1) I степень
- 2) II степе
- 3) III степень
- 4) IV степень
- 5) I и II степень

25 ПРИ II СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ ПОГИБШИЙ ЭПИДЕРМИС ОТСЛАИВАЕТСЯ И ОБРАЗУЮТСЯ

- 1) одиночные пузыри, наполненные серозной жидкостью
- 2) множественные пузыри наполненные кровью
- 3) одиночные или множественные пузыри, наполненные жёлтой или

геморрагической жидкостью

4) струп, который медленно отторгается

5) одиночные пузыри, наполненные жёлтой жидкостью

26 ПРИ СНЯТИИ ПОКРЫШКИ ПУЗЫРЯ ДЕРМЫ В СЛУЧАЕ
ОТМОРОЖЕ-

НИЯ ЛИЦА II СТЕПЕНИ ОБНАЖАЕТСЯ

1) ярко-розовая резко болезненная дерма

2) тёмно-красная безболезненная дерма

3) подкожно-жировая клетчатка и частично мышцы

4) красная с синюшным оттенком дерма безболезненная, покрытая
фибринозным налётом

5) ярко-красная безболезненная дерма

27 РАНЫ ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ II СТЕПЕНИ ЗАЖИВАЮТ ЧЕРЕЗ

1) 2-4 дня

2) 4-6 дней

3) 6-9 дней

4) 10-12 дней

5) 15-20 дней

28 ЖАЛОБЫ БОЛЬНЫХ ПРИ III СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ

1) сильная приступообразная боль, гипестезия в участке поражения

2) слабая боль усиливающаяся ночью, чувствительность кожи
практически не изменяется

3) сильная и продолжительная боль, парестезии

4) сильная и продолжительная боль, чувствительность кожи не
изменяется

5) жжение и покалывание в участке поражения, парестезия

29 НА КОЖЕ ПРИ III СТЕПЕНИ ОТМОРОЖЕНИЯ МОЖНО ВИДЕТЬ
СЛЕДУЮЩИЕ ПЕРВИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ

1) струп коричневого цвета

2) пузырь

3) множественные пузырьки

4) струп серого цвета

5) можно обнаружить все перечисленные выше элементы