

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Багрий Андрей Зуявлович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.05.2025
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М. Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.69 ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

1.	Воспалительно-дистрофические заболевания височно-нижнечелюстного сустава: классификация, диагностика, клиника, методы комплексного лечения.
2.	Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Юношеские функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
3.	Контрактура нижней челюсти: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
4.	Вывихи нижней челюсти: методы диагностики и лечения.
5.	Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава: этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Основные методы оперативных вмешательств, в том числе у детей и подростков в зависимости от возраста. Меры, направленные на предупреждение рецидива.
6.	Паралич лицевого нерва: клиника, диагностика, хирургические методы лечения.
7.	Поражения тройничного нерва. Невралгия, невропатия. Клиника, диагностика, лечение.
8.	Аурикулотемпоральный синдром (невропатия ушно-височного нерва, синдром Фрей, синдром Байярже-Фрей): этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
9.	Ганглиопатия поднижнечелюстного и подъязычного узлов: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
10.	Холодовая лицевая боль: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
11.	Соматогенные лицевые боли: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
12.	Постгерпетические невралгии: этиология, патогенез, диагностика, клиника, лечение
13.	Основные принципы пересадки органов и тканей (пересадка кожи слизистой оболочки, фасции, хряща, кости).
14.	Планирование местнопластических операций. Теоретические основы пластики местными тканями. Метод Ю.К. Шиманского.
15.	Пластика местными тканями с помощью перемещения встречных треугольных лоскутов (А.А. Лимберг). Показания к их применению.
16.	Пластика лоскутами с применением микрохирургической техники. Применение сложных тканевых лоскутов на микроанастомозе. Применение полимерных материалов в восстановительной хирургии.
17.	Свободная пересадка кожи. Биологическое обоснование. Применение различных видов кожных лоскутов для устранения раневых и гранулирующих поверхностей на лице и в полости рта.
18.	Костная пластика челюстей. Виды и причины образования дефектов нижней челюсти. Показания к костной пластике. Биологическое обоснование костной пластики. Возможности применения консервированной кости и методы ее консервации. Методика костной пластики при наличии дефекта челюсти, способы закрепления трансплантата.
19.	Биологические и пластические качества стебля В.П. Филатова. Показания к применению. Радикальная ринопластика по Ф.М. Хитрову.
20.	Пластика местными тканями с использованием лоскута на ножке: виды лоскутов на ножке и показания к их применению.
21.	Аномалии и деформации челюстей. Классификация. Клиника, методы диагностики и показания к хирургическому лечению. Особенности оперативной техники, иммобилизации и послеоперационного ведения больных.
22.	Флегмона дна полости рта, шеи: классификация, диагностика, клиника, лечение
23.	Осложнения воспалительных процессов ЧЛЮ: классификация, диагностика, клиника, лечение, исход заболевания.

24.	Осложнения флегмоны дна полости рта: классификация, диагностика, клиника, лечение
25.	Медикаментозное лечение тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
26.	Принципы лабораторной диагностики тяжелых гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области
27.	Классификация травматических повреждений челюстно-лицевой области.
28.	Травматические повреждения зубов, альвеолярного отростка: этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение, профилактика.
29.	Переломы нижней челюсти. Классификация, клиника, диагностика, методы комплексного лечения. Возможные осложнения, их профилактика.
30.	Переломы верхней челюсти по Фор1, 2, 3: диагностика, клиника, лечение.
31.	Переломы костей скуло-орбитального комплекса: диагностика, клиника, лечение.
32.	Понятие о сочетанной черепно-лицевой травме. Особенности обезболивания и тактика лечения больных.
33.	Принципы медикаментозного лечения сочетанной черепно-лицевой травмы.
34.	Антибактериальная терапия в лечении переломов челюстей
35.	Классификация осложнений неогнестрельных травм лица. Травматический остеомиелит: клиника, диагностика, лечение. Тактика врача-стоматолога в профилактике данного осложнения.
36.	Травма зубов у взрослых и детей разного возраста. Этиология, патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, комплексное лечение, профилактика.
37.	Особенности боевых повреждений мягких тканей лица. Классификация и клиника повреждений мягких тканей лица. Особенности и методика проведения первичной хирургической обработки ран мягких тканей лица и полости рта. Медицинское освидетельствование раненых.
38.	Ранние и поздние осложнения боевых повреждений челюстно-лицевой области. Классификация, причины, клиника, лечение, профилактика.
39.	Комбинированные радиационные и химические поражения челюстно-лицевой области, их лечение на этапах медицинской эвакуации. Особенности хирургической обработки ран лица при комбинированных поражениях
40.	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ, кожи лица. Этиопатогенез, классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Принципы комплексной терапии. Методы профилактики, диспансеризация.
41.	Современные представления о биологической сущности опухолей. Теории канцерогенеза. Роль онкогенов и антионкогенов в опухолевом процессе. Методы диагностики опухолей ЧЛЮ. Критерии оценки доброкачественных и злокачественных опухолей.
42.	Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Новые подходы к лечению рака. Роль врача-стоматолога в профилактике и ранней диагностике опухолей. Статистика, классификация опухолей челюстно-лицевой области.
43.	Папиллома, папилломатоз: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
44.	Фиброматоз десен. Фиброма кожи и слизистой оболочки полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
45.	Атерома, липома: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

46.	Доброкачественные опухоли челюстей: остеома, хондрома. Дифференциальная диагностика, лечение.
47.	Сосудистые опухоли челюстно-лицевой области. Классификация, этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
48.	Эпулиды: классификация, дифференциальная диагностика, лечение.
49.	Остеобластокластомы челюстей: патогенез, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
50.	Фиброзная остеодисплазия челюстей: патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
51.	Радикулярные кисты челюстей: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
52.	Фолликулярные кисты челюстей: классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
53.	Ретенционные кисты больших и малых слюнных желез: этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение. Дермоидные кисты.
54.	Адамантиномы челюстей: патогенез, классификация, клиника, рентгенологическая картина. Особенности опухолевого роста адамантином. Лечение адамантином челюстей.
55.	Одонтома и цементома челюстей: классификация, патологическая анатомия, рентгенологическая картина, лечение.
56.	Остеома, экзостозы челюстей: клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
57.	Предраковые заболевания слизистой оболочки полости рта, красной каймы губ, кожи лица: этиопатогенез, классификация, клинические проявления, дифференциальная диагностика. Принципы комплексной терапии. Методы профилактики, диспансеризация.
58.	Общие принципы лечения больных со злокачественными опухолями челюстно-лицевой области. Новые подходы к лечению рака. Роль врача-стоматолога в профилактике и ранней диагностике опухолей. Статистика классификация опухолей челюстно-лицевой области.

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1. ФЛЕГМОНУ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С:

- А. подмассетериальным абсцессом
- Б. карбункулом нижней губы
- В. флегмоной дна полости рта
- Г. флегмоной височной области

2. ЦЕЛЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

- А. Установление диагноза
- Б. Изучение особенностей психики больного
- В. Более близкое знакомство с пациентом
- Г. Изучение состояния отдельных органов

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ АБСЦЕССЕ ЯЗЫКА

- А. Продольный разрез с широким вскрытием абсцесса
- Б. Госпитализация больного
- В. Консервативное лечение
- Г. Тампонада полости с подшиванием к краю раны

4. ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОРНЯ НЕПРАВИЛЬНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ВРАЧА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А. Сглаживание острого края кости
- Б. Удаление полностью корня
- В. Проведение повторной операции через 7-10 дней

Г. Удаление грануляционной ткани

5. ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИМЕНЯЮТ

- А. Общую гемостатическую терапию
- Б. Антикоагулянты внутривенно
- В. Наложение швов на рану
- Г. Местное обезболивание

6. ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ОБЛАСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ:

- А. стафилококки
- Б. анаэробы
- В. лучистые грибы
- Г. бледные спирохеты

7. ФУРУНКУЛ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С

- А. Кожной формой актиномикоза
- Б. Одонтогенным абсцессом
- В. Рожистым воспалением
- Г. Угревой сыпью

8. В АНАМНЕЗЕ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПЕРИАПИКАЛЬНОГО АБСЦЕССА ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ БОЛЬ

- А. Острая при накусывании
- В. Приступообразная от всех видов раздражителей
- С. Иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва
- Д. Самопроизвольная в ночное время

9. К ХИРУРГУ-СТОМАТОЛОГУ ОБРАТИЛСЯ БОЛЬНОЙ ДЛЯ САНАЦИИ ПОЛОСТИ РТА. ИЗ АНАМНЕЗА УСТАНОВЛЕНО, ЧТО У БОЛЬНОГО АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ НА ПЕНИЦИЛЛИН И НОВОКАИН. ВРАЧУ СЛЕДУЕТ

- А. Направить на консультацию к аллергологу
- Б. Госпитализировать в стоматологический стационар
- В. Проконсультироваться у терапевта
- Г. Провести кожную пробу

10. ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИМЕНЯЮТ ПРОЕКЦИЮ

- А. Подбородочно-верхнечелюстную
- Б. Прямую
- В. Подбородочно-носовую
- Г. Боковую

11. ОДОНТОГЕННОЙ ПРИЧИНОЙ ДЛЯ РАЗВИТИЯ АБСЦЕССА ПОДЧЕЛЮСТНОГО ПРОСТРАНСТВА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. острый гнойный периодонтит моляров нижней челюсти
- Б. обострение хронического подчелюстного лимфаденита
- В. лимфаденит щечной области
- Г. лимфаденит околоушной области

12. ОПРОС ПАЦИЕНТА НАЧИНАЕТСЯ С ВЫЯСНЕНИЯ

- А. Жалоб
- Б. Анамнеза заболевания
- В. Истории жизни

Г. Перенесенных заболеваний

13. ХАРАКТЕРНЫЙ, «ОБЩИЙ» ПРИЗНАК ФЛЕГМОНЫ

- А. Синдром гнойной интоксикации
- Б. Астено-невротический синдром
- В. Эйфория
- Г. Гиперемия

14. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТЕОМИЕЛИТ В ОСТРОЙ СТАДИИ ОТ ПЕРИОСТИТА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОЗВОЛЯЕТ СИМПТОМ

- А. Венсана
- Б. Пастернацкого
- В. Герке
- Г. Воскресенского

15. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ИСПОЛЬЗУЮТ

- А. Рентгенологический метод
- Б. Перкуссию зуба
- В. Электроодонтодиагностику (ЭОД)
- Г. Пальпацию

16. МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ ПРИНЦИП РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕПАРАТА С УЧЕТОМ

- А. Чувствительности возбудителя
- В. Эпидемиологической устойчивости к препарату
- С. Общего состояния организма
- Д. Принятой схемы назначения

17. ПОТЕРЯ СОЗНАНИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- А. Приступа стенокардии
- Б. Тиреотоксического криза
- В. Обморока
- Г. Инсульта

18. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- А. Хирургическое
- Б. Общеукрепляющая терапия
- В. Консервативное
- Г. Физиотерапевтическое

19. КОМПЛЕКСНЫЙ ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ТУБЕРКУЛЁЗНОЙ ЯЗВОЙ ПОЛОСТИ РТА ПРЕДПОЛАГАЕТ КОНСУЛЬТАЦИЮ И ЛЕЧЕНИЕ У ВРАЧА

- А. Фтизиатра
- Б. Терапевта
- В. Дерматолога
- Г. Эндокринолога

20. ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ЗАЖИВЛЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ ПРЕПАРАТЫ

- А. Антибактериальные
- Б. Противогрибковые
- В. Кератопластические
- Г. Противовирусные

21. ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ РАЗЛИТОЙ ОЧАГ НАЗЫВАЕТСЯ
- А. Абсцессом
 - Б. Флегмоной
 - В. Эрозией
 - Г. Узлом
22. ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОГРАНИЧЕННЫЙ ОЧАГ НАЗЫВАЕТСЯ
- А. Абсцессом
 - Б. Флегмоной
 - В. Эрозией
 - Г. Узлом
23. К КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТ
- А. Боль при накусывании на зуб, отёк десны
 - Б. Боль от температурных раздражителей
 - В. Длительные приступообразные боли с короткими светлыми промежутками
 - Г. Свищ на десне с гнойным отделяемым
24. ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ МКБ-10 ОБОЗНАЧАЕТСЯ
- А. K10.23
 - Б. K02.11
 - В. K04.8
 - Г. K05.4
25. ПРИ ПЕРИОСТИТЕ РАЗРАБОТКА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ПЛАНА ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГОМ- ХИРУРГОМ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ
- А. Вскрытие гнойного очага с установкой дренажа и последующее медикаментозное лечение
 - Б. Ожидание самопроизвольного вскрытия гнойного очага
 - В. Использование исключительно антибиотиков без хирургического лечения
 - Г. Назначение только обезболивающих препаратов и физиотерапии
26. С МОМЕНТА ОПЕРАЦИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ЭКСТРАКЦИЮ ДРЕНАЖЕЙ ИЗ ВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ НА ___ СУТКИ
- А. 5;
 - Б. 10;
 - В. 7;
 - Г. 3.
27. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ДОСТУП К ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОМУ СИНУСУ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ
- А. Переднюю поверхность тела верхней челюсти
 - Б. Альвеолярный отросток
 - В. Бугор верхней челюсти
 - Г. Полость носа
28. РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВСЕМ ПАЦИЕНТАМ С АНАФИЛАКСИЕЙ/ АНАФИЛАКТИЧЕСКИМ ШОКОМ ВВЕДЕНИЕ ЭПИНЕФРИНА ИЗ РАСЧЕТА
- А. 0,01 мг/кг
 - Б. 0,1 мг/кг
 - В. 0,05 мг/кг
 - Г. 0,2 мг/кг

29. ПОЗДНИЙ СЕПСИС РАЗВИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ

- А. 3 недели
- Б. 7 дней
- В. 2 недели
- Г. 3-5 дней

30. СОСТОЯНИЕ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И ВИДИМЫХ СЛИЗИСТЫХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОЦЕНИВАЮТ ПРИ

- А. Осмотре полости рта
- Б. Расспросе
- В. Внешнем осмотре
- Г. Пальпации

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Пациент Е., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.7, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

Вопросы:

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляций гнойной раны в фазе воспаления?
2. Какова продолжительность фазы воспаления?
3. Какие виды антисептиков при местном лечении гнойной раны должны применяться в фазе воспаления?
4. Оцените тактику лечения врача.
5. В чем заключалось хирургическое лечение данного пациента?

2. Пациент Э., 42 года, работающий сантехником, находился на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом фурункул верхней губы справа. На седьмые сутки после завершения курса комплексного лечения, включавшего первичную хирургическую обработку гнойного очага, послеоперационного медикаментозного и физиотерапевтического лечения пациент в удовлетворительном состоянии был выписан под наблюдение стоматолога-хирурга в поликлинике по месту жительства для продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.

Вопросы:

1. В чем заключается хирургическое лечение больных с диагнозом фурункул?
2. В чем заключается консервативное лечение больных с диагнозом фурункул?
3. Обоснуйте выписку пациента под наблюдение стоматолога-хирурга в поликлинике по месту жительства для продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.
4. Дайте пациенту рекомендации по медикаментозному и физиотерапевтическому лечению.
5. Определите продолжительность ВУТ в данной клинической ситуации.

3. В приемный покой к дежурному челюстно-лицевому хирургу обратилась пациентка К., 55 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациентка 3 месяца назад удалила зуб 4.7 и перенесла острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крыловиднонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации околочелюстных мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти справа. В поднижнечелюстной области справа в зоне послеоперационного рубца имеется свищ,

из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,6 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот на 2,5 см. При осмотре полости рта: в лунке зуба 4.7 видно гнойное отделяемое. Зубы 4.8 и 4.6 патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви справа. Причем корень зуба 4.8 расположен в остеомиелитическом очаге, а корни 4.6 — в непосредственной близости от очага деструкции кости. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 4.6, 4.8. На основании приведенных данных пациентке был поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви справа. С начала заболевания прошло 3 месяца.

Вопросы:

1. Какое хирургическое лечение должно быть проведено в указанной клинической ситуации?
2. Укажите доступ, которым следует осуществлять оперативное вмешательство, показанное пациентке. Назовите этапы проведения операции.
3. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования?
4. Назовите тип заживления раны после проведения оперативного вмешательства, показанного пациентке.
5. Определите основные составляющие комплексного послеоперационного лечения пациентки.

Зав. кафедрой хирургической стоматологии
и челюстно-лицевой хирургии,
к.мед.н., доцент



(подпись)

А.А. Музыкаина