

Министерство здравоохранения ДНР
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького
Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

(методические указания для самостоятельной подготовки к практическим
занятиям

для студентов 4 курса стоматологического факультета)

617.52-002.3-089(075.8)

Музычина А.А., Музычина А.В., Хахелева Т.Н.

Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (методические указания для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургической стоматологии для студентов 4 курса стоматологического факультета).

Донецк - 2016.

В методических указаниях для самостоятельной подготовки к практическим занятиям по хирургической стоматологии для студентов 4 курса стоматологического факультета «Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области» для каждой темы определены актуальность и цель занятия, указаны источники литературы, необходимые для формирования базисных знаний и изучения темы, приводятся задания для определения исходного уровня знаний с эталонами ответов и задания для обучения, правильный ответ на которые даёт возможность в полной мере использовать теоретические знания в практической деятельности, формирует профессиональные навыки.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Косарева Л.И. – кандидат медицинских наук, профессор кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ

2. Гонтарь Е.А. - кандидат медицинских наук, доцент кафедры терапевтической стоматологии ДонНМУ им. М.Горького, методист по стоматологическим дисциплинам.

Утверждено Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (протокол № __6__ от __30__.__08___.2016)

ТЕМА №1

ЛИМФАДЕНИТЫ И АДЕНОФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Клиническое течение одонтогенных лимфаденитов весьма разнообразно и зависит от вида воспалительного процесса (острый, хронический, обострившийся хронический) и локализации вовлеченного в воспаление лимфатического узла. Осложнения лимфаденитов в виде аденофлегмон некоторых локализаций могут угрожать жизни больного.

Поэтому своевременно и правильно поставленный диагноз указанных заболеваний позволяет проводить адекватное хирургическое и медикаментозное лечение, а также предупредить развитие тяжелых осложнений общего и местного характера.

Цели обучения.

Общая цель: Знать как выделить основные признаки одонтогенного лимфаденита, аденофлегмоны и составить схему обследования и лечения больных этими заболеваниями.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Определить этиологию и патогенез одонтогенного и неодонтогенного лимфаденита челюстно-лицевой области.	1. Интерпретировать данные топографии лимфатических узлов и связывающих их сосудов в области головы и шеи (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии).
2. Определить клинические признаки острого и хронического лимфаденита челюстно-лицевой области.	2. Интерпретировать признаки острого и хронического воспалительного процесса (кафедра патологической анатомии).
3. Выявить клинические признаки аденофлегмоны челюстно-лицевой области.	3. Интерпретировать признаки течения воспалительного процесса в мягких тканях (кафедра патологической физиологии, кафедра общей хирургии).
4. Составить схему обследования больных с острым и хроническим лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области.	4. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза и оценке общего состояния больного, данные клинико-лабораторных методов исследования

	(кафедра микробиологии, кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра хирургической стоматологии.)
5. Составить схему комплексного (хирургического и медикаментозного) лечения больного с острым и хроническим лимфаденитом и аденофлегмоной челюстно-лицевой области	5. Интерпретировать дозировки и действие лекарственных препаратов, применяемых при лечении воспалительных процессов, ориентироваться в физиотерапевтических методах лечения различных стадий воспалительного процесса (кафедра фармакологии, кафедра физиотерапии).

Источники информации.

1. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими. - К.: Здоров'я, 1999. - С.328-332.
2. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – М.,1995.- С.134 - 151.
3. Анатомия человека / Под ред. С.С. Михайлова. – М., 1973. - С.262-267.
4. Оперативна хірургія і топографічна анатомія/ За ред. М.С.Скрипнікова. - К., 2000.- С.70, 110-111.
5. Фармакологія / За ред. І.С. Чекмана. – К.: Вища школа, 2001.- С.416-434.
6. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.86-92.

Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание 1.

Глубокая группа лимфатических узлов околоушной области состоит из:

1. 1-3 узлов.
2. 3-5 узлов.
3. 12-13 узлов.
4. 7-12 узлов.
5. 6-9 узлов.

Задание 2.

Какими волокнами иннервируются мышечные клетки, которые находятся в капсуле и трабекулах лимфатических узлов?

1. Симпатическими волокнами.

2. Парасимпатическими волокнами.
3. Парасимпатическими и симпатическими волокнами.
4. В зависимости от локализации узла.
5. В зависимости от стадии формирования лимфатической системы.

Задание 3.

Лимфатические узлы, локализующиеся в околоушной железе собирают лимфу от:

1. Верхних и нижних резцов и клыков.
2. Верхних и нижних премоляров.
3. Верхних и нижних моляров.
4. Височной, лобной, теменной, околоушной области.
5. Верхней и нижней губы.

Задание 4.

Для острого неспецифического гнойного воспалительного процесса в мягких тканях характерно:

1. Наличие свищей.
2. Наличие секвестров.
3. Наличие деревянистого инфильтрата с множеством свищей.
4. Высокая температура тела и высокая местная температура.
5. Наличие язв.

Задание 5.

Роль лимфатической системы при гнойных поражениях организма заключается в:

1. Резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировки их в лимфатические узлы.
2. Резорбции бактерий из окружающих тканей и их накоплении.
3. Транспортировке бактерий в артериальное русло.
4. Транспортировке бактерий в венозное русло.
5. Резорбции бактерий из окружающих тканей и транспортировке их в кровяное русло.

Правильные ответы на задания: 1-2, 2-2,3-4,4-5,5-2

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология и патогенез одонтогенных и неодонтогенных лимфаденитов челюстно-лицевой области.

2. Острый одонтогенный лимфаденит: патогенез, клиническая характеристика.

3. Хронический одонтогенный лимфаденит: патогенез, клиническая характеристика.

4. Клиническая характеристика аденофлегмон челюстно-лицевой области.
5. Методы и принципы лечения острых и хронических лимфаденитов, аденофлегмон челюстно-лицевой области.

Освоить эти вопросы Вам поможет соответствующая информация.

Источники информации.

Основная.

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.71-76, 77-81, 93-98, 186-193.
2. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 2000. - С.227-245, 163-173.
3. Лекции кафедры.
4. Граф логической структуры темы.

Дополнительная.

1. Тимофеев А.А. Гнойная хирургия челюстно-лицевой области. – Киев: Червона-Рута-Турс, 1995. - С.236-276.
2. Дунаевский В.А. Хирургическая стоматология. - М., 1978. - С.155-158.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

Больной Н., 34 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: острый одонтогенный лимфаденит подподбородочной области. Какой микроорганизм наиболее часто является возбудителем острых лимфаденитов лица и шеи?

1. Стрептококк.
2. Золотистый стафилококк.
3. Кишечная палочка.
4. Протей.
5. Смешанная микрофлора.

Задание 2.

Больной Л., 43 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на опухолевидное образование в толще левой околоушной железы, которое появилось два дня тому назад после того, как воспалилась кожа вокруг ссадины левой околоушной области, полученной во время бритья. Врач диагностировал псевдопаротит Герценберга. Что это такое?

1. Лимфаденит околоушной слюнной железы.
2. Киста околоушной слюнной железы.
3. Смешанная опухоль околоушной слюнной железы.
4. Паротит неэпидемический.

5. Паротит эпидемический.

Задание 3.

К врачу-стоматологу обратился больной С., 50 лет, житель сельской местности, скотовод с жалобами на конгломерат увеличенных, сросшихся между собой воспалительным инфильтратом лимфатических узлов в области средней яремной цепи слева. Врач предположил специфический лимфаденит. Чем он вызван?

1. Синегнойной палочкой.
2. Стрептококками.
3. Стафилококками.
4. Микобактериями туберкулеза.
5. Смешанной микрофлорой.

Задание 4.

Больной Н., 36 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: хронический лимфаденит левой подчелюстной области. Чем характеризуются патологоанатомические изменения в лимфатических узлах при затяжном хроническом лимфадените?

1. Серозной инфильтрацией лимфатических узлов.
2. Гнойной инфильтрацией лимфатических узлов с серозной инфильтрацией окружающих тканей.
3. Разрастанием соединительной ткани.
4. Разрастанием фиброзной ткани, уплощением капсулы узла.
5. Гиперплазией лимфатических элементов.

Задание 5.

Больной Н., 46 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с подозрением на острый лимфаденит левой околоушной слюнной железы. С целью проведения дифференциальной диагностики и уточнения диагноза выполнено контрастное рентгенологическое исследование (сиалография) левой околоушной слюнной железы. Укажите рентгенологическую картину, характерную для лимфогенного паротита.

1. Резкое расширение всех протоков околоушной железы.
2. Резкое сужение всех протоков околоушной железы.
3. Скопление контрастного вещества по типу «виноградной грозди».
4. Скопление контрастного вещества по типу «чернильного пятна».
5. Резкое сужение крупных протоков околоушной железы.

Задание 6.

Больной Д., 36 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с предварительным диагнозом: хронический лимфаденит подподбородочной

области. Выберите наиболее значимый метод диагностики, позволяющий дифференцировать хронический лимфаденит от кист различной этиологии.

1. Сиалография.
2. Пункция.
3. Термография.
4. Электроодонтодиагностика.
5. УЗИ.

Задание 7.

Больной О., 28 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в правом поднижнечелюстном треугольнике, слабость, высокую (38,5°C) температуру тела, асимметрию лица. Неделю тому назад заболел разрушенный 46 зуб, прикосновение к зубу стало резко болезненным. Четыре дня тому назад в правом поднижнечелюстном треугольнике появился "шарик", который вначале был слегка болезненным при ощупывании и подвижным, а затем боль в этой области стала нарастать. "Шарик" стал при ощупывании терять свои ориентиры, перестал быть подвижным. Накануне вечером на этом месте образовалось уплотнение тканей, контуры "шарика" исчезли. Сегодня боль усилилась, повысилась температура общая и местная, появилось покраснение кожи. Выберите наиболее вероятный диагноз.

1. Одонтогенный острый серозный лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
2. Одонтогенный острый гнойный лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
3. Одонтогенный хронический лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
4. Аденофлегмона правого поднижнечелюстного треугольника.
5. Специфический лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.

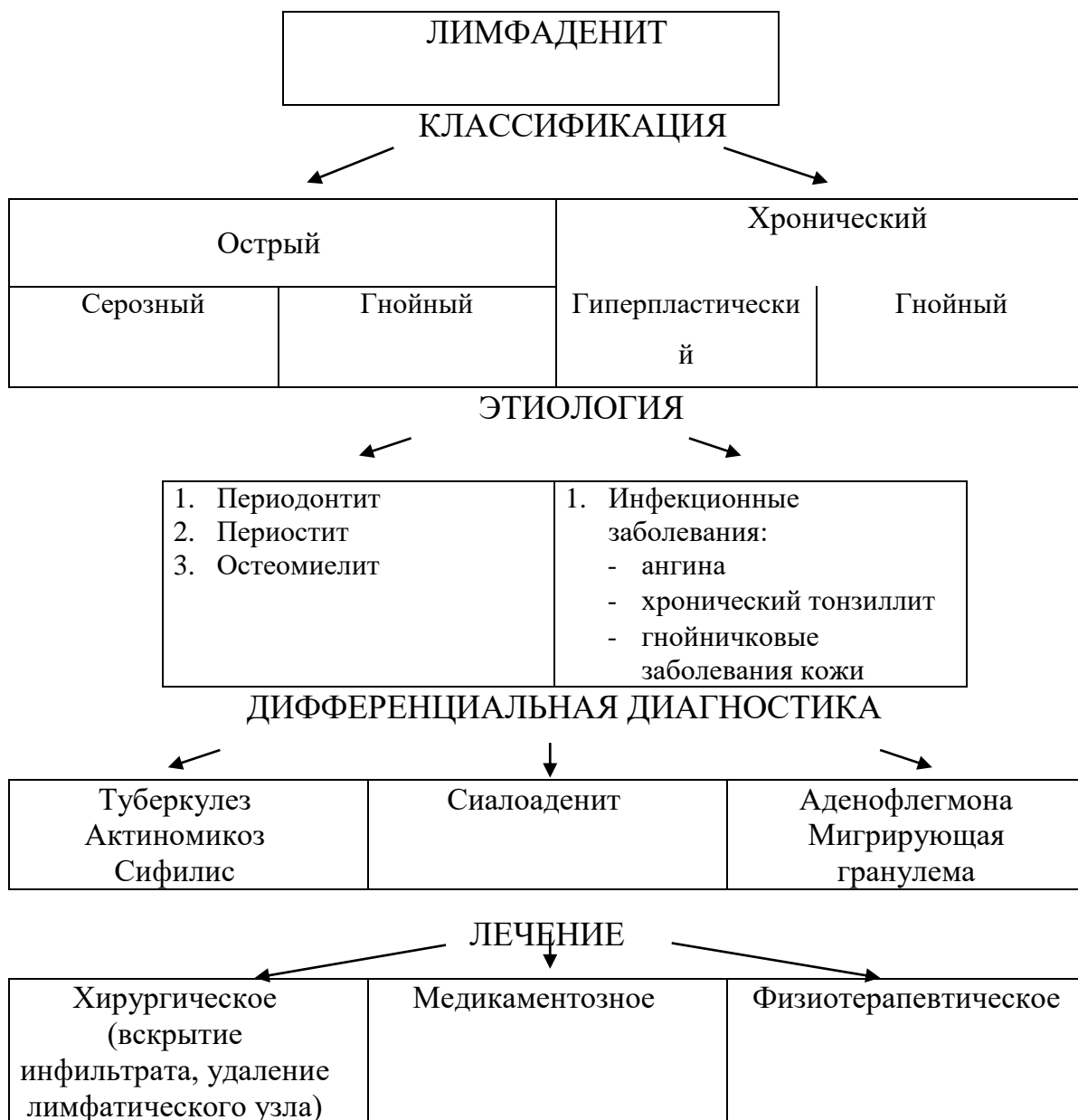
Задание 8.

Больной Р., 67 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: одонтогенный острый серозный лимфаденит левой подчелюстной области. При назначении общего противовоспалительного лечения больным пожилого возраста с острым серозным лимфаденитом необходимо помнить, что:

1. Уровень концентрации антибиотиков у них в крови ниже, чем у молодых.
2. Уровень концентрации антибиотиков у них в крови выше, чем у молодых.
3. Уровень концентрации антибиотиков не зависит от возраста.
4. Уровень концентрации антибиотиков зависит только от стадии болезни.
5. Уровень концентрации антибиотиков зависит только от пути его введения.

Правильные ответы на задания: 1-2, 2-3, 3-5, 4-2, 5-4, 6-4,7-4, 8-2.

**ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ
ОДОНТОГЕННЫЙ ЛИМФАДЕНИТ, АДЕНОФЛЕГМОНА:
ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**



Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

ТЕМА №2

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ, ПРИЛЕЖАЩИХ К ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Знание клиники флегмон клетчаточных пространств, прилежащих к верхней челюсти необходимо для дифференциальной диагностики периоститов, остеомиелитов, флебита лица. В процессе занятия необходимо обратить внимание студентов на такие осложнения как: сепсис, тромбофлебит лицевых вен, тромбоз пещеристого синуса, внутричерепные осложнения.

Цели обучения.

Общая цель: Знать как распознать клинические признаки, обосновать и составить план диагностического обследования и лечения больных с флегмонами клетчаточных пространств, прилежащих к верхней челюсти, предупредить их осложнения.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Выделить и интерпретировать основные этиологические факторы развития абсцессов и флегмон лица и шеи.	1. Интерпретировать анатомо-топографические данные клетчаточных пространств в области верхней челюсти, интерпретировать механизм развития острого воспалительного процесса в мягких тканях (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, кафедра патологической физиологии, кафедра патологической анатомии).
2. Распознать основные клинические симптомы абсцессов и флегмон, прилежащих к верхней челюсти.	2. Интерпретировать данные анамнеза, жалоб, местного и общего статуса больных с воспалительными процессами мягких тканей (кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Составить и обосновать план обследования больных с абсцессами и флегмонами в	3. Интерпретировать данные клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования при острых

<p>области верхней челюсти, использовать классификацию флегмон для постановки диагноза.</p>	<p>воспалительных процессах (кафедра рентгенологии, кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии, кафедра микробиологии).</p>
<p>4. Составить и обосновать план хирургического лечения больных с флегмонами в области верхней челюсти, ориентироваться в хирургических доступах, используемых при вскрытии флегмон данной локализации, составить и обосновать план общего лечения с учетом тяжести состояния больного.</p>	<p>4. Интерпретировать фармакологические характеристики препаратов, используемых для лечения гнойных процессов (кафедра фармакологии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).</p>

Источники информации.

1. Анатомія людини / За ред. І.І. Бобрика. - К., 2000. - С.33-37.
2. Патологія / Под ред. П.Ф. Литвицкого. - М., 1995. - С.121-134.
3. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. - М., 1995. - С.648-650.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. - Київ: Здоров'я, 1998. - С.9-67.
5. Медицинская микробиология / Под ред. В.И. Покровского - М., 2001. - С.20-36.
6. Оперативна хірургія і топографічна анатомія/ За ред. М.С.Скрипнікова. - К., 2000.- С.
7. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области / Под ред. Н.А. Рабухиной, Н.М. Чупрыниной. – М.,1991.- С.172-187.
8. Пропедевтика хирургической стоматологии / Под ред. И.Н. Матросы-Таранца. - Донецк, 2000. - С.37-56.

Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание 1.

Укажите анатомические границы подглазничного клетчаточного пространства.

1. Сверху - нижний край глазницы, внутри - боковая стенка носа, снизу - альвеолярный отросток верхней челюсти, снаружи - скуло-челюстной шов.

2. Сверху - нижний край орбиты, снаружи - скуло-челюстной шов, снизу - передневерхний отдел щечной области, сзади - скуло-височный шов.
3. Сверху - нижний край глазницы, изнутри - боковая стенка носа, снизу - альвеолярный отросток верхней челюсти, снаружи – передний край жевательной мышцы.
4. Сверху - нижний край глазницы, изнутри - боковая стенка носа, снизу - передний отдел щечной области, снаружи – внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.
5. Сверху - нижний край глазницы, изнутри - боковая стенка носа, снизу - альвеолярный отросток верхней челюсти, снаружи – скуловая дуга.

Задание 2.

Назовите анатомические границы щечной области.

1. Сверху - нижний край скуловой кости; спереди - линия, соединяющая скуло-челюстной шов с углом рта; снизу - нижний край нижней челюсти; сзади - передний край жевательной мышцы.
2. Сверху - нижнеглазничный край; спереди - линия, соединяющая скуло-челюстной шов с углом рта; снизу - нижний край нижней челюсти; сзади - передний край жевательной мышцы.
3. Сверху - нижний край скуловой кости; спереди - преддверие полости рта; снизу - нижний край нижней челюсти; сзади – передний край жевательной мышцы.
4. Сверху - нижний край скуловой кости; спереди - преддверие полости рта; снизу - нижний край нижней челюсти; сзади – ветвь нижней челюсти.
5. Сверху - нижний край скуловой кости; спереди - преддверие полости рта; снизу альвеолярный отросток нижней челюсти; сзади - ветвь нижней челюсти.

Задание 3.

Имеется ли взаимосвязь возникновения и особенностей клинического течения острых одонтогенных воспалительных процессов с микробной сенсibilизацией больного?

1. Нет, не имеется.
2. Имеется, но в редких случаях.
3. Имеется только у пожилых больных.
4. Да, имеется.
5. Имеется только у ослабленных больных.

Задание 4.

Какой процент палочкоядерных нейтрофилов от общего числа лейкоцитов в крови здоровых людей?

1. 1-2%.
2. 2-5%
3. 5-18%
4. 10-20%
5. 25-30%

Задание 5.

Признаком благоприятного течения раневого процесса при цитологическом исследовании является:

1. Появление эозинофилов.
2. Появление нейтрофилов.
3. Появление лейкоцитов.
4. Появление моноцитов.
5. Появление плазматических клеток.

Задание 6.

При дезинтоксикационной терапии при гнойных воспалительных заболеваниях вводят:

1. Вначале растворы, содержащие поливинилпирролидон, а затем глюкозу.
2. Вначале растворы, содержащие поливинилпирролидон, а затем растворы, содержащие декстран.
3. Вначале растворы, содержащие декстран, а затем растворы, содержащие поливинилпирролидон.
4. Вначале растворы, содержащие декстран, а затем глюкозу.
5. Нет разницы в последовательности введения растворов.

Задание 7.

Выберите из перечисленных ниже препарат с высокой активностью по отношению к бактероидам.

1. Пенициллин.
2. Канамицин.
3. Метронидазол.
4. Олететрин.
5. Нистатин.

Правильные ответы на задания: 1-1, 2-3,3-5,4-1,5-3, 6-3.

Если обучающийся обнаружил, что он не готов к решению одного или нескольких заданий, он должен пополнить свой исходный уровень знаний по соответствующим источникам информации.

После проверки исходного уровня знаний можно приступить к углубленному изучению данной темы.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология абсцессов и флегмон клетчаточных пространств, прилежащих к верхней челюсти.
2. Классификация абсцессов и флегмон клетчаточных пространств в области верхней челюсти.
3. Абсцессы и флегмоны поверхностных клетчаточных пространств, прилежащих к верхней челюсти: клиника, методы диагностики, принципы хирургического лечения.
4. Абсцессы и флегмоны глубоких клетчаточных пространств, прилежащих к верхней челюсти: клиника, методы диагностики, принципы хирургического лечения.
5. Принципы медикаментозной терапии острых гнойных воспалительных процессов. Профилактика общих и местных осложнений при флегмонах клетчаточных пространств в области верхней челюсти.

Освоить эти вопросы Вам поможет соответствующая информация.

Источники информации

Основная.

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.122-152.
2. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 1990. - С.207-249.
3. Лекции кафедры.
4. Граф логической структуры темы.

Дополнительная.

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.1. - Киев: Червона Рута-Турс, 2012. - С.293-312.
2. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1985.- С.127-340.
3. Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция. - М.,1978. - С.5-178.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. - Л.: Медицина, 1982. - С.73-100.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

Больной К., 30 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на асимметрию лица, боль в области правой щеки, повышенную температуру тела до 38°C. При осмотре больного врач выявил разлитой, резко болезненный инфильтрат в области правой щеки с признаками флюктуации, кожа над инфильтратом гиперемирована, в складку не берется. В полости рта обнаружен разрушенный 16 зуб, перкуссия которого резко болезненная. На рентгенограмме 16 зуба определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушек щечных корней с нечеткими контурами, размером до 0,7 см. На основании жалоб, объективного осмотра и данных дополнительного метода обследования выставлен диагноз: флегмона щеки справа. Какова этиология этой флегмоны?

1. Одонтогенная.
2. Стоматогенная.
3. Остеогенная.
4. Аденогенная.
5. Риногенная.

Задание 2.

Больному Н., 30 лет, вскрыта одонтогенная флегмона щеки справа. Взят мазок отделяемого из раны, отправлен на бактериологическое исследование. Какие группы микробной флоры, вероятнее всего, будут выделены в данном случае?

1. Монокультуры аэробных грамм-положительных микроорганизмов.
2. Аэробные грамм-отрицательные микроорганизмы.
3. Анаэробные грамм-отрицательные микроорганизмы.
4. Анаэробные грамм-положительные микроорганизмы.
5. Смешанная микрофлора.

Задание 3.

Больной Б., 40 лет, обратился в клинику челюстно-лицевой хирургии по поводу острого гнойно-воспалительного процесса в правой подглазничной области. После осмотра и обследования выставлен диагноз: одонтогенная флегмона подглазничной области справа. Каковы основные симптомы флегмон данной локализации?

1. Инфильтрат в подглазничной области, слаженность носогубной складки, приподнятость крыла носа, отек нижнего и верхнего века, кожа гиперемирована, в складку не берется, отсутствие выбухания слизистой оболочки по переходной складке.
2. Ограниченный, резко болезненный инфильтрат в подглазничной области, отсутствие выбухания слизистой оболочки по переходной складке.

3. Разлитой инфильтрат в подглазничной области, кожа гиперемирована, не берется в складку, выбухание слизистой оболочки по переходной складке.
4. Разлитой инфильтрат в подглазничной области, кожа гиперемирована, берется в складку, выбухание слизистой оболочки по переходной складке, ограниченное открывание рта.
5. Инфильтрат в подглазничной области, сглаженность носогубной складки, отек нижнего и верхнего века, кожа гиперемирована, в складку не берется, отсутствие выбухания слизистой оболочки по переходной складке, резкое ограничение открывания рта.

Задание 4.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемное отделение клиники челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии. После осмотра и обследования больного выставлен диагноз: одонтогенная флегмона височной области и подвисочной ямки справа. После вскрытия флегмоны отделяемое из очага воспаления было отправлено на бактериологическое исследование. Назначьте наиболее рациональную комбинацию медикаментозных средств при лечении гнойно-воспалительных процессов.

1. Антибактериальные вещества с учетом индивидуальной переносимости и с учетом антибиотикограммы, противовоспалительные препараты, дезинтоксикационные препараты, иммуностимулирующие вещества, витамины, диуретики.
2. Антибактериальные вещества, противогнилостные препараты, дезинтоксикационные препараты, иммуностимулирующие вещества, витамины, диуретики.
3. Антибактериальные средства, дезинтоксикационные препараты, иммуностимулирующие средства, витамины, диуретики.
4. Антибактериальные средства с учетом индивидуальной переносимости и с учетом антибиотикограммы, противогнилостные вещества, иммуностимулирующие вещества, витамины, диуретики.
5. Антибактериальные вещества, противогнилостные препараты, витамины, иммуностимулирующие препараты.

Задание 5.

Больной В., 65 лет, доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии с флегмоной нескольких клетчаточных пространств в области верхней челюсти слева. Врач принял решение о проведении больному предоперационной медикаментозной терапии. Необходима ли

предоперационная медикаментозная терапия при острых гнойно-воспалительных процессах, и, если необходима, то какая?

1. Необходима.
2. Нет необходимости.
3. Необходима: антибиотики с учетом индивидуальной переносимости и с учетом антибиотикограммы, противогнилостные препараты.
4. Необходима, с учетом показателей гемодинамики: вещества нормализующие кровяное давление; дезинтоксикационная терапия, противогнилостные препараты, диуретики.
5. Необходима, с учетом показателей гемодинамики: вещества нормализующие кровяное давление, дыхательные анальгетики.

Задание 6.

В приемном покое больному Б., 40 лет, была вскрыта флегмона правой щеки. В послеоперационном периоде возникло такое осложнение, как паралич веточек лицевого нерва справа. Какая ошибка была допущена врачом при вскрытии флегмоны?

1. Неправильный выбор подхода при вскрытии флегмоны.
2. Недостаточная длина разреза.
3. Глубокий разрез.
4. Разрыв мягких тканей.
5. Направление разреза выбрано без учета топографии лицевого нерва.

Правильные ответы на задания: 1-1,2-3,3-5,4-3,5-2,6-5.

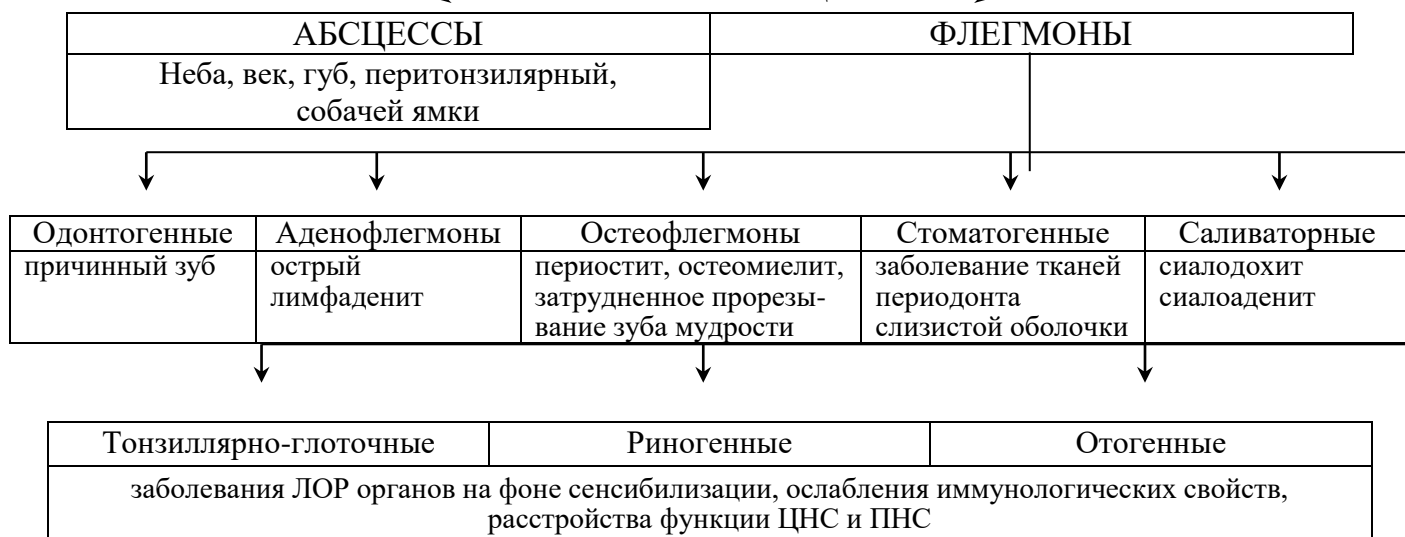
Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ, ПРИЛЕЖАЩИХ К ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

← КЛАССИФИКАЦИЯ →



← КЛИНИКА →

ОЧАГ ВОСПАЛЕНИЯ	В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ
<ul style="list-style-type: none"> - Самопроизвольная боль - Гиперемия - Инфильтрат - Воспалительная контрактура - Нарушение функции жевания, речи 	<ul style="list-style-type: none"> - Слабость, потливость, озноб - Повышение температуры - Лейкоцитоз, ускорение СОЭ - Повышение свертываемости крови - Изменения со стороны ССС, печени, почек, кишечника

← ОСЛОЖНЕНИЯ →

<ul style="list-style-type: none"> - Сепсис - Флебит и тромбофлебит вен лица, глазницы 	<ul style="list-style-type: none"> - Энцефалит, - Менингит, - Тромбоз кавернозного синуса
--	--

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

ОСНОВАНА НА:

1. Локализации инфильтрата.
2. Расстройстве функции дыхания, жевания, зрения.
3. Степени гиперемии кожи, слизистой.

← ЛЕЧЕНИЕ →

Хирургическое	Консервативное
<ul style="list-style-type: none"> - Удаление причинного зуба - Вскрытие флегмоны, абсцесса - Активное дренирование ран 	<ul style="list-style-type: none"> - Антибактериальное - Десенсибилизирующее - Дезинтоксикационное, общеукрепляющее - Физиотерапевтическое, ЛФК

ПРОФИЛАКТИКА

Ранняя обращаемость, своевременная диагностика, рациональное лечение, соблюдение сан.-гиг. мероприятий, санация полости рта, сан.-просвет. работа среди населения.

ТЕМА №3

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ КЛЕТЧАТОЧНЫХ ПРОСТРАНСТВ, ПРИЛЕЖАЩИХ К НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, КОРНЯ ЯЗЫКА, ДНА ПОЛОСТИ РТА: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Знание клиники флегмон клеточных пространств, прилежащих к нижней челюсти, корня языка, дна полости рта, необходимо для дифференциальной диагностики периоститов, остеомиелитов, флебита лица. В процессе занятия необходимо обратить внимание студентов на грозные осложнения: сепсис, флегмоны шеи, медиастинит.

Цели обучения.

Общая цель. Знать как распознавать клинические признаки, обосновать и составить план диагностического обследования и лечения больных с флегмонами в области нижней челюсти, предупреждать их осложнения.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Распознать общие и местные проявления флегмон в области нижней челюсти с учетом локализации гнойного процесса.	1. Интерпретировать анатомо-топографические данные клетчаточных пространств в области нижней челюсти (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии).
2. Составить и обосновать план обследования больных с флегмонами в области нижней челюсти, корня языка, дна полости рта	2. Интерпретировать данные жалоб, анамнеза, местного и общего статуса больного с заболеваниями воспалительного генеза (кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Провести дифференциальную диагностику флегмон нижней челюсти, корня языка, дна полости рта по локализации с учетом классификации.	3. Интерпретировать механизм развития острого воспалительного процесса в мягких тканях (кафедра патологической физиологии, кафедра патологической анатомии).
4. Составить и обосновать план местного лечения больных с флегмонами в области нижней	4. Интерпретировать данные клинко-лабораторных и рентгенологических методов исследования (кафедра

челюсти, корня языка, дна полости рта, ориентироваться в хирургических доступах при вскрытии флегмон этой локализации.	пропедевтики внутренних болезней, кафедра общей хирургии, кафедра рентгенологии, кафедра микробиологии, кафедра хирургической стоматологии).
5. Составить и обосновать план общего лечения и профилактики осложнений у больных с флегмонами в области нижней челюсти, корня языка, дна полости рта.	5. Интерпретировать фармакологические характеристики препаратов используемых для лечения гнойных процессов (кафедра фармакологии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии)

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Источники информации.**

1. Анатомія людини / За ред. І.І. Бобрика. - К., 2000. - С.33-37.
2. Патолофізіологія / Под ред. П.Ф. Литвицкого. - М., 1995. - С.121-123.
3. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – М., 1995. - С.134-152, 648-650.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. - Київ: Здоров'я, 1998. - С.9-67.
5. Медицинская микробиология / Под ред. В.И. Покровского - М., 2001. - С.20-36.
6. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реанімації та догляду за хворими. - К.: Здоров'я, 1999. - С.291-316, 316-323, 346-404.
7. Оперативна хірургія і топографічна анатомія/ За ред. М.С.Скрипнікова. - К., 2000.- С.65-144, 155-208, 209-222.
8. Пропедевтика хирургической стоматологии / Под ред. И.Н. Матросы-Таранца. - Донецк, 2000. - С.37-57.
9. Рентгенодиагностика заболеваний челюстно-лицевой области / Под ред. Н.А. Рабухиной, Н.М. Чупрыниной. – М., 1991.- С.172-187.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание 1.

Какие анатомические образования ограничивают клетчаточное пространство поднижнечелюстного треугольника?

1. Снаружи - внутренняя поверхность тела нижней челюсти.
2. Спереди и сзади - переднее и заднее брюшко двубрюшной мышцы.
3. Сверху - глубокий листок собственной фасции шеи.
4. Снизу - поверхностный листок собственной фасции шеи.

5. Все выше перечисленные.

Задание 2.

Что такое пиогенная мембрана?

1. Средний слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей.
2. Наружный слой гнойника, отграничивающий его от мягких тканей.
3. Внутренний слой гнойника, ограничивающий гнойно-некротический процесс и продуцирующий экссудат.
4. Внутренний слой гнойника, ограничивающий гнойно-некротический процесс и не продуцирующий экссудат.
5. Средний слой гнойника, отграничивающий его от кости.

Задание 3.

Какие мышцы разделяют окологлоточное пространство на переднее и заднее?

1. Шилоязычная и заднее брюшко двубрюшной мышцы.
2. Шилоглоточная и шилоязычная мышцы.
3. Шилоподъязычная и шилоглоточная мышцы.
4. Шилоязычная и шилоподъязычная мышцы.
5. Шилоглоточная, шилоподъязычная и шилоязычная мышца.

Задание 4.

Какая форма воспаления преобладает при флегмонозных процессах в мягких тканях?

1. Экссудативно-серозная.
2. Экссудативно-фибринозная.
3. Экссудативно-геморрагическая.
4. Экссудативно-гнилостная.
5. Экссудативно-гнойная.

Задание 5.

Какой препарат обладает высокой активностью действия против неспорогенных анаэробов?

1. Олеандомицин.
2. Линкомицин.
3. Метронидазол.
4. Канамицин.
5. Пенициллин.
- 6.

Задание 6.

Какие мышцы лежат в основе диафрагмы дна полости рта?

1. Подъязычно-язычные мышцы.
2. Челюстно-подъязычные мышцы.
3. Подбородочно-подъязычные мышцы.

4. Двубрюшные мышцы.
5. Подбородочно-язычные мышцы

Задание 7.

Каким путем могла распространиться инфекция от 44 зуба к корню языка?

1. Через клетчатку крыловидно-челюстного пространства.
2. Через клетчатку подчелюстного треугольника.
3. Через клетчатку челюстно-язычного желобка или подъязычной области.
4. Через клетчатку подподбородочного треугольника.
5. Через клетчатку окологлоточного пространства.

Правильные ответы на задания: 1-5;2-3,3-4,4-5,5-1,6-4,7-2

Если обучающийся обнаружил, что он не готов к решению одного или нескольких заданий, он должен пополнить свой исходный уровень знаний по соответствующим источникам информации. После проверки исходного уровня знаний можно приступить к углубленному изучению темы.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология и патогенез абсцессов и флегмон, прилежащих к нижней челюсти, корня языка, дна полости рта.
2. Общие и местные признаки флегмон, прилежащих к нижней челюсти (подбородочной области, поднижнечелюстного треугольника, щечной области, субмассетериального пространства, крыловидно-челюстного пространства, окологлоточного пространства), корня языка, дна полости рта.
3. Принципы и методы обследования больных с флегмонами в области нижней челюсти, корня языка, дна полости рта.
4. Хирургические методы лечения флегмон нижней челюсти, корня языка, дна полости рта.
5. Принципы медикаментозной терапии при флегмонах, прилежащих к нижней челюсти, корня языка, дна полости рта, профилактика общих и местных осложнений.

Освоить эти вопросы Вам поможет соответствующая информация.

Источники информации.

Основная

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.122-152.
2. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 1990. - С.207-249.
3. Лекции кафедры.
4. Граф логической структуры темы.

Дополнительная

1. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.1. - Киев: Червона Рута-Турс, 2012. - С.293-312.
2. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. - М.: Медицина, 1985.- С.127-340.
3. Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция. - М., 1978. - С.5-178.
4. Муковозов И.Н. Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области. - Л.: Медицина, 1982. - С.73-100.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

Основным источником одонтогенного инфицирования при флегмоне щеки являются:

1. Резцы, клыки и премоляры верхней челюсти.
2. Премоляры и моляры верхней и нижней челюстей.
3. Резцы, клыки и премоляры нижней челюсти.
4. Моляры верхней челюсти.
5. Моляры нижней челюсти.

Задание 2.

Больной Г., 28 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на боли и припухлость в поднижнечелюстной области слева. При осмотре: в поднижнечелюстном треугольнике слева определяется разлитой болезненный инфильтрат, открывание рта до 4,0 см между центральными зубами, коронка 36 зуба разрушена на 2/3, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка вокруг зуба отечна, гиперемирована, 35 и 37 зубы поражены кариесом, 38 зуб полуретинированный, капюшон над дистальными буграми не воспален. На рентгенограмме определяется расширение периодонтальной щели у 36 зуба. Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного треугольника слева. Какова причина этой флегмоны?

1. Наличие пораженного кариесом 35 зуба.
2. Наличие пораженного кариесом 37 зуба.
3. Наличие полуретинированного 38 зуба.
4. Наличие капюшона над 38 зубом.
5. Наличие воспалительного процесса в области 36 зуба.

Задание 3.

Больной Н., 45 лет, доставлен в клинический покой с жалобами на боли и припухлость в подподбородочной области. При осмотре: в подподбородочной области имеется плотный, разлитой, болезненный инфильтрат доходящий до подъязычной кости. Кожа над ним гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывает до 4,5 см между центральными зубами. Коронка 32 зуба разрушена на 2/3, перкуссия резко болезненна, а 33 и 31 зубы поражены кариесом, 36 и 37 зубы под пломбами. Слизистая оболочка в области подъязычных и язычных желобков не изменена. Рентгенологически - расширение периодонтальной щели в области 32 зуба. Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона подподбородочной области. Какие клинические факторы подтверждают этот диагноз?

1. Наличие кариеса 33 и 31 зубов.
2. Наличие пломбированных 36 и 37 зубов.
3. Наличие инфильтрата в подподбородочной области.
4. Наличие периодонтита в 32 зубе.
5. Наличие инфильтрата и периодонтита в 32 зубе.

Задание 4.

Больной З., 48 лет, доставлен в приемный покой с температурой 39°C. Заболевание началось с болей в разрушенном 47 зубе, затем закрылся рот, появилось болезненное глотание и осиплость голоса. При осмотре определяется незначительная припухлость в области угла нижней челюсти справа. При глубокой пальпации к внутренней поверхности угла челюсти резкая болезненность и инфильтрация тканей. Рот открывает до 1,0 см между центральными зубами. 47 зуб – коронка разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка вокруг зуба, в области мягкого неба, по крыловидно-челюстной складке и боковой стенке глотки справа, которая выступает влево, гиперемирована, отечна, болезненна, язычок мягкого неба смещен влево. Поставьте диагноз на основании перечисленных клинических данных?

1. Одонтогенная поверхностная флегмона крыловидно-челюстного пространства с легким течением.
2. Одонтогенная глубокая флегмона окологлоточного пространства со средней степенью тяжести течения.
3. Неодонтогенная поверхностная флегмона крыловидно-челюстного пространства с легким течением.
4. Одонтогенная поверхностная флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств с легким течением.
5. Одонтогенная глубокая флегмона крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств со средней тяжестью течения.

Задание 5.

Больной Ю., 49 лет, доставлен в клинику стоматологии с жалобами на повышение температуры тела до 39°C, пульсирующие боли в области левой щеки. Заболевание началось с болей в разрушенном 36 зубе. Объективно: асимметрия лица за счет наличия плотного болезненного инфильтрата в левой щечной области. Слизистая оболочка левой щеки также инфильтрирована, с переходом на переходную складку на уровне 35 и 37 зубов. Коронка 36 зуба разрушена на 2/3. Перкуссия болезненна. При пункции инфильтрата левой щеки получен гной. Рентгенологически - расширение периодонтальной щели 36 зуба. Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона щечной области слева. Каковы принципы хирургического лечения флегмоны у данного больного?

1. Удаление 36 зуба.
2. Вскрытие инфильтрата наружным доступом на всем его протяжении с учетом расположения ветвей лицевого нерва.
3. Вскрытие инфильтрата внутриротовым доступом на всем его протяжении по линии смыкания зубов.
4. Удаление 36 зуба и вскрытие инфильтрата наружным доступом.
5. Удаление 36 зуба, вскрытие инфильтрата наружным и внутриротовым доступом на всем его протяжении.

Задание 6.

Больной Д., 55 лет, доставлен в клинику стоматологии с жалобами на общую слабость, повышение температуры тела до 40°C, припухлость в области нижней челюсти слева. В течение семи дней болел 37 зуб. Объективно: асимметрия лица за счет припухлости в области нижней челюсти слева, в области жевательной мышцы болезненный инфильтрат. При пальпации внутренней поверхности угла нижней челюсти резкая болезненность. Рот открывает до 0,5-0,7 см между центральными зубами. Коронка 37 зуба разрушена на 2/3, перкуссия болезненна. Слизистая оболочка альвеолярного отростка, переходной складки, крыловидно-челюстной складки и мягкого неба гиперемирована, отечна, язычок смещен вправо. Боковая стенка глотки выступает вправо, а слизистая ее гиперемирована, отечна. Диагностирована одонтогенная флегмона субмассетериального, крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств слева. Каким доступом (через какой разрез) можно адекватно вскрыть все три указанных пространства?

1. Внутриротовым - разрез по крыловидно-челюстной складке.
2. Наружным - горизонтальный разрез в подбородочной области.
3. Наружным - разрез параллельно заднему краю ветви челюсти.
4. Внутриротовым - разрез по переходной складке.
5. Наружным - разрез в поднижнечелюстном треугольнике, окаймляя угол челюсти, отступя от края кости на 2,0 см.

Задание 7.

Больной С., 52 года, доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. После обследования врач выставил диагноз: одонтогенная флегмона поднижнечелюстного треугольника, крыловидно-челюстного и окологлоточного пространств слева. Больному произведено вскрытие флегмоны. Назначьте адекватную медикаментозную терапию.

1. Антибактериальная терапия, с учетом чувствительности микрофлоры, и противогрибковые препараты (нистатин, леворин).
2. Дезинтоксикационная терапия (гемодез, неогемодез, бикарбонат натрия, полиглюкин, глюкоза) с форсированным диурезом.
3. Десенсибилизирующие (димедрол, хлористый кальций, преднизолон) и общеукрепляющие препараты (витамины, настойка китайского лимонника).
4. Иммунотерапия (антистафилококковый анатоксин, бактериофаг, иммунофан) с неспецифическими стимуляторами (продигиозан, метилурацил).
5. Все выше перечисленное.

Задание 8.

Больной С., 49 лет, доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. После обследования врач диагностировал одонтогенную флегмону щеки. Врач вскрыл флегмону наружным доступом - вертикальным разрезом длиной до 1 см через все ткани до слизистой оболочки щеки. В послеоперационном периоде возникло осложнение - паралич веточек лицевого нерва. Какая основная ошибка врача привела к такому осложнению?

1. Неправильный выбор доступа для вскрытия флегмоны.
2. Недостаточная длина разреза.
3. Большая глубина разреза.
4. Недостаточная длина и большая глубина разреза.
5. Неправильное направление разреза.

Задание 9.

После проведенного обследования больному Н., 46 лет, выставлен диагноз: Флегмона корня языка. Больной госпитализирован в челюстно-лицевое отделение. Какой оперативный доступ является оптимальным для вскрытия флегмоны корня языка?

1. Внутриротовой доступ.
2. Воротникообразный разрез в подподбородочном и подчелюстных треугольниках.
3. Вертикальный разрез по средней линии шеи.
4. Разрез в поднижнечелюстном треугольнике.

5. Разрез, окаймляющий угол нижней челюсти.

Задание 10.

Больная Р., 58 лет, госпитализирована в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: Одонтогенная флегмона дна полости рта. В экстренном порядке произведена операция – вскрытие флегмоны. Выберите оптимальный объем комплексной медикаментозной терапии.

1. Антибактериальная, дезинтоксикационная терапия, симптоматическое лечение.
2. Антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, витаминотерапия.
3. Дезинтоксикационная терапия, витаминотерапия, симптоматическое лечение.
4. Антибактериальная, общеукрепляющая терапия, витаминотерапия, симптоматическое лечение.
5. Антибактериальная, дезинтоксикационная, общеукрепляющая терапия, витаминотерапия, симптоматическое лечение.

Правильные ответы на задания: 1-2,2-5,3-4,4-5,5-2,6-4,7-1,8-5,9-1,10-3

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ПРОСТРАНСТВ, ПРИЛЕЖАЩИХ К НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

КЛАССИФИКАЦИЯ

АБСЦЕССЫ

ОСТЕОФЛЕГМОНЫ

АДЕНОФЛЕГМОНЫ

<ol style="list-style-type: none"> 1. Челюстно-язычного желобка 2. Поднижнечелюстной 3. Подподбородочной 4. Околоушной 5. Щечной 6. Зачелюстной области 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поджевательной 2. Крыловидно-челюстной 3. Поднижнечелюстной 4. Подподбородочной 5. Щечной 6. Позадичелюстной области 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поднижнечелюстной 2. Подподбородочной 3. Щечной 4. Околоушной 5. Позадичелюстной области
---	--	---

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Одонтогенные	Неодонтогенные
<ol style="list-style-type: none"> 1. Периодонтиты 2. Периоститы 3. Остеомиелиты 4. Нагноившиеся кисты 5. Затрудненное прорезывание зубов мудрости 6. Парадонтиты 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Отогенные 2. Мукостоматогенные 3. Дерматогенные 4. Саливаторные 5. Травматические 6. Постинъекционные

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Клиническое обследование	Лабораторное обследование
<ol style="list-style-type: none"> 1. Жалобы 2. Анамнез заболевания 3. Осмотр 4. Пальпация 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Биохимическое, клиническое, бактериологическое исследование крови, мочи, гноя 2. Рентгенография 3. УЗИ 4. Пункция 5. Биопсия

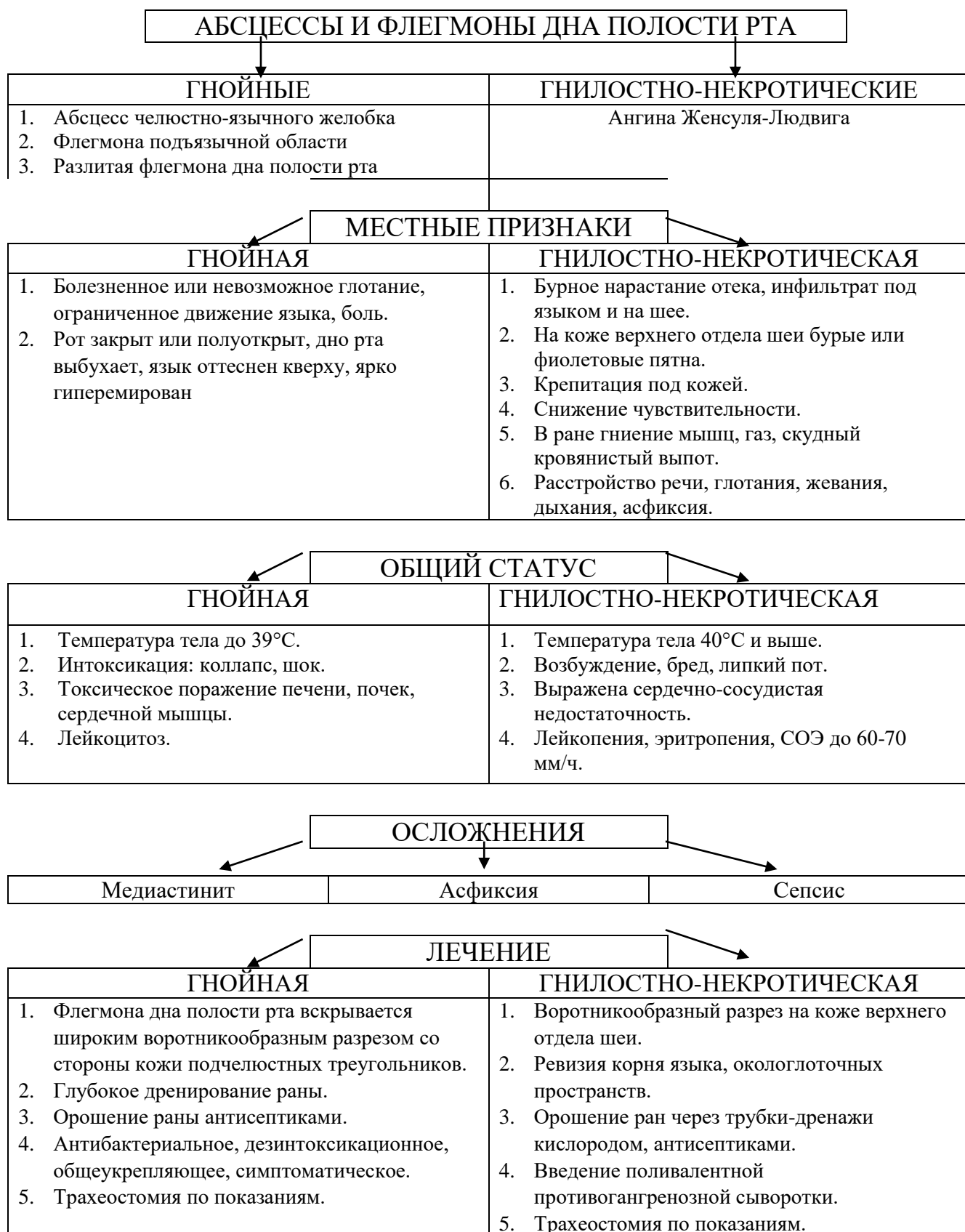
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Очаг воспаления	В системах и органах
<ol style="list-style-type: none"> 1. Самопроизвольная боль 2. Отек, гиперемия кожи, слизистой оболочки 3. Болезненный инфильтрат 4. Абсцесс 5. Воспалительная контрактура жевательных мышц 6. Нарушение глотания, речи, дыхания 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышенная температура тела, озноб, потливость, головная боль, слабость 2. Лейкоцитоз, ускоренное СОЭ 3. Повышенная свертываемость крови 4. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы, органов выделения

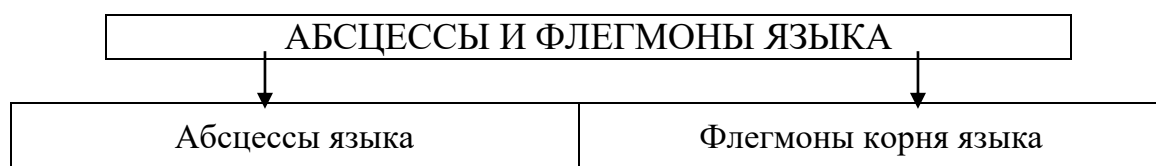
ЛЕЧЕНИЕ

Хирургическое	Консервативное
<ol style="list-style-type: none">1. Удаление причинного зуба2. Вскрытие абсцесса или флегмоны3. Активное дренирование раны	<ol style="list-style-type: none">1. Антибактериальное2. Десенсибилизирующее3. Дезинтоксикационное4. Общеукрепляющее5. Иммунокорректирующее6. Физиотерапевтическое7. ЛФК8. Механотерапия

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РАЗДЕЛА ТЕМЫ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ДНА ПОЛОСТИ РТА, ГНИЛОСТНО- НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА (АНГИНА ЖЕНСУЛЯ-ЛЮДВИГА)



ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РАЗДЕЛА ТЕМЫ АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ЯЗЫКА



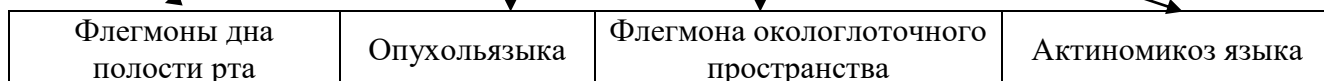
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Травмы языка, нагноение кист и лимфатических узлов языка, распространение инфекции от зубов

МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ

НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ	ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ
<ol style="list-style-type: none">1. Сильная боль в языке.2. Ригидность языка3. Нарушение глотания, дыхания, асфиксия.4. Нарушение речи.	Язык увеличен, гиперемирован, отечен, плотный, резко болезненный при пальпации. Умеренная припухлость тканей подподбородочной области, выражена припухлость тканей подъязычной области.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



ЛЕЧЕНИЕ

1. Обезболивание местное или общее, иногда через трахеостому.
2. Абсцесс может быть вскрыт через поверхность языка.
3. Корень языка вскрывается разрезом со стороны подподбородочного треугольника.
4. Дренирование сагиттальной и латеральной клетчаточных щелей языка.
5. Антибактериальное, дезинтоксикационное, общеукрепляющее, гипосенсибилизирующее лечение, физиолечение.

ТЕМА №4

АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ШЕИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ГНИЛОСТНО-НЕКРОТИЧЕСКИЕ ФЛЕГМОНЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ОСЛОЖНЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Абсцессы и флегмоны шеи и гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига) развиваются в сложной топографической области, близкой к гортани, глотке и средостению. Клиническое течение флегмон тяжелое и может привести к таким грозным осложнениям, как асфиксия, медиастинит, сепсис. Умение своевременно и правильно поставить диагноз указанных флегмон, составить план обследования и лечения позволит предупредить их грозные осложнения и сохранить жизнь больному.

Цели обучения.

Общая цель. Знать как распознать клинические проявления абсцессов и флегмон шеи и гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта (ангины Женсуля-Людвига), составить план обследования и лечения больного, провести профилактику осложнений общего и местного характера.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Распознать общие и местные проявления флегмон в области шеи с учетом локализации гнойного процесса.	1. Применять знания анатомии и топографической анатомии клетчаточных пространств в области шеи (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии).
2. Распознать клинические симптомы абсцесса и флегмоны шеи, гнилостно-некротической флегмоны челюстно-лицевой области.	2. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза и оценке общего состояния больного (кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).

3. Составить и обосновать план обследования больного с абсцессом и флегмоной шеи, гнилостно-некротической флегмоной дна полости рта.	3. Трактовать бактериологические аспекты гнойного и гнилостного процессов (кафедра микробиологии).
4. Составить и обосновать план местного лечения больного с абсцессом и флегмоной шеи, гнилостно-некротической флегмоной дна полости рта; ориентироваться в хирургических доступах при вскрытии флегмоны языка, дна полости рта, гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта.	4. Интерпретировать данные клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования (кафедра микробиологии, кафедра рентгенологии с курсом лучевой анатомии, кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
5. Составить и обосновать план общего лечения и профилактики осложнений у больного с абсцессом и флегмоной шеи, гнилостно-некротической флегмоной дна полости рта.	5. Интерпретировать фармакологические характеристики препаратов, используемых при лечении гнойных и гнилостно-некротических воспалительных процессов (кафедра фармакологии, кафедра патологической физиологии, кафедра хирургической стоматологии).

Источники информации.

1. Оперативна хірургія і топографічна анатомія / За ред. М.С.Скрипнікова. – К., 2000.- С.65-144, 209-222.
2. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – М.,1995.- С.134-152.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І.Децика. – К.,1998.-С.9-67.
4. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія. – К.,1999. – С. 291-316, 318-321.
5. Фармакологія / За ред. І.С.Чекмана. – К.,2001.- С. 414-449.
6. Фармакологія / Под ред. И.В. Комиссарова. – Донецк, 1999. - С.209-214; 232-252; 282-316.
7. Пропедевтика хирургической стоматологии / Под ред. И.Н. Матрос-Таранца. - Донецк. - 2000. - С. 37-56.
8. Медицинская микробиология / Под ред. В.И. Покровского - М., 2001. - С.20-36.

9. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими. - К.: Здоров'я, 1999. - С. 346-404.

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Задания для проверки исходного уровня.**

Задание 1.

Какие клинические признаки характерны для флегмоны?

1. Общее состояние не нарушено, медленное начало, температура тела субфебрильная, местно – разлитой или ограниченный инфильтрат.
2. Общее состояние не нарушено, внезапное начало, температура тела субфебрильная, пульс ритмичный, удовлетворительных свойств, местно – разлитой или ограниченный инфильтрат.
3. Общее состояние нарушено значительно, внезапное начало, температура тела высокая, пульс частый, слабого наполнения, нет тенденции к ограничению процесса.
4. Общее состояние не нарушено, медленное начало, температура тела высокая, пульс частый, слабого наполнения, нет тенденции к ограничению процесса.
5. Общее состояние нарушено незначительно, внезапное начало, температура тела субфебрильная, местно – ограниченный инфильтрат.

Задание 2.

Появление каких клеток является по цитологическим данным признаком благоприятного течения раневого процесса?

1. Нейтрофилов.
2. Эозинофилов.
3. Плазматических клеток.
4. Моноцитов.
5. Гигантских многоядерных клеток.

Задание 3.

Какое изменение в картине белой крови характерно для острого воспалительного процесса?

1. Лимфоцитоз.
2. Моноцитопения.
3. Эозинофилопения.
4. Нейтрофильный сдвиг влево.
5. Нейтрофильный сдвиг вправо.

Задание 4.

Какой из перечисленных антибактериальных препаратов обладает высокой активностью действия против неспорогенных анаэробов?

1. Нистатин.
2. Метронидазол (трихопол).
3. Эритромицин.
4. Линкомицин.
5. Олеандомицин.

Задание 5.

Какие мышцы лежат в основе диафрагмы дна полости рта?

6. Подъязычно-язычные мышцы.
7. Челюстно-подъязычные мышцы.
8. Подбородочно-подъязычные мышцы.
9. Двубрюшные мышцы.
10. Подбородочно-язычные мышцы

Правильные ответы на задания: 1-3,2-3,3-4,4-5,5-2

Если обучающийся обнаружил, что он не готов к решению одного или нескольких заданий, он должен пополнить свой исходный уровень знаний по соответствующим источникам информации.

После проверки исходного уровня знаний можно приступить к углубленному изучению настоящей темы.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология и патогенез абсцесса и флегмоны шеи, гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта (ангины Женсуля-Людвига).

2. Абсцессы и флегмоны шеи: клиника, методы диагностики, принципы лечения и профилактики.

3. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига): клиника, методы диагностики, принципы лечения и профилактики.

5. Осложнения абсцесса и флегмоны шеи, гнилостно-некротической флегмоны дна полости рта, принципы лечения и профилактики.

Освоить эти вопросы Вам поможет соответствующая информация.

Источники информации.

Основная.

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.132-151

2. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 2000. - С.207-214, 233-240

3. Лекции кафедры.

4. Граф логической структуры темы.

Дополнительная

1. Руководство по хирургической стоматологии / Под ред. А.И. Евдокимова. – М.,1972. – С.162-191

2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.1. - Киев: Червона Рута-Турс, 2002. - С.48-57.

3. Дмитриева В.С. Острые одонтогенные воспалительные процессы и их осложнения. - М., 1969. – С.141-172

4. Груздев Н.А. Острая одонтогенная инфекция. – М.,1978. – С.7-25, 60-76

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

Больной Н., 60 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с диагнозом: Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига). В результате действия какой микрофлоры развивается указанная флегмона?

1. Смешанная аэробная микрофлора.
2. Анаэробная микрофлора.
3. Стрептококки.
4. Золотистый стафилококк.
5. Все вышеперечисленное.

Задание 2.

Больной Л., 50 лет, поступил в челюстно-лицевое отделение с жалобами на боли при глотании, разговоре, движении языком, затрудненное дыхание, неприятный запах изо рта. Болеет 3 дня, заболевание связывает с лечением и удалением 47 зуба. Объективно: больной возбужден, отмечается желтушность кожных покровов и субъэпителиальность склер, кожа покрыта липким потом, больной вялый. АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 130 уд. в мин., слабого наполнения, температура 40,1°C. Тоны сердца приглушены, ЧДД 32 в мин., дыхание шумное. Рот открывает ограничено - до 1,5 см между центральными резцами. Подъязычные валики увеличены: покрыты некротическим налетом. Изо рта гнилостный запах. Нижний отдел лица удлинен за счет разлитого болезненного плотного инфильтрата между нижним краем нижней челюсти и подъязычной костью. Кожа горячая, в цвете не изменена, в складку собирается плохо, определяется крепитация. В клиническом анализе крови – анемия, резкий лейкоцитоз, СОЭ – 60 мм/час. Поставьте предварительный диагноз.

1. Флегмона дна полости рта.
2. Флегмона корня языка.

3. Флегмона подподбородочного и подчелюстного треугольника справа.
4. Гнилостно-некротическая флегмона дна полости рта (ангина Женсуля-Людвига).
5. Флегмона языка и дна полости рта.

Задание 3.

Претрахеальное клетчаточное пространство шеи связано непосредственно с клетчаткой:

1. надгрудиногомежапневротического пространства;
2. переднего средостения груди;
3. заднего средостения груди;
4. позадипищеводной;
5. ни один из вариантов;

Задание 4.

В подчелюстном треугольнике шеи находятся все образования, за исключением:

1. шило-глоточной мышцы;
2. поднижнечелюстной слюнной железы;
3. наружной сонной артерии;
4. лицевой артерии;
5. заглочной клетчатки;

Задание 5.

Вскрытие абсцессов и флегмон шеи может привести к:

1. генерализации инфекции вокруг органов шеи;

2. быстрому некрозу клетчатки шеи;
3. развитию передне-верхнего медиастенита;
4. воздушной эмболии в вены шеи;
5. всем перечисленным вариантам;

Правильные ответы на задания: 1-2, 2-4, 3-2, 4-3, 5-5

Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия проводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

**ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ РАЗДЕЛА ТЕМЫ
АБСЦЕССЫ И ФЛЕГМОНЫ ШЕИ, ГНИЛОСТНО-
НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ДНА ПОЛОСТИ РТА (АНГИНА
ЖЕНСУЛЯ-ЛЮДВИГА)**



9. Антибактериальное,
дезинтоксикационное,
общеукрепляющее,
симптоматическое.
10. Трахеостомия по показаниям.

8. Орошение ран через трубки-
дренажи кислородом,
антисептиками.
9. Введение поливалентной
противогангренозной сыворотки.
10. Трахеостомия по показаниям.

ТЕМА №6

АКТИНОМИКОЗ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ПРОЯВЛЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ПОЛОСТИ РТА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СПЕЦИФИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Больные с актиномикозом лица и шеи составляют около 60-80% общего числа больных, страдающих этим заболеванием. По данным Т.Г. Робустовой и В.В. Рогинского (1976), актиномикоз среди воспалительных процессов челюстно-лицевой области составляет от 6 до 8%. Мужчины болеют в 2-3 раза чаще, чем женщины. Наиболее часто актиномикоз поражает людей в возрасте 40-50 лет. Установлено, что заболеваемость актиномикозом не связана ни с родом занятия, ни с местом жительства.

Цели обучения.

Общая цель. Знать как распознать клинические проявления актиномикоза челюстно-лицевой области, составить план обследования и лечения больного, провести профилактику осложнений общего и местного характера.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Определить основные этиологические и патогенетические факторы актиномикоз.	1. Применять знания морфологии кожи, кровеносной и лимфатической системы лица и шеи (кафедра гистологии, кафедра кожных и венерических болезней)
2. Распознать клинические симптомы актиномикоза лица и шеи.	2. Интерпретировать данные анатомии и топографической анатомии лица и шеи (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии).
3. Составить и обосновать план обследования больного с актиномикозом челюстно-лицевой области.	3. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза и оценке общего состояния больного (кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
4. Составить и обосновать план местного (хирургического) лечения актиномикоза лица и шеи.	4. Интерпретировать данные клинико-лабораторных и рентгенологических методов исследования (кафедра микробиологии, кафедра

	рентгенологии с курсом лучевой анатомии, кафедра пропедевтической терапии, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии)
5. Составить и обосновать план специфического и неспецифического лечения, а также профилактики осложнений при актиномикозе.	5. Интерпретировать фармакологические характеристики препаратов, используемых при лечении специфических и неспецифических воспалительных процессов (кафедра фармакологии, кафедра патологической физиологии, кафедра хирургической стоматологии).

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Источники информации.**

1. Скрипкин Ю.К. Кожные и венерические болезни – М.,1980 – С.131-137; 328
2. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реанімації та догляду за хворими. - К.: Здоров'я, 1999. - С.316-318; 421-424.
3. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І.Децика. – К.,1998.-С.9-67.
4. Позднеев О.К. Медицинская микробиология. – М., 2000.- С.20-37.
5. Фармакологія / За ред. І.С.Чекмана. – К., 2001.- С. 414-449.
6. Фармакологія / Под ред. И.В. Комиссарова. – Донецк, 1999. - С.209-214; 232-252; 282-316.
7. Пропедевтика хирургической стоматологии / Под ред. И.Н.Матросо-Таранца. – Донецк. – 2000. – С.37-56.

Задания для проверки исходного уровня.

Задание 1.

Какие актиномицеты обладают большей патогенностью?

1. Аэробные.
2. Анаэробные.
3. Уровень патогенности одинаковый.
4. Уровень патогенности зависит от возраста больного.
5. Уровень патогенности зависит от времени года.

Задание 2.

Наиболее часто лимфопения развивается при:

1. Врожденном или вторичном сифилисе.

2. Токсоплазмозе или туберкулезе.
3. Острых инфекциях и иммунодефицитных состояниях.
4. Лимфолейкозе.
5. Лимфосаркоме.

Задание 3.

Оптимальная рентгенологическая проекция для изучения скуловых дуг.

1. Носоподбородочная.
2. Носолобная.
3. Боковая рентгенограмма.
4. Обзорная рентгенограмма.
5. По Коваленко.

Задание 4.

Что такое воспалительный инфильтрат?

1. Это разлитое гнойное воспаление.
2. Это ограниченное гнойное воспаление.
3. Это негнойное воспаление мягких тканей.
4. Это гнилостно-некротическое воспаление мягких тканей.
5. Это геморрагическое пропитывание мягких тканей.

Задание 5.

На основании каких данных можно с достаточной уверенностью поставить диагноз: актиномикоз?

1. Рентгенологических данных.
2. Данных УЗИ.
3. Данных клинического и биохимического анализа крови.
4. На основании исследования содержимого из инфильтрата и обнаружения друз мицелия.
5. Данных серологического исследования.

Правильные ответы на задания: 1-2, 2-5, 3-2, 4 - 3; 5 - 4.

Если обучающийся обнаружил, что он не готов к решению одного или нескольких заданий, он должен пополнить свой исходный уровень знаний по соответствующим источникам информации.

После проверки исходного уровня знаний можно приступить к углубленному изучению настоящей темы.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология, патогенез, характеристика возбудителя и классификация актиномикоза.

2. Клиническая характеристика различных форм актиномикоза.
3. Принципы и методы диагностики актиномикоза, дифференциальная диагностика.
4. Методы специфического и неспецифического лечения актиномикоза, принципы хирургического лечения и профилактики осложнений.

Освоить эти вопросы Вам поможет соответствующая информация.

Источники информации.

Основная.

1. Бернадский Ю.И. Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Витебск, 1998. - С.163-186.
2. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 2000. - С.285-320.
3. Лекции кафедры.
4. Граф логической структуры темы.

Дополнительная.

1. Робустова Т.Г. Актиномикоз челюстно-лицевой области, лица и шеи. - М., 1966.
2. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. Т.1. - Киев: Червона-Рута-Турс, 1997.- С.282-297; 343-350.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

Больной К., 34 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с предварительным диагнозом: актиномикоз шеи справа. Для уточнения диагноза проведено морфологическое исследование инфильтрата. Какие клетки являются характерными для актиномикоза?

1. Клетки Харгрейвса.
2. Швановские клетки.
3. Клетки Пирогова-Лангханса.
4. Ксантомные клетки.
5. Клетки Паппленгейма.

Задание 2.

Больной Л., 54 лет, госпитализирован в челюстно-лицевое отделение с предварительным диагнозом: актиномикоз околоушно-жевательной области справа, подкожно-мышечная форма. Укажите признаки, характеризующие подкожно-мышечную форму актиномикоза.

1. Наличие гуммозных образований в клетчатке.
2. Наличие инфильтратов, которые могут нагнаиваться.

3. Наличие инфильтратов, гуммозных образований, абсцессов.
4. Наличие келлоидных рубцов.
5. Наличие келлоидных рубцов, гуммозных образований в клетчатке.

Задание 3.

После травмы, перенесенной 2 месяца тому назад, больной Н., 46 лет, заметил "деревянистый" инфильтрат в области угла нижней челюсти слева. Через месяц самопроизвольно вскрылся абсцесс в этой области, рядом появилась ограниченная болезненная припухлость. Врач поставил предварительный диагноз: актиномикоз, кожно-мышечная форма. Какой из перечисленных дополнительных методов исследования необходимо провести для установления диагноза в первую очередь?

1. Рентгенографию нижней челюсти.
2. Биопсию.
3. Кожно-аллергическую пробу с актинолизатом, исследовать содержимое мицелия.
4. RW.
5. Туберкулиновые пробы.

Задание 4.

Больной Н., 49 лет, проходит курс лечения актиномикоза с применением иммунотерапии. Возможно ли ускорение курса иммунотерапии при проведении лечения актиномикоза у больного?

1. Возможно всегда.
2. Возможно только при кожной форме актиномикоза.
3. Возможно только при кожно-подкожной форме актиномикоза.
4. Невозможно.
5. Возможно при кожной и мышечной формах актиномикоза

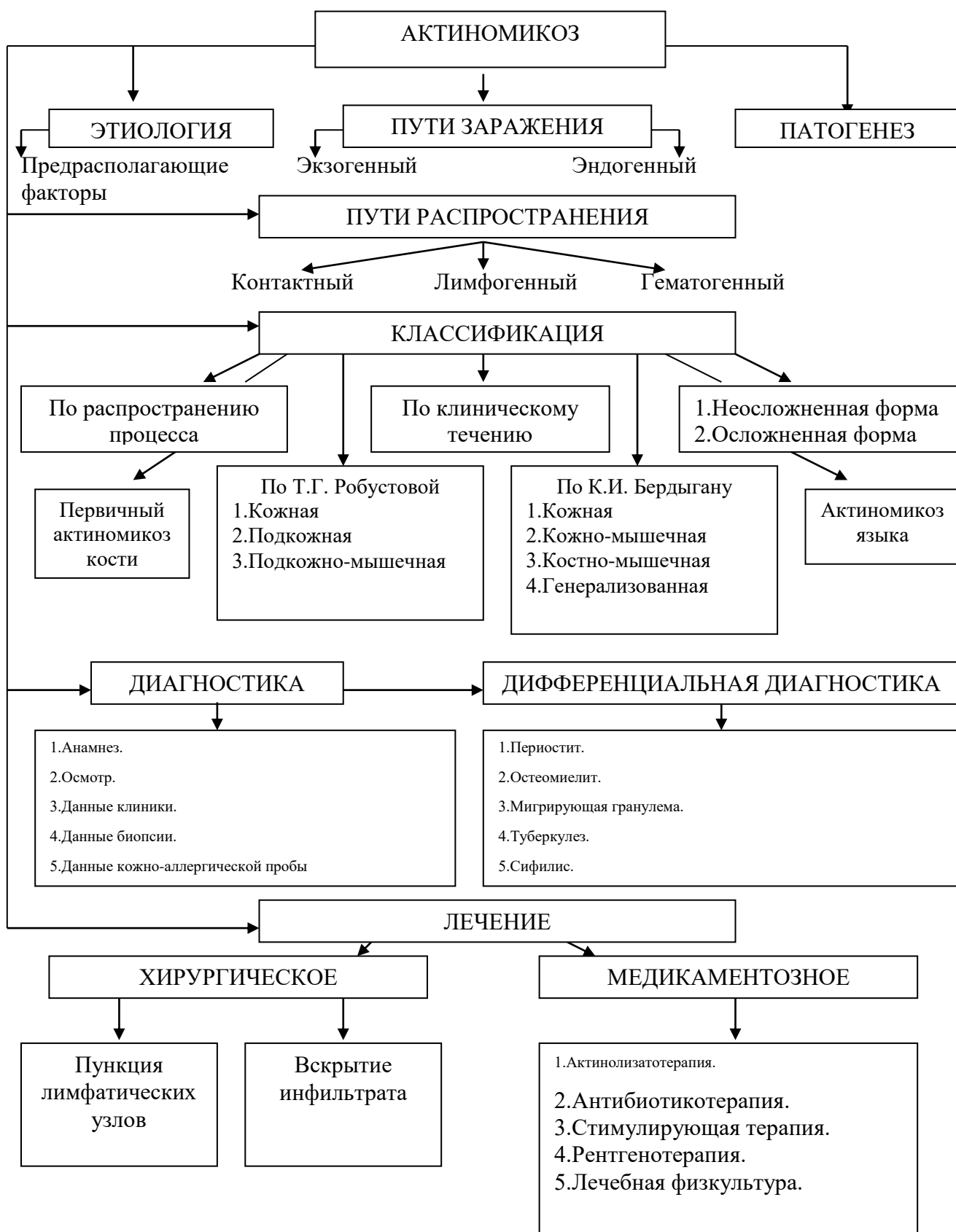
Задание 5.

У больного Н., 43 лет, течение актиномикоза осложнилось поражением подчелюстных слюнных желез. Укажите типичную локализацию актиномикозной гранулемы в пораженной слюнной железе.

1. В паренхиме железы.
2. Между дольками железы.
3. Между дольками железы с последующим переходом на паренхиму.
4. В паренхиме железы с последующим переходом в окружающие ткани.
5. В паренхиме железы с последующим переходом на дольки железы.

Правильные ответы на задания: 1-1, 2-4, 3-2, 4 - 4; 5 - 3

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ АКТИНОМИКОЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ



Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.

ТЕМА №7

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ: ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. СИАЛОЗЫ: КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА.

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ

Слюнные железы принимают активное участие в выполнении ряда функций организма человека: пищеварительной, выделительной, эндокринной, противовоспалительной. Кроме того, участвуют в водном, жировом обмене и влияют на общее питание организма. В слюне содержится бактериостатическая субстанция (лизоцим, бактериолизин), угнетающая функцию пневмококков, стрептококков, сальмонелл, кишечной и дифтерийной палочек. На дифференциальную активность слюнных желез большое влияние оказывают не только внешние факторы, но и состояние внутренних органов и систем.

Цели обучения.

Общая цель. Знать как распознать клинические признаки воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез, составить схему обследования и лечения больных с данной патологией.

Конкретные цели	Цели исходного уровня знаний
1. Выделить основные этиологические и патогенетические факторы воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез	1. Интерпретировать анатомию и физиологическую функцию слюнных желез (кафедра нормальной анатомии, кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии, кафедра физиологии).
2. Распознать клинические симптомы воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез	2. Оценивать и интерпретировать данные, полученные при сборе жалоб, анамнеза и оценки общего и местного статуса больного (кафедра пропедевтики внутренних болезней, кафедра общей хирургии, кафедра хирургической стоматологии).
3. Составить и обосновать план обследования больных с воспалительными и дистрофическими заболеваниями слюнных желез.	3. Интерпретировать морфологическую сущность воспалительных и дистрофических процессов в слюнных железах (кафедра патологической физиологии, кафедра патологической анатомии).

<p>4. Составить и обосновать план общего и местного лечения воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез.</p>	<p>4.Интерпретировать фармакологические характеристики препаратов, используемых для местного и общего лечения при воспалительных и дистрофических заболеваниях, интерпретировать методы физиотерапевтического лечения (кафедра фармакологии, кафедра физиотерапии).</p>
--	---

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Источники информации.**

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб / За ред. Ю.І. Децика. - Київ: Здоров'я, 1998. - С.328-332.
2. Черенько М.П., Ваврик Ж.М. Загальна хірургія з анестезіологією, основами реаніматології та догляду за хворими. - К.: Здоров'я, 1999. - С.502-514.
3. Патологічна фізіологія / За ред. М.Н. Зайка, Ю.В. Биця. - Київ: Вища школа, 1995. – С.211-237, 484-485.
4. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – М., 1995.- С.89-91, 344, 656-658.
5. Пропедевтика хирургической стоматологии / Под ред. И.Н. Матросы-Таранца. - Донецк. - 2000. - С.37-56.
6. Фармакологія / За ред. І.С. Чекмана. – К.: Вища школа, 2001.- С.81-85.

**Определение и обеспечение исходного уровня знаний-умений.
Задания для проверки исходного уровня.**

Задание 1.

Укажите большие слюнные железы.

1. Околоушные, подъязычные, поднижнечелюстные.
2. Околоушные, щечные, небные.
3. Поднижнечелюстные, губные, небные.
4. Подъязычные, губные, небные.
5. Околоушные, подъязычные, щечные.

Задание 2.

Внутренней границей поднижнечелюстной слюнной железы представлена:

1. Диафрагмой дна полости рта и подбородочно-подъязычной мышцей.
2. Диафрагмой дна полости рта и подъязычно-язычной мышцей.
3. Диафрагмой дна полости рта и двубрюшной мышцей.
4. Диафрагмой дна полости рта и челюстно-подъязычной мышцей.

5. Диафрагмой дна полости рта и подъязычной костью.

Задание 3.

У больного отмечается повышенное выделение слюны. Как называется этот симптом?

1. Гипосаливация.
2. Саливаторея.
3. Саливация.
4. Ксеростомия.
5. Саливаторит.

Задание 4.

Какое из ниже перечисленных веществ можно использовать при контрастной рентгенографии слюнных желез?

1. Йод.
2. Йодинол.
3. Раствор бриллиантового зеленого.
4. Раствор фурацилина.
5. Димексид.

Задание 5.

Для рентгенологического исследования околоушной слюнной железы применяется косая проекция. Какая проекция наиболее целесообразна для рентгенологического исследования поднижнечелюстных слюнных желез?

1. Аксиальная.
2. Полуаксиальная.
3. Боковая.
4. Прямая.
5. Носолобная.

Правильные ответы на задания: 1-1, 2-3, 3-2, 4-5,5-2

Если обучающийся обнаружил, что он не готов к решению одного или нескольких заданий, он должен пополнить свой исходный уровень знаний по соответствующим источникам информации.

После проверки исходного уровня знаний можно приступить к углубленному изучению настоящей темы.

Содержание обучения в соответствии с целями.

Теоретические вопросы темы.

1. Этиология, патогенез и классификация воспалительных и дистрофических заболеваний слюнных желез.

2. Острые сиалоадениты: клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика осложнений.

3. Хронические сиалоадениты: клиника, диагностика, принципы лечения.

4. Сиалозы, синдромы с поражением слюнных желез (синдром Шегрена, синдром Микулича): клиника, диагностика, принципы лечения.

Источники информации.

Основная.

1. Хирургическая стоматология / Под ред. Т.Г. Робустовой. - М., 2000. - С.287-311.

2. Лекции кафедры.

3. Граф логической структуры темы.

Дополнительная.

1. Солнцев А.М., Колесов В.С., Колесова Н.А. Заболевания слюнных желез. - К.: Здоровье, 1991. - С.3-158.

2. Солнцев А.М., Колесов В.С. Хирургия слюнных желез. - К.: Здоровье, 1979. - С.3-70.

3. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии. - Т. II. - Киев: Червона Рута-Турс, 1998. - С.209-276.

Набор заданий для проверки достижения конкретных целей обучения.

Задание 1.

У больного Д., 16 лет, диагностирован эпидемический паротит ("свинка") средней степени тяжести. К какой группе паротитов по этиологическому признаку относится данное заболевание?

1. Бактериальное.
2. Вирусное.
3. Гормональное.
4. Аллергическое.
5. Специфическое.

Задание 2.

При обследовании больного С., 34 лет, выявлены жалобы на распирающую, иррадиирующую боль в области правой околоушной слюнной железы; припухлость всей правой околоушной области, незначительную гиперемию кожи в этой области; суженность правого слухового прохода; болезненное открывание рта, некоторую сухость слизистой оболочки полости рта, при легком массаже железы из протока получено небольшое количество мутной с примесью гноя слюны. Какое заболевание можно предположить?

1. Флегмона околоушной области справа.

2. Острый гнойный отит.
3. Острый эпидемический паротит.
4. Острый неэпидемический паротит.
5. Болезнь Микулича.

Задание 3.

Больной К., 18 лет, перенес острый афтозный стоматит. После лечения заболевания у больного появились жалобы на острые колющие боли в области слизистой оболочки левой щеки, особенно при приеме пищи. Объективно: выводной проток левой околоушной железы зияет, гиперемированный, отечный. При надавливании на задний отдел протока выделяется капля гноя. Сама железа без патологических изменений. Какое заболевание можно предположить?

1. Хронический сиалоаденит.
2. Острый эпидемический паротит.
3. Абсцесс выводного протока околоушной слюнной железы.
4. Острый сиалодохит.
5. Слюнокаменная болезнь.

Задание 4.

У больного диагностирован эпидемический паротит в стадии нарастания воспалительных явлений. Какова тактика врача в данном случае?

1. Назначить контрастную сиалографию.
2. Составить план обследования и назначить консервативную терапию.
3. Составить план обследования и срочно вскрыть слюнную железу.
4. Составить план обследования и назначить слюногонную диету.
5. Составить план лечения и назначить рентгенотерапию.

Задание 5.

У больного П., 44 лет, на сиалограмме не определяются выводные протоки IV-V порядка, в концевых отделах железы определяются полости, заполненные контрастной массой. Для какого заболевания характерна данная рентгенологическая картина?

1. Хронический сиалодохит.
2. Хронический паренхиматозный сиалоаденит.
3. Хронический интерстициальный сиалоаденит.
4. Болезнь Микулича.
5. Синдром Шегрена.

Задание 6.

Сущность какого заболевания околоушной железы заключается в разрастании соединительно-тканной стромы железы?

1. Острый неэпидемический паротит.
2. Болезнь Микулича.
3. Хронический интерстициальный паротит.
4. Хронический паренхиматозный паротит.
5. Синдром Шегрена.

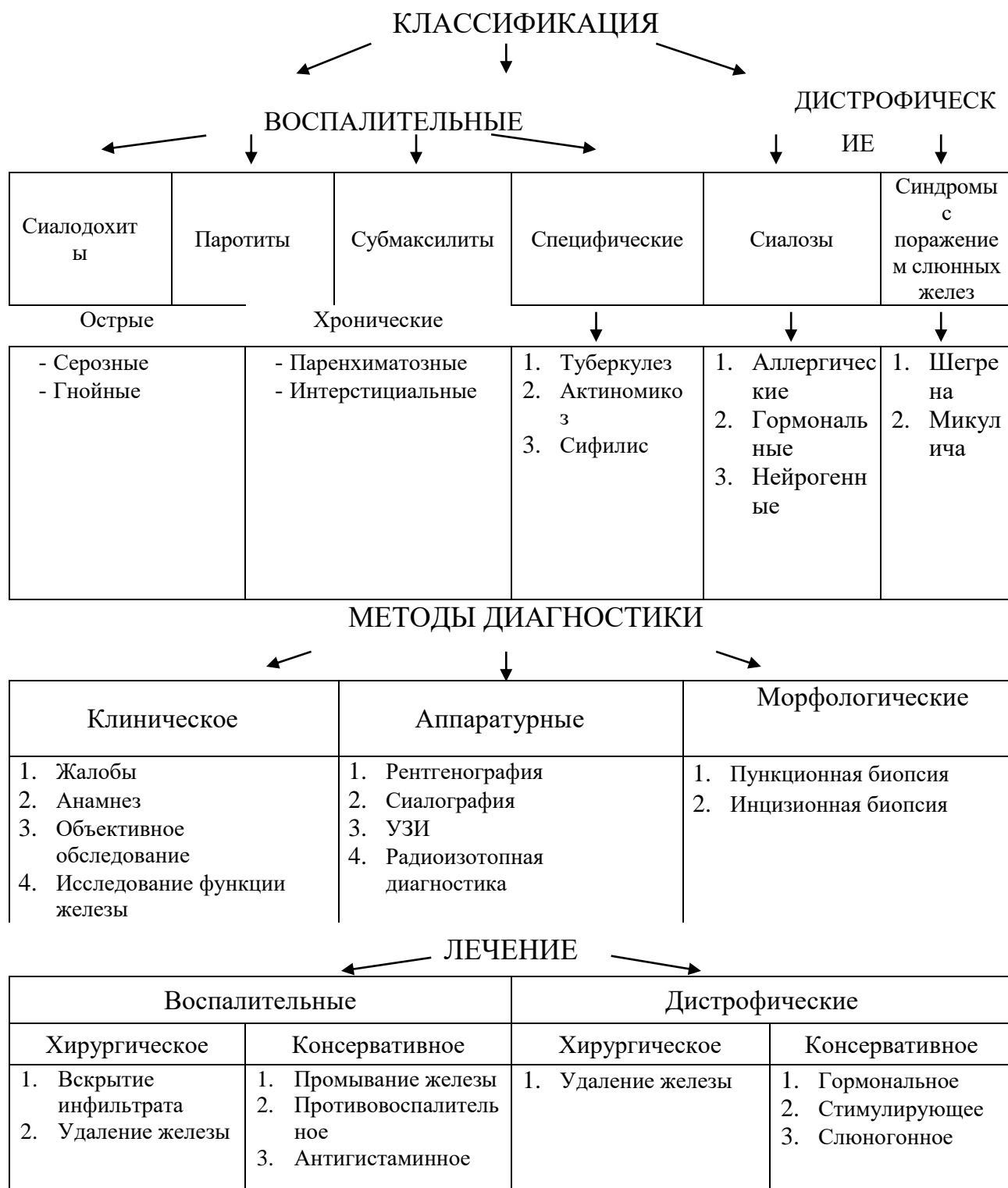
Задание 7.

К хирургу-стоматологу обратилась больная с жалобами на рецидивирующую припухлость в околоушных областях, сухость полости рта, множественный пришеечный кариес. Из анамнеза установлено, что больная страдает ревматоидным артритом, ксеродермией и ксерофтальмией. При осмотре: околоушные и поднижнечелюстные слюнные железы увеличены, плотные, бугристые, при пальпации безболезненные. Открывание рта свободное. Слизистая оболочка полости рта сухая. Выводные протоки больших слюнных желез зияют. При массаже желез получено несколько капель вязкой мутной слюны. Какое заболевание можно предположить у больной?

1. Хронический интерстициальный паротит.
2. Синдром Шегрена.
3. Хронический сиалодохит.
4. Болезнь Микулича.
5. Острый паротит.

Правильные ответы на задания: 1-2, 2-3,3-5,4-1,5-3,6-3,7-2.

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ТЕМЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ И ДИСТРОФИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ



Краткие методические указания для работы студентов на практическом занятии.

В начале практического занятия проводится контроль и коррекция исходного уровня знаний студентов по тестовым заданиям. Затем занятие продолжается в отделении стационара, где под контролем преподавателя студенты проводят курацию тематических больных. При курации больных обращают внимание на правильность сбора жалоб, анамнеза, оценку общего и местного статуса больных с воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, определяют дополнительные методы обследования таких больных. Затем студенты с преподавателем оценивают имеющиеся данные клинико-лабораторных, рентгенологических обследований, которые имеют важное значение в постановке диагноза. Студенты составляют план хирургического и медикаментозного лечения таких больных, план мероприятий по диспансеризации данного контингента больных, берут участие в выполнении лечебных и диагностических манипуляций. Студенты решают клинические ситуационные задачи по теме занятия. В конце занятия подводится итоговый контроль и коррекция результатов усвоения темы при помощи тестовых заданий. Подводится итог, анализируются действия студентов во время курации больных и выполнения диагностических манипуляций. Дается задание к следующему занятию.