

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

**Методические указания для самостоятельной работы студентов
стоматологического факультета очной формы обучения
по специальности 31.05.03 Стоматология
к дисциплине
«Детская челюстно-лицевая хирургия»**

2018г.

Рецензенты:

Н.Е. Митин, доцент, к.м.н., зав. кафедрой ортопедической стоматологии и ортодонтии с курсом пропедевтики стоматологических заболеваний;

С.И. Бородовицина, доцент, к.м.н., зав. кафедрой терапевтической и детской стоматологии.

Филимонова Л.Б., Кулаева Е.С.

Методические указания для самостоятельной работы студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 - Стоматология к дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия»/ Л.Б. Филимонова, Кулаева Е.С. – Рязань, 2018. – 35 с.

ISBN

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета очной формы обучения по специальности 31.05.03 - Стоматология к занятиям по дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия».

Методические указания соответствуют ФГОС ВО по специальности 31.05.03 Стоматология, утвержденному приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 9 февраля 2016г. № 96, и способствуют освоению основных видов профессиональной деятельности и приобретению знаний, умений и навыков в рамках общепрофессиональных и профессиональных компетенций ОПК 5, ПК 1, ПК 2.

Методические указания утверждены на заседании кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России № 1 от 24.08.2018г.

ISBN

© Коллектив авторов, 2018

Семестр 7

Тема 1. Особенности строения органов и систем челюстно-лицевой области у детей. Организация работы детского хирургического кабинета.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Анатомия и особенности органов и систем челюстно-лицевой области у детей.
2. Стадии формирования челюстно-лицевой области.
3. Организация работы детского хирургического кабинета.
4. Оборудование, инструментарий, правила стерилизации инструментов.
5. Обследование ребенка с заболеваниями челюстно-лицевой области хирургического профиля.

Ситуационные задачи:

Задача №1

На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после проведения инфильтрационной анестезии 1,0 мл раствором ультракаина по поводу лечения пульпита 25 зуба стало резко ухудшаться общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, выступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

ВОПРОС:

- 1) О каком осложнении может идти речь?
- 2) Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

Тесты

1. Для удаления временного второго коренного зуба нижней челюсти рекомендуется взять щипцы клювовидные
 - 1) сходящиеся
 - 2) несходящиеся
 - 3) изогнутые по плоскости
 - 4) в зависимости от стороны челюсти
 - 5) в зависимости от степени резорбции корней

2. Правила наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов
 - 1) не отличаются
 - 2) отличаются
 - 3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
 - 4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней
 - 5) в зависимости от групповой принадлежности

3. Кюретаж лунки при удалении временного зуба
 - 1) не проводится
 - 2) проводится
 - 3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
 - 4) проводится при условии наличия у ребенка сопутствующей патологии ЛОР-органов
 - 5) проводится после удаления зуба в связи с его вколоченным вывихом

Тема 2 Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара.
2. Седативная подготовка ребенка.
3. Показания к выбору метода обезболивания у детей различного возраста.
4. Методика проведения различных видов обезболивания.
5. Местные и общие осложнения местной анестезии.
6. Реанимационное пособие детям при неотложных состояниях

Ситуационные задачи:

Задача №1

На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после проведения инфильтрационной анестезии 1,0 мл раствором ультракаина по поводу лечения пульпита 25 зуба стало резко ухудшаться общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, выступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

ВОПРОС:

- 1) О каком осложнении может идти речь?

2) Кроме физических мероприятий, какое медикаментозное лечение должно быть незамедлительно предпринято?

Тесты

1. В условиях поликлиники противопоказанием к проведению операции под наркозом является

- 1) рахит
- 2) декомпенсированный порок сердца
- 3) бронхиальная астма
- 4) гастрит
- 5) хронический тонзиллит

2. Противопоказанием к проведению операции в поликлинике под наркозом является

- 1) заболевание ЦНС
- 2) острая респираторно-вирусная инфекция
- 3) хронический гепатит
- 4) сахарный диабет

Тема 3. Амбулаторные хирургические операции.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Операция удаления зуба.
2. Показания в детском возрасте к удалению молочных и постоянных зубов.
3. Особенности выполнения техники удаления молочного зуба.
4. Осложнения во время и после операции.
5. Особенности строения тканей пародонта у детей раннего возраста.
6. Клиника и лечение патологии пародонта у детей. Показания. Диагностика
7. Операции при неправильном прикреплении уздечек губ и языка, мелком преддверии полости рта и т.д. у детей и подростков

Ситуационные задачи

При рождении ребенка мама обратила внимание на ярко красное пятно на верхней губе. При плаче ребенка интенсивность пятна усиливается. Объективно: отек верхней губы, на коже с переходом на красную кайму имеется красного цвета пятно с нечеткими контурами размером до 1,0 см в диаметре.

Вопросы и задания:

- 1) Проведите дополнительные методы обследования.
- 2) Составьте план лечения и определите место лечения.

Тесты

1. Кюретаж лунки при удалении временного зуба

- 1) не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
- 4) проводится при условии наличия у ребенка сопутствующей патологии ЛОР-органов
- 5) проводится после удаления зуба в связи с его вколоченным вывихом

2. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является

- 1) острый серозный периостит
- 2) хронический остеомиелит
- 3) хронический пульпит
- 4) средний кариес
- 5) глубокий кариес

3. Для удаления боковых временных резцов верхней челюсти и их корней используются щипцы

- 1) S-образно изогнутые
- 2) штыковидные
- 3) клювовидные со сходящимися щечками
- 4) прямые
- 5) клювовидные с несходящимися щечками

4. Для удаления временных коренных зубов верхней челюсти используются щипцы

- 1) клювовидные со сходящимися щечками
- 2) S-образно изогнутые
- 3) байонетные
- 4) прямые
- 5) клювовидные с не сходящимися щечками

5. S-образно изогнутые щипцы рекомендуется использовать для удаления

- 1) временных резцов
- 2) временных и постоянных клыков
- 3) временных коренных
- 4) малых коренных
- 5) больших коренных

6. Прямые щипцы рекомендуется использовать при удалении

- 1) временных коренных зубов.
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов
- 4) временных резцов
- 5) коренных клыков верхней челюсти

7. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся

- 1) перелом корня
- 2) альвеолит
- 3) позднее кровотечение
- 4) вывих соседнего зуба
- 5) травма зуба противоположной челюсти

Тема 4. Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте. Периодонтит.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте.
2. Особенности строения периодонта несформированных зубов и молочных зубов в период резорбции их корней.
3. Классификация периодонтита.
4. Дифференциальная диагностика острого инфекционного периодонтита.
5. Хронические формы периодонтита; влияние хронического воспаления у корней молочных зубов на развитие постоянных.
6. Показания к удалению зубов с хроническим периодонтитом

Ситуационные задачи

Родители с ребенком 4 лет обратились к стоматологу с жалобами на отек щеки справа, повышенную температуру тела до $37,2^{\circ}$. Из анамнеза выяснено, что отек появился давно, периодически увеличивается, но самопроизвольно регрессирует. Повторно отек и температура появились после переохлаждения ребенка. Объективно: Асимметрия лица за счет отека мягких тканей правой щеки. Кожа в цвете изменена, горячая на ощупь. Все признаки воспаления.

Вопросы и задания:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дифференциальную диагностику, составьте план лечения и определите место лечения.

Тесты

1. Абсолютными местными противопоказаниями к удалению временного зуба являются

- 1) наличие у пациента проявлений стоматита в полости рта
- 2) наличие у пациента гингивита
- 3) расположение подлежащего удалению зуба в зоне злокачественной опухоли альвеолярного отростка и тела нижней челюсти
- 4) расположение зуба в зоне поражения челюсти гемангиомой
- 5) наличие у пациента явлений ангины

2. Клинические и рентгенологические показания к удалению временных моляров при хроническом периодонтите

- 1) неэффективность консервативного лечения хронического периодонтита, которое сопровождается обострением хронического воспаления
- 2) распространение очага воспаления на межкорневое пространство и фолликул зуба
- 3) гибель зачатка постоянного зуба
- 4) разрушенность коронковой части временного моляра
- 5) изменение в цвете коронковой части временного моляра

3. Для удаления временных зубов специальные наборы щипцов

- 1) не существуют
- 2) существуют
- 3) в стадии разработки
- 4) существуют только для верхней челюсти
- 5) существуют только для верхней челюсти

4. Этапы операций удаления временного зуба и постоянного

- 1) одинаковы
- 2) различны
- 3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
- 4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней
- 5) в зависимости от групповой принадлежности

5. При удалении сформированного интактного первого малого коренного зуба верхней челюсти по ортодонтическим показаниям кюретаж лунки

- 1) не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится при вестибулярном прорезывании первого премоляра верхней челюсти
- 4) проводится при фактуре корней временного зуба
- 5) проводится при наличии у ребенка сопутствующей патологии лор-органов

Тема 5. Периостит челюстных костей. Одонтогенные воспалительные кисты челюстей.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Периостит челюстных костей. Причины развития.
2. Клиника острого и хронического одонтогенного периостита. Диагностика.
3. Методика хирургического лечения.
4. Прогнозирование течения и исход заболевания. Показания к госпитализации ребенка с острым гнойным периоститом.
5. Одонтогенные воспалительные кисты челюстей. Этиология, патогенез.
6. Клиническая картина радикулярных и фолликулярных кист обострившихся и вне обострения.
7. Дифференциальная диагностика периостита и одонтогенных кист.
8. Основные методы лечения одонтогенных кист у детей

Ситуационные задачи

В приемный покой доставлен ребенок 7 лет с жалобами на боль в области нижней челюсти слева, повышенную температуру тела до $38,5^{\circ}$, нарушение сна, отсутствие аппетита, однократную рвоту. Объективно: ребенок вялый, кожные покровы бледные, асимметрия лица за счет отека подчелюстной области слева, кожа гиперемирована, напряжена в складку не собирается. В полости рта разрушенная коронка зуба 7.5 и 7.4. зубы подвижные, перкуссия болезненная.

Вопросы и задания:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы обследования.
- 3) Составьте план лечения.

Тесты

1. Для удаления временного второго коренного зуба нижней челюсти рекомендуется взять щипцы клювовидные

- 1) сходящиеся
- 2) несходящиеся
- 3) изогнутые по плоскости
- 4) в зависимости от стороны челюсти
- 5) в зависимости от степени резорбции корней

2. Правила наложения щипцов при удалении временных и постоянных зубов

- 1) не отличаются
- 2) отличаются
- 3) отличаются при удалении на верхней челюсти; не отличаются – на нижней
- 4) отличаются при удалении на нижней челюсти; не отличаются – на верхней
- 5) в зависимости от групповой принадлежности

3. Кюретаж лунки при удалении временного зуба

- 1) не проводится
- 2) проводится
- 3) проводится при наличии воспаления в периапикальных тканях
- 4) проводится при условии наличия у ребенка сопутствующей патологии ЛОР-органов
- 5) проводится после удаления зуба в связи с его вколоченным вывихом

4. Абсолютным показанием к удалению причинного временного зуба является

- 1) острый серозный периостит
- 2) хронический остеомиелит
- 3) хронический пульпит
- 4) средний кариес
- 5) глубокий кариес

Тема 6. Одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей. Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Острый одонтогенный остеомиелит челюстных костей у детей.
2. Гематогенный остеомиелит новорожденных и детей раннего возраста.
3. Хронический остеомиелит челюстных костей у детей.
4. Клинико-рентгенологические формы заболевания.
5. Реабилитация детей, перенесших хронический остеомиелит челюстных и лицевых костей.
6. Гематогенный острый и хронический остеомиелит у новорожденных и детей раннего возраста. Особенности течения. Диагностика. Клиника, лечение.
7. Профилактика острого и хронического гематогенного остеомиелита.
8. Реабилитация детей, перенесших остеомиелит

Ситуационные задачи

В поликлинику обратились родители с ребенком 5 лет. Жалобы на наличие раневой поверхности по линии сформированного рубца в подчелюстной об-

ласти справа. Повышение температуры до 37°. Анамнез: в течение месяца ребенок находился на стационарном лечении по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти от зубов 8.4, 8.5, флегмоны дна полости рта. После проведенного лечения процесс перешел в хронический. Объективно: легкая асимметрия лица за счет послеоперационного отека подчелюстной области справа. В дистальном отделе после операционного рубца имеется свищевой ход с гнойным отделяемым. При зондировании свища определяется узурация костной ткани. На рентгенограмме в прямой и боковой проекциях отмечается деструкция костной ткани с нечеткими контурами, диффузного характера вдоль тела и угла нижней челюсти справа.

Вопросы и задания:

- 1) Сформулируйте диагноз.
- 2) Проведите дополнительные методы обследования и составьте план лечения.

Тесты

1. Для удаления боковых временных резцов верхней челюсти и их корней используются щипцы

- 1) S-образно изогнутые
- 2) штыковидные
- 3) клювовидные со сходящимися щечками
- 4) прямые
- 5) клювовидные с несходящимися щечками

2. Для удаления временных коренных зубов верхней челюсти используются щипцы

- 1) клювовидные со сходящимися щечками
- 2) S-образно изогнутые
- 3) байонетные
- 4) прямые
- 5) клювовидные с не сходящимися щечками

3. S-образно изогнутые щипцы рекомендуется использовать для удаления

- 1) временных резцов
- 2) временных и постоянных клыков
- 3) временных коренных
- 4) малых коренных
- 5) больших коренных

4. Прямые щипцы рекомендуется использовать при удалении

- 1) временных коренных зубов.
- 2) клыков
- 3) малых коренных зубов

- 4) временных резцов
- 5) коренных клыков верхней челюсти

5. К осложнениям во время операции удаления зуба относятся

- 1) перелом корня
- 2) альвеолит
- 3) позднее кровотечение
- 4) вывих соседнего зуба
- 5) травма зуба противоположной челюсти

6. Клинические и рентгенологические показания к удалению временных моляров при хроническом периодонтите

- 1) неэффективность консервативного лечения хронического периодонтита, которое сопровождается обострением хронического воспаления
- 2) распространение очага воспаления на межкорневое пространство и фолликул зуба
- 3) гибель зачатка постоянного зуба
- 4) разрушенность коронковой части временного моляра
- 5) изменение в цвете коронковой части временного моляра

Тема 7. Лимфадениты (острые и хронические). Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области одонтогенного и неодонтогенного характера.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Лимфадениты (острые и хронические). Этиология, особенности клинического течения, диагностики и лечения.
2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез. Особенности клинического течения, диагностики и лечения у детей.
3. Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области одонтогенного и неодонтогенного характера.
4. Основные принципы диагностики и лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
5. Фурункулы и карбункулы ЧЛЮ. Особенности клиники.
6. Показания к госпитализации детей с фурункулами и карбункулами. Основные принципы лечения.

Ситуационные задачи

Пациент В., 17 лет. Беспокоят постоянные ноющие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, периодическое истечение гноя из лунки 26 зуба, попадание жидкой пищи в нос во время приема пищи. Из анамнеза — зуб 26 удален 10 дней назад, заживления лунки не произошло, в связи с чем направлен на консультацию. Объективно: лунка 26 зуба выполнена грануляционной тканью. При зондировании лунки инструмент «проваливается» на глубину 3–4 см, не встречая сопротивления, при этом из лунки появляется гной.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Тесты

1. Показания к госпитализации взрослых больных с острой одонтогенной инфекцией:

- 1) наличие сопутствующего заболевания в стадии компенсации
- 2) беременность
- 3) возраст больного
- 4) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации
- 5) желание больного

2. Одонтогенный воспалительный процесс от 48 и 38 зубов изначально распространяется в:

- 1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство
- 2) дно полости рта, поднижнечелюстную область
- 3) окологлоточное пространство
- 4) дно полости рта,

3. Одонтогенный воспалительный процесс от 18, 17, 27, 28 зубов изначально распространяется:

- 1) крыловидно-челюстное пространство
- 2) височную область
- 3) щечную область, крылонебную ямку
- 4) подвисочную ямку
- 5) поджевательное пространство

4. Одонтогенный воспалительный процесс от 46 и 36 зубов изначально распространяется в:

- 1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство
- 2) дно полости рта, поднижнечелюстную область
- 3) окологлоточное пространство
- 4) дно полости рта, подподбородочную область
- 5) клетчаточные пространства шеи

5. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характерны следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛЮ:

- 1) наличие “причинного” зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание
- 2) наличие “причинного” зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует
- 3) “причинный” зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н\ч. затрудненное глотание
- 4) наличие “причинного” зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры н\ч, свободное глотание
- 5) наличие “причинного” зуба. выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч, свободное глотание

6. Тризм - это:

- 1) расслабление мышц
- 2) клоническое сокращение мышц
- 3) тоническое сокращение мышц
- 4) чередование тонического и клонического сокращения мышц
- 5) чередование тонического сокращения с расслаблением мышц

7. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии интактности окружающих тканей:

- 1) тампонада лунки зуба
- 2) тампонада лунки зуба и ее ушивание
- 3) ушивание слизистой над лункой любым способом
- 4) оставление лунки без тампонады и без ушивания
- 5) срочная госпитализация больного

8. Тактика врача при случайном вскрытии дна верхнечелюстной пазухи при условии проталкивания корня в пазуху:

- 1) ушивание слизистой над пазухой, корень остается в пазухе
- 2) ушивание лунки и госпитализация в показанные сроки для удаления корня из пазухи
- 3) лунка не ушивается, операция на пазухе в плановом порядке
- 4) лунка не ушивается, попытка достать корень в поликлинике
- 5) лунка не ушивается, госпитализация для операции на пазухе с удалением инородного тела и ушиванием лунки

9. Тактика врача при случайном вскрытии верхнечелюстной пазухи во время удаления зуба в условиях воспаленных тканей с внедрением корня в пазуху:

- 1) попытка удаления корня в поликлинике, ушивание лунки, консервативное лечение

- 2) консервативное лечение воспалительного процесса в поликлинике, госпитализация для плановой операции в показанные сроки
- 3) ушивание лунки, немедленная госпитализация
- 4) попытка удаления корня в поликлинике, консервативное лечение
- 5) немедленная госпитализация

10. Допустимый срок местной пластики перфорации дна верхнечелюстной пазухи не сопровождающейся ревизией последней:

- 1) в течение 48 часов
- 2) в течение 24 часов
- 3) в течение 2-х недель после перфорации
- 4) спустя 1 месяц
- 5) спустя 2 месяца

Тема 8. Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области одонтогенного и неодонтогенного характера.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Лимфадениты (острые и хронические). Этиология, особенности клинического течения, диагностики и лечения.
2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез.
3. Особенности клинического течения, диагностики и лечения у детей.
4. Воспалительные заболевания мягких тканей челюстно-лицевой области одонтогенного и неодонтогенного характера.
5. Основные принципы диагностики и лечения абсцессов и флегмон челюстно-лицевой области.
6. Фурункулы и карбункулы ЧЛЮ. Особенности клиники.
7. Показания к госпитализации детей с фурункулами и карбункулами.
8. Основные принципы лечения.

Ситуационные задачи

Задача.

Пациент В., 17 лет. Беспокоят постоянные ноющие боли в щечной области слева, иррадиирующие в зубы верхней челюсти слева, периодическое истечение гноя из лунки 26 зуба, попадание жидкой пищи в нос во время приема пищи. Из анамнеза — зуб 26 удален 10 дней назад, заживления лунки не произошло, в связи с чем направлен на консультацию. Объективно: лунка 26 зуба выполнена грануляционной тканью. При зондировании лунки инструмент «проваливается» на глубину 3–4 см, не встречая сопротивления, при этом из лунки появляется гной.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. План лечения?

Тесты

1. Показания к госпитализации взрослых больных с острой одонтогенной инфекцией:
 - 1) наличие сопутствующего заболевания в стадии компенсации
 - 2) беременность
 - 3) возраст больного
 - 4) наличие соматических заболеваний в стадии декомпенсации
 - 5) желание больного
2. Одонтогенный воспалительный процесс от 48 и 38 зубов изначально распространяется в:
 - 1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство
 - 2) дно полости рта, поднижнечелюстную область
 - 3) окологлоточное пространство
 - 4) дно полости рта,
3. Одонтогенный воспалительный процесс от 18, 17, 27, 28 зубов изначально распространяется:
 - 1) крыловидно-челюстное пространство
 - 2) височную область
 - 3) щечную область, крылонебную ямку
 - 4) подвисочную ямку
 - 5) поджевательное пространство
4. Одонтогенный воспалительный процесс от 46 и 36 зубов изначально распространяется в:
 - 1) крыловидно-челюстное пространство, поджевательное пространство
 - 2) дно полости рта, поднижнечелюстную область
 - 3) окологлоточное пространство
 - 4) дно полости рта, подподбородочную область
 - 5) клетчаточные пространства шеи
5. Для флегмоны поднижнечелюстного треугольника характерны следующие местные признаки воспалительного процесса ЧЛЮ:
 - 1) наличие “причинного” зуба, признак воспалительного инфильтрата отсутствует, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание

- 2) наличие “причинного” зуба не обязательно, выраженный инфильтрат мягких тканей, воспалительная контрактура н\ч, затрудненное глотание отсутствует
- 3) “причинный” зуб отсутствует, воспалительный инфильтрат внешне отсутствует, умеренно выраженная контрактура н\ч. затрудненное глотание
- 4) наличие “причинного” зуба, выраженный инфильтрат мягких тканей, отсутствие контрактуры н\ч, свободное глотание
- 5) наличие “причинного” зуба. выраженный воспалительный инфильтрат, выраженная контрактура н\ч, свободное глотание

6. Тризм - это:

- 1) расслабление мышц
- 2) клоническое сокращение мышц
- 3) тоническое сокращение мышц
- 4) чередование тонического и клонического сокращения мышц
- 5) чередование тонического сокращения с расслаблением мышц

Семестр 8

Тема 1. Заболеваний слюнных желез у детей.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Классификация заболеваний слюнных желез у детей.
2. Острый паротит новорожденного, острый эпидемический паротит. Этиология, патогенез заболевания. Клиника, диагностика, лечение, исходы.
3. Хронический паренхиматозный паротит у детей. Этиология, патогенез заболевания. Клиника, диагностика, лечение, исходы.
4. Слюннокаменная болезнь. Этиология, патогенез заболевания. Клиника, диагностика, лечение, исходы.

Ситуационные задачи

Пациент А., 9 лет. Беспокоит припухлость, сильная распирающая боль в околоушно-жевательной области справа, повышение температуры тела до 39°C, усиление боли при приеме пищи. Связывает начало заболевания с переохлаждением. Объективно: состояние средней тяжести. Дыхание везикулярное, ЧД — 16/мин, пульс ритмичный, ЧСС — 90/мин, АД — 130/80 мм Hg. Умеренный отек тканей околоушной области справа, мягкие ткани инфильтрированы, пальпация болезненна. Рег os: из устья стенового протока справа — обильное отделение гноя. ОАК: лейкоциты — 12×10^9 /л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ — 15 мм/ч. При УЗИ околоушной слюнной железы полостных образований и конкрементов не выявлено, отмечается умеренное расширение протоков правой околоушной слюнной железы.

Тесты

1. Возбудителем эпидемического паротита является
 - 1) диплококк
 - 2) стрептококк
 - 3) стафилококк
 - 4) фузобактерия
 - 5) фильтрующий вирус
2. Чаще всего эпидемическим паротитом болеют
 - 1) дети
 - 2) взрослые
 - 3) подростки
 - 4) пожилые люди
3. При эпидемическом паротите поражается
 - 1) строма
 - 2) паренхима
 - 3) Вартонов проток
 - 4) Стенонов проток
 - 5) Протоки II и III
4. Форма течения эпидемического паротита сопровождающаяся повышением температуры до 37,5-38 градусов
 - 1) легкая
 - 2) тяжелая
 - 3) средней тяжести
5. При эпидемическом паротите объем слюнной железы
 - 1) уменьшается
 - 2) увеличивается
 - 3) не изменяется
6. Иммуитет после перенесенного эпидемического паротита
 - 1) стойкий
 - 2) кратковременный
07. При лечении инфекционного паротита местно применяют
 - 1) холод
 - 2) эмболизацию
 - 3) тепловые процедуры
8. Общими осложнениями эпидемического паротита являются
 - 1) гастрит, цистит
 - 2) остеомиелит, невралгия
 - 3) дуоденит, илеит, проктит
 - 4) орхит, панкреатит, менингит
9. Лечение эпидемического паротита заключается
 - 1) в лучевой терапии
 - 2) в дезинтоксикационной терапии

- 3) в бужировании протоков
 - 4) контрастной сиалографии
10. Местными осложнениями эпидемического паротита являются проктит
- 5) менингит
 - 6) невралгия
 - 7) абсцедирование
 - 8) образование конкрементов

Тема 2. Заболевания ВНЧС

Контрольные вопросы для собеседования

1. Первично-костные повреждения и заболевания височно-нижнечелюстного сустава. Классификация.
2. Остеоартрит, остеоартроз, костный анкилоз. Этиология, патогенез этих заболеваний.
3. Вторичный деформирующий остеоартроз. Причины развития. Клиника, диагностика. Комплексное лечение.
4. Современные методы хирургического лечения, возрастные показания.
5. Цели и задачи ортодонтического лечения, профилактика остеоартроза и анкилоза.
6. Функциональные заболевания височно-нижнечелюстного сустава в детском и юношеском возрасте. Этиология, патогенез, клинические проявления.

Ситуационные задачи

Пациентка Е., 18 лет. Беспокоят периодические ноющие боли в области козелка справа, отдающие в щеку и висок. Значительное усиление болей при жевательной нагрузке. Умеренное ограничение открывания рта (заметила случайно при зевании). Из анамнеза: в 15-летнем возрасте травма — ударилась подбородком во время катания на коньках. Болезненные явления прошли в течение 2 недель, за медицинской помощью не обращалась. Объективно: пальпация в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) справа болезненна, при открывании рта S-образное движение подбородка с максимальным отклонением вправо. Нагрузочные пробы отрицательные. Прикус не нарушен. На рентгенограмме по Шюллеру: минимальные остеосклеротические изменения верхушки суставного отростка нижней челюсти справа, сужение суставной щели справа.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?

2. План обследования?
3. План лечения?

Тесты

1. Височно-нижнечелюстной сустав - это парное сочленение, образованное ниже-челюстной и:

- 1) - теменными костями;
- 2) - височными костями;
- 3) - затылочной костью;
- 4) - верхнечелюстными костями;
- 5) - лобной костью;
- 6) - клиновидной костью.

2. Какой формы суставная головка мышцелкового отростка нижней челюсти ?:

- 7) - круглой;
- 8) - эллипсоидной;
- 9) - плоской;
- 10) - шаровидной;
- 11) - конусовидной.

3. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается спереди:

- передним краем каменисто - барабанной щели;

- 1) - суставной ямкой;
- 2) - суставным бугорком;
- 3) - скуловым отростком.

4. Нижнечелюстная (суставная) ямка височной кости ограничивается сзади:

- 1) - передним краем каменисто - барабанной щели;
- 2) - суставной ямкой;
- 3) - суставным бугорком;
- 4) - скуловым отростком.

5. Каменисто - барабанная щель делит нижнечелюстную ямку на две части:

- 1) - переднюю и заднюю;
- 2) - внутреннюю и наружную;
- 3) - верхнюю и нижнюю.

6. Височно-нижнечелюстной сустав относится к:

- 1) - конгруэнтным суставам;
- 2) - инконгруэнтным суставам;
- 3) - и к тем и к другим.

7. За счет чего выравнивается инконгруэнтность височно-нижнечелюстного сустава ?:

- 1) - суставного бугорка и суставной ямки;
- 2) - суставной головки и диска;
- 3) - капсулы и диска;
- 4) - капсулы и связок;

- 5) - суставного бугорка, капсулы, связок и диска.
8. В каком возрасте суставной бугорок отсутствует ?:
- 1) - у новорожденных;
 - 2) - до 5-6 летнего возраста;
 - 3) - до 8-12 летнего возраста;
 - 4) - до 16 летнего возраста;
 - 5) - до 22 летнего возраста.
9. В каком возрасте появляется суставной бугорок ?:
- 1) - к 1-2 месяцу жизни ребенка;
 - 2) - к 3-6 месяцу жизни ребенка;
 - 3) - к 7-8 месяцу жизни ребенка;
 - 4) - к 1-му году жизни ребенка;
 - 5) - ко 2-му году жизни ребенка;
 - 6) - к 3-му году жизни ребенка.
10. Суставной бугорок полностью оформляется в возрасте:
- 1) - 1-2-х лет;
 - 2) - 2-3-х лет;
 - 3) - 4-6 лет;
 - 4) - 6-7 лет;
 - 5) - 8-9 лет;
 - 6) - 10-11 лет.
11. Суставная головка при движении нижней челюсти скользит по:
- 1) - заднему скату суставного бугорка;
 - 2) - переднему скату суставного бугорка;
 - 3) - по наружной поверхности суставного бугорка;
 - 4) - по внутренней поверхности суставного бугорка.
12. Высота суставного бугорка:
- 1) - зависит от возраста и зубной окклюзии;
 - 2) - зависит только от возраста;
 - 3) - зависит только от зубной окклюзии;
 - 4) - не зависит от возраста и зубной окклюзии.
13. В пожилом возрасте высота суставного бугорка:
- 1) - увеличивается сильно;
 - 2) - немного увеличивается;
 - 3) - остается без изменений;
 - 4) - уменьшается.
14. В каком возрасте наибольшая высота суставного бугорка ?:
- 1) - 15-20 лет;
 - 2) - у людей среднего возраста;
 - 3) - у людей пожилого возраста;
 - 4) - у стариков.
15. При каком прикусе наибольшая высота суставного бугорка ?:
- 1) - глубоком;
 - 2) - косом;

- 3) - ортогнатическом;
 - 4) - прогнатическом;
 - 5) - прогеническом;
 - 6) - открытом.
16. Суставной диск представляет собой?:
- 1) - двояковыпуклую пластинку;
 - 2) - двояковогнутую пластинку;
 - 3) - плоскую пластинку.
17. Объем верхнего этажа височно - нижнечелюстного сустава составляет:
- 1) - 0,5 мл;
 - 2) - 1,0 мл;
 - 3) - 1,5 мл;
 - 4) - 2,0 мл;
 - 5) - 2,5 мл;
 - 6) - 3,0 мл.
18. Объем нижнего этажа височно - нижнечелюстного сустава составляет:
- 1) - 0,5 мл;
 - 2) - 1,0 мл;
 - 3) - 1,5 мл;
 - 4) - 2,0 мл;
 - 5) - 2,5 мл;
 - 6) - 3,0 мл.
19. Может ли острое респираторное заболевание вызвать развитие артрита височно - нижнечелюстного сустава ?:
- 1) - практически всегда;
 - 2) - может, но не во всех случаях;
 - 3) - практически не может.
20. Аллергические заболевания могут ли стать причиной возникновения артрита височно-нижнечелюстного сустава ?:
- 1) - практически всегда;
 - 2) - могут, но не во всех случаях;
 - 3) - практически не могут.
33. Может ли переохлаждение быть причиной развития артрита височно-нижнечелюстного сустава ?:
- 1) - практически всегда;
 - 2) - может, но не во всех случаях;
 - 3) - практически не может.

Тема 3. Родовая травма и её последствия. Травма мягких тканей и костей ЧЛО у детей.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Родовая травма и её последствия.
2. Лечение вывихов и переломов зубов у детей. Методы иммобилизации.
3. Травма костей лица у детей. Ушибы и переломы костей лица у детей.
4. Переломы по типу “зеленой ветки”, поднадкостничные переломы.
5. Методы фиксации костных отломков в детском возрасте. Сроки заживления переломов.
6. Осложнения, развивающиеся у детей после различного вида травм челюстных и лицевых костей. Их предупреждение.

Ситуационные задачи

Подросток 15 лет, был доставлен в стационар машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, головокружение, рвоту. Из анамнеза выяснено, что пациента сбила машина. При осмотре наблюдается кровотечение из носа и рта. Пальпация костей нижней челюсти резко болезненная.

Вопросы и задания:

- 1) Ваш предварительный диагноз
- 2) Дополнительные методы обследования.

Тесты

1. Центральные резцы верхней челюсти у ребёнка трех лет при неполном вывихе рекомендуется
 - 1) удалить
 - 2) репонировать и шинировать
 - 3) репонировать
 - 4) оставить под наблюдение
 - 5) восстановить их положение, используя ортодонтическую конструкцию
2. При неполном вывихе центральных резцов у ребенка полутора лет рекомендуется
 - 1) удалить
 - 2) репонировать и шинировать
 - 3) репонировать
 - 4) оставить под наблюдение
 - 5) ортодонтическое лечение
3. В ближайшие часы после ранений языка, мягкого неба, тканей дна рта опасность для жизни ребенка представляет
 - 1) нарушение речи
 - 2) нарушение приема пищи
 - 3) асфиксия
 - 4) нарушение сна
 - 5) развитие гнойно-некротического процесса

4. Наиболее частая локализация переломов нижней челюсти по типу «зеленой ветки» это

- 1) угол
- 2) мышцелковый отросток
- 3) подбородочный отдел нижней челюсти
- 4) тело нижней челюсти
- 5) венечный отросток

5. Диспансерное наблюдение ребенка с переломом мышцелкового отростка нижней челюсти продолжается до

- 1) выявления рентгенологических признаков костной мозоли в области перелома
- 2) формирования постоянного прикуса
- 3) одного-двух лет после травмы
- 4) трех-четырех лет после травмы
- 5) 16 – 18-летнего возраста

Тема 4. Этиология повреждений мягких тканей рта и лица у детей.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Этиология повреждений мягких тканей рта и лица у детей.
2. Ожоги и отморожения. Клиника, лечение, исходы.
3. Общие показания к пластическим операциям в детском возрасте.
4. Диспансерное наблюдение и реабилитация детей, перенесших травму челюстно-лицевой области.

Ситуационные задачи

Девочка 12 лет, упала и ударилась о мраморную ступеньку. Обратилась в поликлинику с жалобами на боль в области центральных зубов, кровотечение, невозможность закрыть рот. При осмотре разрывы слизистой оболочки, кровотечение из раны, подвижность альвеолярного отростка.

Вопросы и задания:

- 1) Поставьте предварительный диагноз.
- 2) Назначьте дополнительные методы обследования.

Тесты

1. Наиболее характерным видом травмы временных зубов является
 - 1) перелом центральных резцов
 - 2) вывих центральных резцов

- 3) ушиб клыков
- 4) вывих моляров
- 5) ушиб моляров

2. Исходом травмы зачатка зуба является

- 1) флюороз
- 2) одонтома
- 3) местная гипоплазия
- 4) цементома
- 5) системная гипоплазия

3. Центральные резцы верхней челюсти при вколоченном вывихе у ребенка трех лет рекомендуется

- 1) оставить под наблюдением
- 2) репонировать
- 3) удалить
- 4) выдвинуть в зубной ряд ортодонтическими методами
- 5) репонировать и шинировать

4. Центральные временные резцы верхней челюсти у ребенка шести лет при неполном вывихе рекомендуется

- 1) удалить
- 2) репонировать и шинировать
- 3) репонировать
- 4) оставить под наблюдение
- 5) депульпировать и оставить под наблюдение

5. При неполном вывихе временных резцов у ребенка 5-ти лет рекомендуется

- 1) зубы трепанировать, запломбировать за верхушки корней
- 2) зубы трепанировать, запломбировать до верхушек корней
- 3) репозиция зубов, их фиксация, наблюдение
- 4) их удаление
- 5) ортодонтическое лечение

6. Поднадкостничные переломы преобладают у детей в возрасте

- 1) 6 – 7 лет
- 2) 10-11 лет
- 3) 11-13 лет
- 4) 13-15 лет

7. Предрасполагающими факторами вывиха временных резцов верхней челюсти являются

- 1) множественный их кариес
- 2) физиологическая резорбция корня

- 3) глубокое резцовое перекрытие
- 4) открытый прикус
- 5) диастема

8. При электротравме возникают обычно ожоги:

- 1) 1 степени
- 2) 2 степени
- 3) 3 степени
- 4) 4 степени
- 5) ответы 3+4

9. Особенности ожогов лица являются:

- 1) большой отек рыхлой клетчатки и устрашающий вид
- 2) степень ожога при равной интенсивности и экспозиции температурного воздействия на лице больше, чем на других частях тела
- 3) наличие ожогов разных степеней на соседних участках
- 4) ответы 1+2
- 5) ответы 1+2+3

Семестр 9

Тема 1. Опухоли костей лица – доброкачественные и злокачественные.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Опухоли костей лица – доброкачественные и злокачественные. Определение. Классификация. Методы диагностики.
2. Одонтогенные образования – кисты, одонтогенные опухоли челюстей. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Особенности лечения. Особенности распознавания и тактика хирургического лечения новообразований у детей.
4. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.
5. Принципы онкологической настороженности. Комплексная реабилитация детей с костными новообразованиями.

Ситуационные задачи

Больная Н., 14 лет, за 2 месяца до госпитализации появилось слабость, боль в костях, периодически повышалась температура, тогда же возник отек в околоушной области слева, ограничивающий открывание рта. Лечение антибиотиками эффекта не давало, до 1,5 см увеличились лимфатические регионарные узлы. В амбулаторном анализе крови к моменту поступления: Нb 89 г/л, эр. $3,0 \cdot 10^{12}/л$, тр. $29 \cdot 10^9$, л. $9,6 \cdot 10^9 / л$, бл. 84%, п. 1%, с. 4%, лим. 10%,

мон. 1%; СОЭ 57 мм/ч. В костном мозге 84 % лимфобластов. При осмотре: асимметрия лица за счет плотного безболезненного отека в левой околоушной области; слизистая оболочка полости рта бледная, с точечными геморрагиями.

Вопросы и задания:

- 1) Установите диагноз.
- 2) Назначьте дополнительные методы обследования.

Тесты

1. При кровотечении из раны или опухоли н/ч проводят пальцевое прижатие:
 - 1) лицевой артерии у края н/ч
 - 2) общей сонной артерии
 - 3) нижнечелюстной артерии
 - 4) язычной артерии
 - 5) ответы 3+4

2. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:
 - 1) гноя
 - 2) лимфы
 - 3) крови
 - 4) мутной жидкости
 - 5) прозрачной опалесцирующей жидкости

3. Основным методом лечения больного с врожденным свищем шеи является его:
 - 1) перевязка
 - 2) иссечение
 - 3) прошивание
 - 4) криодеструкция
 - 5) склерозирование

4. Дифференциальная диагностика инфицированной лимфангиомы поднижечелюстной области прежде всего осуществляется с:
 - 1) одонтогенной флегмоной
 - 2) воспалением поднижечелюстной слюнной железы
 - 3) гнойным лимфаденитом (аденофлегмоной)
 - 4) опухолеподобными образованиями мягких тканей лица (гемангиома, нейрофиброматоз) или костей лица (фиброзная дисплазия)
 - 5) все перечисленное

Тема 2. Одонтогенные новообразования костей ЧЛЮ

Контрольные вопросы для собеседования

1. Одонтогенные образования – кисты, одонтогенные опухоли челюстей.
2. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
3. Особенности лечения.
4. Особенности распознавания и тактика хирургического лечения новообразований у детей.
5. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.
6. Принципы онкологической настороженности.
7. Комплексная реабилитация детей с костными новообразованиями.

Ситуационные задачи

Пациент Д., 30 лет. В течение 12 лет персистирует узловое образование в левой околоушной области. За это время его диаметр увеличился с 1,5 до 2 см. При профилактических осмотрах пациент обращал внимание врачей на наличие этого образования. Выставлялся диагноз «Аденома левой околоушной слюнной железы». Был информирован о возможности удаления опухоли (резекция околоушной слюнной железы), но в связи с отсутствием тенденции к росту и риском повреждения лицевого нерва было рекомендовано динамическое наблюдение. Объективно: в левой околоушной области пальпаторно определяется опухоль, безболезненная, 2 см в диаметре. Консистенция плотноэластическая, очертания полициклические, поверхность гладкая. В верхней трети шеи слева — плотноэластический смещаемый лимфатический узел 1 см в диаметре, округлый, безболезненный.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. План обследования?
3. Укажите на ошибки обследования пациента?

Тесты

1. Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерны изменения костной ткани:
 - 1) в виде "тающего сахара"
 - 2) с нечеткими границами в области одного или нескольких зубов
 - 3) в виде нескольких полостей с четкими контурами
 - 4) с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов
 - 5) с образованием секвестра
2. Основным методом лечения кист челюстей небольшого размера является:
 - 1) Цистэктомия
 - 2) криодеструкция
 - 3) склерозирование

- 4) частичная резекция челюсти
- 5) выскабливание через лунку удаленного зуба

3. Показанием для цистэктомии радикулярных кист челюстей является:

- 1) прорастание кисты в полость носа
- 2) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
- 3) небольшие размеры (в области 3-х зубов)
- 4) большие размеры (в области 3-х зубов)
- 5) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

4. Операция ороназальная цистотомия проводится у больных при радикулярных кистах:

- 1) оттеснивших полость носа
- 2) нижней челюсти больших размеров
- 3) оттеснивших верхнечелюстную пазуху
- 4) прорастающих в верхнечелюстную пазуху
- 5) Расположенных в области трех и более зубов верхней челюсти

5. Подготовка к операции цистэктомия включает пломбирование:

- 1) корня "причинного" зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов-антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

6. Подготовка к операции цистотомия включает пломбирование:

- 1) корня "причинного" зуба
- 2) корней всех зубов, прилежащих к кисте
- 3) зубов-антагонистов
- 4) всех зубов, корни которых обращены в полость кисты
- 5) тех зубов, корни которых запломбированы не полностью

7. Двухэтапная цистэктомия, при локализации радикулярной кисты на верхней челюсти, проводится в тех случаях когда киста больших размеров:

- 1) прорастает поднадкостнично
- 2) оттесняет дно верхнечелюстной пазухи
- 3) располагается во фронтальном отделе
- 4) располагается в области премоляров
- 5) часто нагнаивается

Тема 3. Врожденные расщелины верхней губы и неба.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Врожденные расщелины верхней губы и неба.
2. Статистика, классификация.
3. Анатомические и функциональные нарушения.
4. Влияние врожденных расщелин губы и неба на общее развитие организма ребенка.
5. Вторичные деформации челюстей при расщелинах неба.
6. Сроки и задачи операций при врожденных расщелинах верхней губы и неба.
7. Возрастные показания к хирургическому лечению.

Ситуационные задачи

Задача № 1.

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с врожденной односторонней изолированной скрытой расщелиной верхней губы? Что в советах совсем не указано или указано неверно?

1. Хорошо запеленать.
2. Взять на руки в вертикальном положении.
3. Кормить грудью или из чайной ложечки.
4. Первые 3 месяца кормить 6 раз в сутки, а затем - 4.

Задача № 2.

Дайте совет матери. Как кормить ребенка с врожденной полной двусторонней изолированной расщелиной верхней губы? Что в совете совсем не указано или указано неверно?

1. Хорошо запеленать.
2. Взять ребенка на руки в положении вертикально.
3. Кормить грудью или сцеженным молоком используя соску с большим отверстием, а затем ложкой.
4. В первые 3 месяца кормить новорожденного 6-8 раз в сутки, затем - 4.

Задача № 3.

Дайте совет матери. Как кормить новорожденного с врожденной изолированной неполной расщелиной неба? Что в совете совсем не указано или указано неверно?

1. Хорошо запеленать.
2. Взять на руки.
3. Кормить только через соску, а затем пипеткой или из чайной ложечкой небольшими порциями (не смотря на все трудности).
4. Первые 3 месяца кормить 6-8 раз, затем - 4 раза в сутки.

Тесты

1. При врожденных расщелинах верхней губы нарушаются следующие функции:
 - 1) жевания
 - 2) глотания
 - 3) сосания
 - 4) слуха
 - 5) нарушены все указанные функции

2. При врожденных расщелинах неба нарушаются следующие функции:
 - 1) дыхания
 - 2) глотания
 - 3) сосания
 - 4) речи
 - 5) нарушены все указанные функции

3. Фактором риска возникновения зубочелюстных аномалий у детей является:
 - 1) гипоплазия эмали
 - 2) флюороз
 - 3) раннее удаление временных зубов
 - 4) гингивит
 - 5) пародонтит

Тема 4. Врожденная патология слизистой оболочки рта.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Короткая уздечка верхней губы. Клиника, показания к операции. Сроки и способы хирургического лечения.
2. Короткая уздечка нижней губы. Клиника, показания к операции и техника оперативного вмешательства.
3. Мелкое преддверие полости рта. Клиника, показания к операции, техника вестибулопластики.
4. Короткая уздечка языка. Клиника, показания к операции. Сроки и методы оперативного вмешательства.
5. Комплексное лечение детей с короткими уздечками губ, языка и мелким преддверием полости рта.
6. Аномалии количества зубов у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.
7. Аномалии прорезывания зубов у детей. Этиология, клиника, диагностика и лечение.

Ситуационные задачи

Задача №1. Ребенку 1 месяц. Со слов мамы, жалобы на затрудненное сосание, беспокойный сон, ребенок плохо набирает вес.

Из анамнеза: ребенок доношенный, родился в срок, вес 2кг900 г, рост 50 см, вскармливание грудное. Осмотрен врачом-педиатром: патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Направлен на консультацию к врачу-стоматологу.

Объективно: конфигурация лица не изменена, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, уздечка языка короткая, тонкая, прозрачная, вплетается в кончик языка. Движение языка ограничены, при плаче ребенка кончик языка раздваивается.

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения больного.
3. Определите сроки оперативного вмешательства.

Тесты

Аномалии уздечек губ и языка относятся к врожденным:

- а) порокам развития отдельных анатомических образований челюстно-лицевой области;
- б) системным аномалиям формообразования мягких тканей и костей лица;
- в) аномалиям и порокам развития зубов.

2. Оптимальным сроком оперативного лечения короткой уздечки верхней губы является возраст:

- а) 5 лет;
- б) 7-8 лет;
- в) 12 лет.

3. Показаниями к оперативному вмешательству при короткой уздечке нижней губы являются:

- а) наличие очагового гингивита;
- б) маргинального периодонтита;
- в) наличие диастемы между центральными резцами.

4. После проведения пластики короткой уздечки верхней губы при наличии диастемы ортодонтическое лечение показано:

- а) до операции;
- б) после операции через 10-14 дней;
- в) после операции через 30 дней.

5. Пластика встречными треугольными лоскутами по Лимбергу показана при:

- а) короткой уздечке нижней губы;
- б) короткой и мощной уздечке верхней губы;
- в) короткой уздечке языка.

6. Ретенция зубов относится к аномалиям:

- а) сроков прорезывания зубов;
- б) формирования зубов;
- в) количества зубов.

7. Основная причина ретенции зубов верхней челюсти:

- а) аномалии положения зачатка зуба;
- б) наличие в толще альвеолярного отростка сверхкомплектных зубов.

8. Адентия зубов относится к аномалиям:

- а) сроков прорезывания зубов;
- б) формирования зубов;
- в) количества зубов.

9. Гиподентия возникает при:

- а) задержке прорезывания зубов;
- б) наличии сверхкомплектных зубов;
- в) отсутствии зачатков зубов.

10. Гипердентия возникает при:

- а) ретенции зубов;
- б) отсутствии зачатков зубов;
- в) наличии сверхкомплектных зубов.

Тема 5. диагностика и хирургическое лечение новообразований ЧЛЮ у детей.

Контрольные вопросы для собеседования

1. Особенности распознавания и тактика хирургического лечения новообразований у детей. Показания и противопоказания к применению лучевой терапии в зависимости от возраста ребенка и вида опухоли.
2. Принципы онкологической настороженности.
3. Комплексная реабилитация детей с костными новообразованиями.

Ситуационные задачи

Больной, 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижнего века, крыла носа, щеки слева. Боли периодические, режущие жгучие, сверлящие. Наблюдаются при осмотре деформация верхней челюсти слева. На рентгенограмме в области верхней челюсти слева определяется интенсивная плотная тень. Поставьте диагноз. План лечения.

Тесты

1. Основным методом лечения больного с фиброматозом является:
 - 1) Химиотерапия
 - 2) лучевая терапия
 - 3) Комбинированное лечение
 - 4) иссечение новообразования вместе с надкостницей
 - 5) резекция челюсти

2. Клиническая картина периферической гигантоклеточной гранулемы характеризуется:
 - 1) ограниченным участком ороговения десны
 - 2) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
 - 3) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - 4) синюшно-бурым бугристым новообразованием на десне мягкой консистенции
 - 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

3. Клиническая картина амелобластомы характеризуется:
 - 1) болезненным дефектом костной ткани челюсти
 - 2) безболезненной деформацией челюсти в виде вздутия
 - 3) рыхлым болезненным кровоточащим новообразованием десны
 - 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
 - 5) 2-3 эрозиями десны, без тенденции к кровоточивости и эпителизации

4. Рентгенологическая картина амелобластомы характеризуется:
 - 1) костными изменениями типа "тающего сахара"
 - 2) костными изменениями типа "матового стекла"
 - 3) деструкцией кости в виде множественных очагов
 - 4) резорбцией кортикальной пластинки челюсти на всем протяжении, разрежением с четкими границами, разделенными костными перегородками
 - 5) диффузной деструкцией губчатого вещества челюсти на всем протяжении

5. Клиническая картина составной одонтомы характеризуется:
 - 1) свищами на коже
 - 2) контрактурой челюстей
 - 3) бессимптомным течением
 - 4) плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов

- 5) Наличием острых краев в области альвеолярного отростка

6. Рентгенологическая картина сложной адантомы характеризуется:
 - 1) отсутствием костных изменений в области одонтомы
 - 2) ограниченной гомогенной тенью плотнее кости с ободком просветления
 - 3) резорбцией кортикальной пластинки на всем протяжении челюсти с ободком затемнения
 - 4) очаговой деструкцией губчатого вещества на всем протяжении челюсти
 - 5) наличием зачатка несформировавшегося зуба

7. Для рентгенологической картины кистозной формы гигантоклеточной опухоли характерно:
 - 1) очаговое разрежение в виде кисты, с четкими границами
 - 2) наличие мелких полостей, разделенных костными перегородками
 - 3) разрушение кортикального слоя бесструктурным очагом разрежения, рассасывание верхушек корней зубов
 - 4) наличие кисты с зачатком зуба
 - 5) наличие секвестра

8. Основными методами лечения больных с кавернозной гемангиомой являются:
 - 1) Прошивание
 - 2) электрорезекция
 - 3) лучевое воздействие
 - 4) склерозирующая терапия
 - 5) криодеструкция, лазерокоагуляция