

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 стома-  
тологического факультета очно-заочной 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 очно-заочной формы обучения по специальности 31.05.03 - Стоматология к дисциплине «Детская челюстно-лицевая хирургия»/ Л.Б. Филимонова, Кулаева Е.С. – Рязань, 2018. – 22 с.

**ISBN**

Методические указания подготовлены на кафедре хирургической стоматологии ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. Предназначены для самостоятельной подготовки студентов стоматологического факультета очно-заочной 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 9**

**Тема 1. Особенности строения органов и систем челюстно-лицевой области у детей. Организация работы детского хирургического кабинета. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара.**

### **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.
6. Обезболивание хирургических вмешательств у детей в условиях поликлиники и стационара.
7. Седативная подготовка ребенка.
8. Показания к выбору метода обезболивания у детей различного возраста.
9. Методика проведения различных видов обезболивания.
10. Местные и общие осложнения местной анестезии.
11. Реанимационное пособие детям при неотложных состояниях

### **Ситуационные задачи**

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

3. 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

4. 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

5. 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. Амбулаторные хирургические операции

## **Контрольные вопросы для собеседования**

1. Показания в детском возрасте к удалению временных и постоянных зубов
2. Особенности проведения операции удаления временного зуба.
3. Осложнения во время и после операции, их предупреждение и лечение.
4. Сверхкомплектные и ретинированные зубы.
5. Затруднённое прорезывание зубов 18, 28, 38, 48.
6. Особенности динамики развития одонтогенных воспалительных процессов в детском возрасте.
7. Периостит челюстных костей.
8. Клиника острого и хронического периостита челюстных костей у детей различного возраста.
9. Одонтогенные воспалительные кисты у детей.

## **Ситуационные задачи**

Задача 1. 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 3.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 области 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 4. 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

## **Семестр 10**

### **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

### Задача 1.

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: Нв 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 4. 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: Нв 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

## Семестр 11

**Тема 1. диагностика и хирургическое лечение новообразований ЧЛО 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

## **Тема 2. 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: Нв 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 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 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