

**Частное образовательное учреждение высшего образования
Новосибирский медико-стоматологический институт
ДЕНТМАСТЕР
(ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»)**

**КЛЮЧИ
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО
ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ)
ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

по основной профессиональной
образовательной программе
высшего образования - программе подготовки кадров
высшей квалификации
в ординатуре по специальности
31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия

Квалификация
«Врач - челюстно-лицевой хирург»
Виды профессиональной деятельности,
к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:
профилактическая;
диагностическая;
лечебная;
реабилитационная;
психолого-педагогическая;
организационно-управленческая
форма обучения - очная
срок получения образования по программе ординатуры – 2 года

на 2023-2024 учебный год

Новосибирск, 2023

СОГЛАСОВАНО:
Ученым советом
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»



УТВЕРЖДАЮ:
РЕКТОР
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

Протокол № 1 от «25» апреля 2023 года

Б.В. Шеплев
доктор медицинских наук
«25» апреля 2023 года

КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

1. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)

1.1 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ор- динаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть)

Вопросы для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть) находятся в документе «Оценочные материалы по программе Б2.В.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)» (см. пункт 6.1.1, стр. 14-15).

Ответ к вопросу № 1

Асептика – система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани пациента в процессе любых врачебных мероприятий.

Асептика включает стерилизацию инструментов, приборов и пр., специальную обработку рук хирурга, соблюдение особых приемов во время лечебных процедур, осуществление специальных гигиенических и организационных мероприятий.

Ответ к вопросу № 2

Антисептика – система мероприятий, направленных на уменьшение количества микроорганизмов в операционном поле, ран.

Важным элементом асептики является стерилизация. *Стерилизация* – это совокупность физических и химических способов полного освобождения объектов внешней среды (инструменты, перевязочный материал и др.) от микроорганизмов и их спор. Стерилизации подвергаются все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, кровью, инъекруемыми препаратами и т. д.

Процесс стерилизации включает несколько этапов:

- дезинфекция;
- предстерилизационная очистка;
- стерилизация;
- хранение стерильных инструментов и материала.

Ответ к вопросу № 3

Местная анестезия – это вид обезболивания в стоматологии, при котором в ткани вводится

раствор анестетика, блокирующий чувствительность нервных окончаний и передачу болевых импульсов по чувствительным (афферентным) нервным волокнам. Вариантами проведения местного обезболивания в стоматологии являются – *инфильтрационная, проводниковая или аппликационная анестезия.*

Аппликационная анестезия в стоматологии используется только для обезболивания слизистой оболочки полости рта.

При инфильтрационной анестезии анестетик вводится под слизистую оболочку в области переходной складки (т.е. в проекции вершечек корня зуба).

Проводниковая анестезия – в стоматологии используется чаще всего только для обезболивания 6-7-8 нижних зубов. Для обезболивания 6-7-8 нижних зубов используются следующие виды проводниковой анестезии – торусальная анестезия и мандибулярная анестезия.

Ответ к вопросу № 4

На данный момент наиболее современными анестетиками в стоматологии считаются препараты на основе артикаина гидрохлорида. К этой группе относятся Ультракаин, Убистезин, Септанест и другие. Анестетики с артикаином превосходят по эффективности Лидокаин – в 2 раза, а Новокаин – в 5-6 раз. Что касается длительности анестезии, то она будет зависеть от концентрации вазоконстриктора в составе препарата.

Вазоконстрикторы вызывают спазм сосудов в зоне инъекции анестетика. В результате уменьшается капиллярный кровоток, а значит и скорость вымывания анестетика из тканей. В качестве вазоконстриктора чаще всего используется эпинефрин – в концентрациях 1:100 000 или 1:200 000, но для пациентов групп риска существует форма выпуска и вовсе без содержания вазоконстриктора.

Ответ к вопросу № 5

Осложнения местного обезболивания – это нежелательные реакции, возникающие в результате введения местного анестезирующего препарата.

К местным осложнениям относятся:

1. Повреждение стенки кровеносного сосуда приводит к образованию гематомы и болезненной припухлости
2. Ишемия мягких тканей
3. Парез нервных окончаний мимической мускулатуры
4. Кровотечение из раневого канала
5. Возможно кровотечение из носа при неаккуратном проведении резцовой анестезии
6. Развитие мышечной контрактуры
7. Диплопия при попадании иглы в канал глазного нерва при выполнении инфраорбитальной анестезии
8. Перелом иглы
9. Воздушная эмфизема ткани
10. Инфицирование мягких тканей при выполнении манипуляций нестерильными инструментами
11. Ошибочное введение других растворов вместо анестетика

Ответ к вопросу № 6

К общим осложнениям относятся:

1. Психогенная реакция
2. Аллергические реакции включают в себя:
 - Крапивница
 - Отёк Квинке
 - Анафилактический шок
1. Обморок
2. Коллапс

3. Токсические реакции на раствор анестетика
4. Гипертонический криз
5. Ишемия миокарда
6. Аритмия
7. Астматический статус
8. Судорожные состояния;
9. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома
10. Острая дыхательная недостаточность

Ответ к вопросу № 7

Удаление зуба является одной из самых распространенных операций в стоматологической практике.

Как правило, это вмешательство производят, прилагая силу извне. Щипцы и элеваторы действуют как рычаг. При этом происходит нарушение целостности слизистой оболочки, покрывающей зубочелюстной сегмент, травмируется надкостница, пародонт и находящиеся в нем сосуды и нервы, а также повреждается надкостница и костная ткань альвеолы.

К срочному удалению зуба прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте. По неотложным показаниям удаляют зубы, являющиеся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околочелюстном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности.

В порядке неотложной помощи удаляют зуб при продольном его переломе, переломе коронковой части с обнажением пульпы, если коронку его невозможно восстановить путем пломбирования или ортопедического лечения.

Ответ к вопросу № 8

Показания к плановому удалению зуба следующие:

- безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости;
- невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней); погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба;
- полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования;
- подвижность III степени и выдвигание зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза;
- неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению;
- не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно;
- расположенные в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению;
- сверхкомплектные зубы;
- выдвинувшиеся в результате потери антагониста зубы.

Ответ к вопросу № 9

Противопоказания:

- сердечно-сосудистые (прединфарктное состояние и время в течение 3-6 мес после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь II и III степени, в том числе в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

- острые заболевания паренхиматозных органов - печени, почек, поджелудочной железы;
- геморрагические диатезы; заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);
- острые инфекционные заболевания;
- заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

Ответ к вопросу № 10

Местными противопоказаниями к удалению зуба являются:

- острая лучевая болезнь I-III стадии;
- заболевания слизистой оболочки полости рта (язвенно-некротические гингивиты, стоматиты);
- поражения слизистой оболочки полости рта при таких заболеваниях, как скарлатина, туберкулез, сифилис, лепра, вирусные процессы (герпесы, ВИЧ-инфекция, грибковые инфекции);
- аллергические и токсикоаллергические заболевания;
- предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

Ответ к вопросу № 11

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. Образуется кровяной сгусток в лунке, который замещается грануляционной, затем остеоидной тканью. К 7 - 8-му дню грануляционная ткань замещает значительную часть кровяного сгустка, который сохраняется только в центральной части лунки. Первые признаки эпителизации раны выявляют уже на 3-й день после удаления зуба. Полная эпителизация поверхности раны (в зависимости от ее размеров) завершается к 14 - 18-му дню.

При воспалительных явлениях в лунке процесс заживления раны после удаления такого зуба происходит в более поздние сроки, в 10-14 дней.

Более значительно выражена задержка образования кости и эпителизации раны при травматичном удалении зуба с разрывом десны и повреждением стенок лунки. Эпителизация раны часто завершается только на 30 - 50-е сутки.

Ответ к вопросу № 12

Перелом коронки или корня удаляемого зуба - самое частое из всех местных осложнений. В некоторых случаях оно связано со значительным поражением зуба кариозным процессом, иногда зависит от анатомических особенностей строения корня и окружающей костной ткани (длинные, тонкие или сильно изогнутые корни при толстых межкорневых перегородках и неподатливых стенках лунки, неравномерное утолщение или значительное расхождение корней). Довольно часто это осложнение возникает вследствие нарушения техники операции: неправильного наложения щипцов, недостаточно глубокого их продвижения, резких движений во время вывихивания зуба, грубого и неправильного применения элеватора и т.д.

При переломе корня зуба необходимо продолжить вмешательство и удалить его.

Ответ к вопросу № 13

Перелом и вывих соседнего зуба могут произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе

следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе произвести реплантацию. Если при реплантации зуб подвижен, можно попытаться укрепить его в кости эндодонтоэндоексальным имплантатом - стабилизатором. Также при невозможности сохранить зуб его удаляют с немедленной установкой имплантата в альвеолу.

Ответ к вопросу № 14

При прободении верхнечелюстной пазухи из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из лунки. Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях возможно кровотечение из соответствующей половины носа. При гнойном процессе в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой, губкой с гентамицином, турундой с обезболивающим и противовоспалительным препаратом «Alvogyl».

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на ее устье накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его шелковыми швами к краям десны или делают каппу. Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью, образуется сгусток. Тампон сохраняется в течение 5 - 7 дней. В этот период сгусток в лунке организуется, разорванная слизистая оболочка пазухи спаивается и начинает рубцеваться.

Ответ к вопросу № 15

Цитологический метод - исследование можно провести независимо от стадии и течения воспалительного процесса в амбулаторных условиях. Материалом для цитологического исследования могут быть мазок-отпечаток, мазок-перепечаток, мазок-соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, свищей, пародонтальных карманов, а также осадок промывной жидкости полости рта и пунктат участка, расположенного в глуболежащих тканях.

Пункцию применяют при необходимости получить материал с участка уплотнения, увеличенных лимфатических узлов и пр.

Биопсия – прижизненное иссечение тканей для микроскопического исследования с диагностической целью. Эта методика позволяет с большей точностью диагностировать патологический процесс. Для биопсии достаточно взять кусочек ткани диаметром 5-6 мм.

Бактериологическое исследование – бактериоскопия материала, получаемого с поверхности слизистой оболочки рта, язв, эрозий. Это исследование проводят во всех случаях, когда нужно уточнить причину поражения слизистой оболочки, при специфических заболеваниях, гнойных процессах, для определения бациллоносительства

Ответ к вопросу № 16

Внутриротовая рентгенография используется для изучения состояния периапикальных тканей, полости зуба, корневых каналов, периодонтальной щели.

Ортопантомография - наиболее эффективная методика для диагностики заболеваний пародонта, которая дает широкий обзор всей зубочелюстной системы, позволяя одновременно увидеть оба зубных ряда и альвеолярных отростка, а также установить характер межзубных контактов.

Телерентгенография – это рентгенография на расстоянии. Этот метод обычно применяется в ортодонтии и позволяет выявить особенности строения лицевого черепа, определить размеры и расположение челюстей по отношению друг к другу и к другим костям черепа, изучить динамику роста костей лицевого скелета, уточнить местоположение отклонений и проследить за изменениями, происходящими в процессе роста под влиянием ортодонтического лечения.

Томография – это послойная рентгенография, применяется обычно с целью изучения особенностей строения височно-нижнечелюстного сустава и выявления болезненных изменений. Этот способ дает возможность делать снимки костей, залегающих на разной глубине.

Сиалогграфия - рентгенологическое исследование состояния протоков слюнных желез с помощью наливки контрастного вещества.

Компьютерная томография (КТ) - принцип метода заключается в регистрации рентгеновского излучения полупроводниковым детекторами с последующей обработкой информации на ЭВМ и воспроизведением ее на экране дисплея в виде среза изучаемой части тела.

Ответ к вопросу № 17

Лимфография – это метод диагностики состояния лимфатической системы человека при помощи контрастного вещества и рентгеновского аппарата.

Показания:

- Патологии развития лимфатических сосудов.
- Воспаление лимфатических сосудов.
- Отеки ног и рук.
- Нарушение кровоотока по венам рук и ног.

Противопоказания:

- Общее тяжелое состояние организма пациента.
- Острые инфекционные заболевания.
- Заболевания сердца, почек, легких, печени.
- Инфекционные заболевания.
- Непереносимость йодсодержащих препаратов.
- Кахексия

Ответ к вопросу № 18

Верхняя челюсть – парная кость лицевого черепа. Она имеет тело и 4 отростка: лобный; альвеолярный; небный отросток и скуловой отросток. Тело верхней челюсти содержит верхнечелюстную (гайморову) пазуху и имеет 4 поверхности: переднюю, глазничную, носовую и подвисочную. Передняя поверхность расположена ниже глазницы. На ней имеются подглазничное отверстие и клыковая ямка. От глазницы она отделяется подглазничным краем, а от носовой поверхности - носовой вырезкой.

Нижняя челюсть – непарная, подвижная кость лицевого черепа. Кость имеет части: тело нижней челюсти и 2 ветви

Ответ к вопросу № 19

Небная кость парная. Состоит из двух пластинок и 3 отростков. Перпендикулярная пластинка входит в состав боковой стенки полости носа, вверху заканчивается двумя отростками – глазничным и клиновидным. Горизонтальная пластинка является частью твердого неба, кзади от нее отходит пирамидальный отросток.

Сошник – непарная кость трапецевидной формы, образует задненижнюю часть костной перегородки носа. Сошник соединяется вверху с клиновидной костью, внизу соединяется с костным небом, спереди – с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости. Задний край сошника свободен и разделяет задние отверстия полости носа - хоаны.

Ответ к вопросу № 20

Скуловая кость – парная. Спереди соединяется со скуловым отростком верхней челюсти, сзади – со скуловым отростком височной кости, образуя скуловую дугу.

Нижняя носовая раковина – парная кость, на боковой стенке носовой полости, под ней находится нижний носовой ход

Носовая кость – парная кость, в виде прямоугольной пластинки образует верхнюю часть

спинки носа. Сверху носовая кость соединена с лобной костью, медиально – с носовой костью противоположной стороны, латерально – с лобным отростком верхней челюсти.

Слезная кость – парная кость, имеет форму прямоугольника и располагается в переднем отделе медиальной стенки глазницы.

Подъязычная кость – непарная, подковообразной формы, расположена на шее книзу и кзади от нижней челюсти. Она имеет тело, большие рога и малые рога

Ответ к вопросу № 21

Мимические мышцы: эта группа мышц отличается от других отсутствием фасций. Сокращаясь, они вызывают сдвиг кожи, образование складок, морщин и определяют мимику лица
Надчерепная мышца покрывает свод черепа и представляет собой единый мышечно-апоневротический пласт, который находится под кожей головы. В мышце различают следующие части: затылочно-лобную, височно-теменную мышцы, сухожильный шлем (надчерепной апоневроз).

Затылочно-лобная мышца имеет лобное и затылочное брюшка, которые соединяются между собой апоневрозом и образуют сухожильный шлем. При сокращении затылочного брюшка шлем натягивается назад, а лобного — образует поперечные складки на лбу, расширяет глазную щель.

Ответ к вопросу № 22

Височно-теменная мышца находится на боковой поверхности черепа, слабо развита, действует невыраженно, оттягивает кожу головы назад и кверху, образует поперечные складки на лбу, поднимает брови.

Круговая мышца глаза плоская, эллипсоидная, располагается в толще век и на костях глазницы. Состоит из глазничной, вековой и слезной частей. При сокращении смыкает веки, регулирует отток слезной жидкости, смещает бровь вниз, разглаживает складки на лбу.

Круговая мышца рта образуется круговыми мышечными пучками, расположенными в толще губ; начинается с угла рта и прикрепляется около срединной линии; закрывает ротовую щель, вытягивает губу вперед.

Ответ к вопросу № 23

Мышца, поднимающая угол рта, берет начало от верхней челюсти; прикрепляется к коже угла рта; поднимает верхнюю губу, тянет угол рта вверх.

Мышца, опускающая угол рта, начинается от нижней челюсти; прикрепляется к коже угла рта; тянет угол рта вниз и в сторону.

Мышца, поднимающая верхнюю губу, начинается от верхней челюсти и прикрепляется к коже носогубной складки; поднимает верхнюю губу, углубляет носогубную складку

Мышца, опускающая нижнюю губу, берет начало от основания нижней челюсти и прикрепляется к коже нижней губы; тянет нижнюю губу вниз.

Ответ к вопросу № 24

Большая и малая скуловые мышцы начинаются от верхней челюсти и скуловой кости и прикрепляются к коже угла рта; тянут угол рта вверх и кнаружи.

Щечная мышца образует основу щек, берет начало от задних отделов челюстей, идет в поперечном направлении и входит в кожу щеки и губ; тянет угол рта назад, прижимает щеки к зубам и к альвеолярным отросткам челюстей.

Ответ к вопросу № 25

Жевательные мышцы представлены четырьмя парами сильных мышц, две из которых — поверхностными мышцами (жевательная и височная) и две — глубокими (латеральная и медиальная крыловидные мышцы). Все жевательные мышцы начинаются на костях черепа и прикрепляются к разным участкам нижней челюсти.

Жевательная мышца четырехугольная, начинается от нижнего края скуловой дуги; прикрепляется к наружной поверхности угла нижней челюсти, поднимает нижнюю челюсть.
Височная мышца начинается веерообразно от теменной и височной костей; прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти. Сокращаясь, она поднимает нижнюю челюсть; передние пучки тянут челюсть вверх и вперед, а задние — назад.

Ответ к вопросу № 26

Латеральная крыловидная мышца толстая, короткая, имеет две головки; начинается на верхнечелюстной поверхности и гребне большого крыла клиновидной кости; прикрепляется к передней поверхности шейки нижней челюсти и к суставной капсуле височно-нижнечелюстного сустава. При двустороннем сокращении нижняя челюсть выдвигается вперед, а при одностороннем — смещается в противоположную сторону

Медиальная крыловидная мышца — толстая мышца четырехугольной формы. Берет начало от крыловидной ямки одноименного отростка клиновидной кости; прикрепляется к углу нижней челюсти. Поднимает нижнюю челюсть, вытягивает ее вперед.

Ответ к вопросу № 27

Поверхностные мышцы шеи:

Подкожная мышца — тонкая пластинка, располагающаяся под кожей шеи. Начинается от фасции головы ниже ключицы и прикрепляется к углу рта, телу нижней челюсти и жевательной фасции. Сокращаясь, поднимает кожу шеи, защищает от сдавления поверхностные вены, оттягивает угол рта вниз.

Грудино-ключично-сосцевидная мышца начинается двумя частями от грудины и ключицы и прикрепляется к сосцевидному отростку височной кости. При одностороннем сокращении мышца поворачивает голову в противоположную сторону, при двустороннем — забрасывает голову назад, поворачивает лицо в противоположную сторону.

Ответ к вопросу №28

Челюстно-лицевая область получает иннервацию от двигательных, чувствительных и вегетативных (симпатических, парасимпатических) нервов. Из двенадцати пар черепномозговых нервов в иннервации челюстно-лицевой области участвуют пятая (тройничный), седьмая (лицевой), девятая (языкоглоточный), десятая (блуждающий) и двенадцатая (подъязычный) пары. Чувство вкуса связано с первой парой - обонятельным нервом.

Ответ к вопросу №29

Лицевой нерв - седьмая пара черепно-мозговых нервов. Является двигательным нервом, иннервирующим мимические мышцы лица, мышцы свода черепа, мышцу стремени, подкожную мышцу шеи, шилоподъязычную мышцу и заднее брюшко двухбрюшной мышцы.

Кроме двигательных волокон нерв несет вкусовые (для языка) и секреторные волокна (для слюнных желез дна полости рта).

Лицевой нерв выходит из черепа через шилососцевидное отверстие, идет ниже наружного слухового прохода и латерально от заднего брюшка двухбрюшной мышцы, наружной сонной артерии к околоушной железе, которую прободает.

Ответ к вопросу № 30

Верхнечелюстной нерв - вторая чувствительная ветвь тройничного нерва. Выходит из полости черепа через круглое отверстие и вступает в крылонёбную ямку. В последней верхнечелюстной нерв разделяется на скуловую, подглазничный и ветви, направляющиеся к крылонёбному узлу.

Скуловой нерв входит в глазницу через нижнюю глазничную щель и делится в скуловом канале на скуловисочную и скулолицевую ветви, которые выходят через соответствующие отверстия в скуловой кости и направляются к коже этой области.

Подглазничный нерв иннервирует кожу нижнего века, слизистую оболочку преддверия носа, крыльев носа, верхней губы, кожу, слизистую оболочку и переднюю поверхность десен.

Ответ к вопросу № 31

Нижнечелюстной нерв является третьей ветвью тройничного нерва. Смешанный, так как состоит из меньшей (передней) части, почти исключительно двигательной и большей (задней) части, почти исключительно чувствительной.

От передней ветви отходят жевательный нерв, глубокие височные нервы, латеральный крыловидный нерв, щечный нерв. Таким образом, передняя часть (ветвь) нижнечелюстного нерва является преимущественно двигательной.

Задняя часть нижнечелюстного нерва состоит как из двигательных волокон - медиальный крыловидный нерв, нерв, напрягающий небную занавеску и нерв мышцы, напрягающей барабанную перепонку, так и трех крупных чувствительных нервов - ушно-височного, нижнеальвеолярного и язычного.

Ответ к вопросу № 32

Одонтогенные инфекции (ОИ) – это острые или хронические гнойно-воспалительные заболевания, причиной которых становятся патологические процессы в тканях зуба (периодонте). Из стоматогенного очага микроорганизмы могут распространяться не только на близлежащие структуры (надкостницу, челюстную кость, придаточные пазухи), но и на органы и ткани, удаленные от источника инфекции (шею, средостение, оболочки головного мозга). Частота острых одонтогенных процессов среди инфекционных поражений челюстно-лицевой области достигает 69,5%.

Причины

Микробная флора, вызывающая одонтогенную инфекцию, чаще представлена кокками. Также из очагов инфекции могут высеваться бактероиды, актиномицеты, спирохеты, протей, клостридии, кандиды. Микробный пейзаж при одонтогенных инфекциях обычно носит смешанный характер.

Источниками ОИ выступают различные локальные патологические процессы в полости рта. Чаще всего ими становятся дефекты твердых зубных тканей и периодонта:

- глубокий кариес;
- абсцессы полости рта: пульпарный (гнойный пульпит), пародонтальный, периапикальный;
- хронический гангренозный пульпит;
- острый апикальный или хронический периодонтит;
- нагноившаяся киста зуба, одонтома;
- перикоронарит;
- альвеолит.

Ответ к вопросу № 33

Факторы риска

Пусковыми факторами, приводящими к развитию одонтогенных патологических процессов, могут являться переохлаждение, переутомление, стрессы, кровопотеря, инсоляция. ОИ чаще развиваются у пациентов с отягощенным соматическим фоном. Наибольшее значение имеют следующие сопутствующие патологии:

- сахарный диабет;
- инфекции (грипп, туберкулез, гепатит, ВИЧ);
- онкологические заболевания;
- химические зависимости (алкогольная, наркотическая, токсическая).

Ответ к вопросу № 34

На развитие одонтогенной инфекции влияют вирулентность и количество микроорганизмов в первичном очаге, а также состояние макроорганизма. Распространение инфекционных патогенов из первичного стоматогенного очага в большинстве случаев происходит контактным путем. При определенных условиях (высокая степень патогенности, снижение местной и общей резистентности) возбудители проникают в лимфатическое и кровеносное русло, мигрируют по организму.

В области инфекционного очага в полости рта создаются условия для беспрепятственного размножения микроорганизмов. Через верхушку корня зуба патогены могут выходить за пределы очага через межмышечное, поднадкостничное, клетчаточное пространство. Так возникают одонтогенные периоститы, оститы, гаймориты, остеомиелиты.

Кроме этого, микробные токсины вызывают усиление сосудистой проницаемости, что в условиях хорошей васкуляризации околочелюстных тканей облегчает проникновение бактериальных агентов в сосудистое русло. Таким путем формируются околочелюстные абсцессы и флегмоны. Оседание микроорганизмов в лимфатических узлах при нарушении барьерной функции последних сопровождается развитием регионарного лимфаденита.

Ответ к вопросу № 35*Одонтогенный периостит*

В области пораженного зуба— ощущается боль, иррадирующая в ухо, висок. Нередко визуально заметна припухлость щеки, асимметрия лица за счет одностороннего отека мягких тканей. Затруднено открывание рта.

При одонтогенном периостите страдает общее самочувствие: беспокоит слабость, фебрильная температура, головная боль, нарушение сна и приема пищи. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны.

Ответ к вопросу № 36*Одонтогенный остеомиелит*

Чаще диагностируется у мужчин в возрастной группе 20-40 лет, в 68% случаев поражает нижнюю челюсть. На фоне резко выраженного интоксикационного синдрома беспокоит интенсивная локальная боль в зубе или разлитая боль во всей челюсти, которая распространяется на соответствующую половину головы. Конфигурация лица изменена за счет припухлости на стороне воспаления.

Отмечаются трудности при открывании рта, боль при пережевывании и глотании пищи, нарушение речевой функции, парестезии верхней или нижней губы. Может ощущаться гнилостный запах изо рта. Температурная кривая при одонтогенном остеомиелите колеблется от 37,5 до 39-40°С.

Ответ к вопросу № 37*Одонтогенный синусит*

На долю одонтогенного гайморита приходится от 10 до 30% случаев всех инфекций верхнечелюстных пазух. Острый синусит манифестирует с головной боли, температурной реакции, ощущения давления в проекции соответствующей пазухи. Нарастает отечность полости носа, затрудняется дыхание, снижается обоняние. Через некоторое время из пазухи начинает отделяться слизисто-гнойный или гнойный секрет. Мягкие ткани подглазничной области и щеки выглядят припухшими.

Ответ к вопросу № 38*Одонтогенные абсцессы и флегмоны*

Около 57% гнойных инфекций мягких тканей головы и шеи имеют стоматогенную этиологию. Одонтогенные абсцессы обычно локализуются в подглазничной, щечной, подчелюстной, около-ушной области. Сопровождаются появлением припухлости в области лица или

шеи, гиперемией кожи над гнойником. При поверхностном абсцессе ощущается симптом флюктуации. Отмечается локальная боль и пульсация в проекции гнойника. Признаки интоксикации выражены умеренно.

По локализации выделяют одонтогенные флегмоны дна полости рта, подчелюстного, подподбородочного, окологлоточного пространства, области шеи. Возникает припухлость мягких тканей без четких границ с наличием плотного болезненного инфильтрата. Боль самопроизвольная, разлитая, присутствует постоянно. В зависимости от локализации флегмоны нарушается жевание, глотание, дыхание, речь. Характерно выраженное ухудшение общего самочувствия, фебрильная лихорадка, ознобы.

Ответ к вопросу № 39

Одонтогенный лимфаденит

Обычно развивается в области подчелюстных или шейных лимфоузлов. Характеризуется их локальной припухлостью, болезненностью, плотной консистенцией. Возникает асимметрия лица. При абсцедировании лимфоузлов повышается температура тела, появляется озноб, недомогание. При пальпации гнойного очага ощущается флюктуация.

Ответ к вопросу № 40

Хирургическое лечение

Лечение любых форм ОИ необходимо начинать с устранения первичного патологического очага. При этом может выполняться лечение пульпита или периодонтита, удаление зуба или импланта, вскрытие абсцесса, резекция верхушки корня. В дальнейшем проводится активное лечение вторичной патологии. При необходимости осуществляется госпитализация пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Периостит и остеомиелит. Показана периостотомия, дополненная компактостеотомией для лучшего оттока гнойного содержимого. После операции проводят промывание раны антисептическими растворами. При хроническом остеомиелите может потребоваться секвестрэктомия.

Синусит. Выполняют инстилляцией сосудосуживающих препаратов в носовые ходы, лечебные пункции или дренирование околоносовых пазух с промываниями, введением антибиотиков. В случае необходимости осуществляют гайморотомию, закрытие ороантрального сообщения.

Воспаление мягких тканей. Производят вскрытие абсцесса/флегмоны внутриротовым или наружным доступом, некрэктомия. Рану дренируют, налаживают фракционный или непрерывный диализ.

Ответ к вопросу № 41

Консервативная терапия

Параллельно с хирургическими мероприятиями назначают массивную антибиотикотерапию с учетом выделенной микрофлоры, по показаниям вводят антимикотические препараты. Не утратили своей актуальности при одонтогенных инфекциях сульфаниламиды, нитрофураны. Проводят дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию. В рамках иммунокоррекции вводят нативную и гипериммунную плазму, гамма-глобулин, осуществляют аутогемотерапию.

Из методов физиотерапии используют УВЧ, флюктуоризацию, СВЧ-терапию, УФО, гелий-неоновый лазер. Возможно проведение гипербарической оксигенации, плазмафереза, гемосорбции.

Ответ к вопросу № 42

Принципы пародонтальной хирургии:

1. *Хирургическое вмешательство должно быть:*
- простым в выполнении

- предсказуемым
 - эффективным
2. *Необходимо учитывать:*
- соотношение кератинизированной и некератинизированной десны
 - топографию подлежащей костной ткани
 - возраст пациента
 - наличие (отсутствие) системной патологии (сахарный диабет, порок сердца, заболевания щитовидной железы)
3. *Разрезы должны быть четкими и ровными*

Ответ к вопросу № 43

Требования к лоскутам:

- максимальное сохранение зоны прикрепленной десны.
- обеспечение хорошего доступа и визуализации,
- не вовлечение прилегающих здоровых участков,
- не должно происходить нежелательного обнажения кости, так как это может привести к возникновению рецессий,
- основание лоскута не должно быть уже его корональной части (обеспечение адекватной васкуляризации),
- обеспечение, по возможности, заживления раны первичным натяжением,
- тщательное иссечение патологически измененных тканей для создания условий быстрого заживления,
- надежная фиксация.

Ответ к вопросу № 44

1. Вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана (ПК):

Репаративные:

- кюретаж ПК закрытый;
- кюретаж ПК открытый;
- лоскутные операции;

Регенеративные:

- направленная регенерация тканей пародонта.

Резекционные:

- гингивэктомия,
- апикально смещённый лоскут;
- гемисекция, ампутация корня, туннелирование (вмешательства в области фуркаций).

2. Вмешательства, направленные на устранение патологического строения мягких тканей преддверия полости рта (мукогингивальные пластические операции):

- пластика уздечек и тяжей (френулопластика по Лимбергу и Гликману);
- вестибулопластика (по Кларку, по Эдлану-Мейхеру);
- операции по устранению рецессий.

Ответ к вопросу № 45

Наличие пародонтального кармана является показанием к включению в комплексную терапию хирургического метода лечения. В зависимости от глубины пародонтального кармана и степени деструкции костной ткани, производят хирургическое лечение или комбинированную терапию.

При пародонтите легкой степени показаны кюретаж и его модификации, при средней и тяжелой - лоскутные операции.

Гингивотомию и гингивэктомия применяют при лоскутных операциях и самостоятельно для ликвидации симптомов заболевания: вскрытия пародонтальных абсцессов, перевода

острой стадии в хроническую, иссечения гипертрофированных десневых сосочков при отсутствии выраженных пародонтальных карманов.

При локализованных поражениях пародонта, обусловленных анатомо-морфологическими особенностями зубочелюстной системы, производят иссечение коротких уздечек, тяжей, углубление мелкого преддверия полости рта, увеличение ширины прикрепленной десны.

Полное разрушение альвеолярного отростка до верхушки зуба является показанием к удалению зуба. Если разрушение одностороннее, имеются благоприятные условия для сохранения альвеолярного отростка после остеопластики или гемисекции. Удаление зуба показано при деструкции костной ткани более чем на 2/3 длины корня при подвижности зубов III-IV степени.

Ответ к вопросу № 46

Противопоказания делятся на общие и местные, абсолютные и относительные.

Общие противопоказания:

- заболевания крови (гемофилия),
- активная форма туберкулеза,
- онкологическая патология,
- системный остеопороз в активной фазе,
- некомпенсированные формы тяжелых соматических заболеваний (сахарный диабет),
- заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек,
- беременность.

Относительные противопоказания:

- острые инфекционные заболевания (грипп, ангина),
- низкий уровень гемоглобина в крови.

Местные противопоказания:

- неудовлетворительная гигиена полости рта,
- патология прикуса, подлежащая коррекции,
- наличие не устраненной травматической окклюзии,
- деструкция костной ткани более чем на 2/3 – 3/4 длины корня при подвижности зубов III-IV степени,
- фиброзно-измененная или истонченная десна.

Ответ к вопросу № 47

Гингивотомия – рассечение десны.

Показания:

- пародонтальный абсцесс,
- глубокие и узкие пародонтальные карманы.

Методика проведения:

- местная анестезия,
- вертикальным разрезом рассекают стенку кармана на всю глубину,
- распатором отсепаарывают края рассеченного десневого края,
- кюретами снимают зубные отложения, дезэпителизируют внутреннюю поверхность отслоенных лоскутов,
- проводят антисептическую обработку зубодесневого кармана,
- лоскуты укладывают на прежнее место и фиксируют швами.

В настоящее время данную методику используют редко из-за высокого риска формирования глубоких рецессий.

Ответ к вопросу № 48

Кюретаж, снятие отложений и сглаживание поверхности корня

Снятие отложений - удаление налета и камней с поверхности зуба.

Сглаживание поверхности корня - устранение мелких сохранившихся частичек конкрементов цемента, контаминированного эндотоксинами, а также выравнивание резорбционных лакун, т.е. обеспечение твердой и гладкой поверхности корня.

Выполнение этих методик является неотъемлемым этапом при лечении пародонтита и приводит к снижению воспаления десны и остановке прогрессирования заболевания.

Кюретаж - удаление внутреннего слоя эпителия, эпителиального прикрепления и подлежащей воспаленной соединительной ткани с внутренней поверхности кармана. Это закрытая хирургическая процедура.

Задача кюретажа – устранение пародонтальных карманов за счет формирования рубца. Для этого необходимо удалить зубные отложения, грануляционную ткань, эпителий внутренней поверхности кармана. В результате образования кровяного сгустка происходит рубцовое сморщивание пародонтального кармана.

Ответ к вопросу № 49

Показания:

- надкостные пародонтальные карманы, возникшие в результате отека,
- поверхностные карманы (глубиной до 4 мм),
- этап подготовки к проведению хирургического вмешательства с целью улучшения качества тканей для дальнейшей работы с ними.
- прогрессирующая потеря прикрепления или альвеолярной кости.

Местные противопоказания:

- гнойное выделение из кармана, наличие абсцесса,
- избыток фиброзной ткани, так как она плохо прирастает к зубу,
- глубокие карманы,
- вовлечение в патологический процесс области фуркаций,
- воспаление слизистой оболочки полости рта,

Ответ к вопросу № 50

Методика:

- дезинфекция: полоскание полости рта раствором хлоргексидина для снижения количества микроорганизмов,
- местная анестезия,
- скейлинг: удаление мягких твердых отложений с поверхности корня, для этого используют ультразвуковые скейлеры и кюреты,
- сглаживание поверхности корня: нивелирование колонизованных бактериями лакун в цементе,
- кюретаж: удаление эпителия кармана. Для удаления грануляций и вросшего эпителия с внутренней поверхности десневой стенки на наружный край ее устанавливают палец и кюретами удаляют патологические ткани «по пальцу». Затем полируют поверхность корня, проводят антисептическую обработку зубодесневого кармана и прижимают десневую стенку к поверхности зуба. Сформировавшийся кровяной сгусток является источником клеток репаративного ряда периодонта,
- орошение операционного поля изотоническим раствором хлорида натрия,
- компрессия краев десен, при необходимости наложение повязки.

Восстановление и эпителизация происходят 7-10 дней, созревание коллагеновых волокон на 21 день. Запрещается зондирование кармана в течение 3 недель, чтобы не нарушать процесс организации соединительной ткани.

Ответ к вопросу № 51

Результат

- сокращение количества кровоточащих участков после зондирования кармана,
- уменьшение глубины кармана,

- значительное сокращение количества карманов, в которых необходимо провести обширные хирургические вмешательства,
 - изменение поддесневой микрофлоры (снижение подвижных палочек и спирохет, колонизованных пародонтальные патогенов *B. Forsythus*, *P. Gingivalis*).
- Недостатками этой манипуляции являются затрудненный обзор операционного поля, невозможность использования оптимизаторов остеогенеза, образование рваных ран.

Ответ к вопросу № 52

К основным причинам артрита височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) относятся:

- Системные заболевания соединительной ткани
- Остеоартрит
- Травма
- Инфекции
- Бруксизм

Развитие артрита ВНЧС после стоматологического лечения, такого как установка пломбы и ортопедических конструкций, возникает редко, но теоретически возможно

Ответ к вопросу № 53

Патогенез артрита ВНЧС

ВНЧС состоит из таких структур, как:

суставная полость — находится между височным отростком и головкой нижней челюсти, заполнена суставной жидкостью, которая снижает трение и обеспечивает плавное движение сустава;

хрящевой диск — смягчает нагрузку и повышает стабильность сустава;

связки — обеспечивают стабильность и ограничивают нежелательные движения в суставе.

Ответ к вопросу № 54

Развитие артрита ВНЧС происходит в несколько этапов:

Активация воспаления. На этом этапе под влиянием различных факторов, например, ревматоидного артрита, в суставе развивается воспаление. Оно сопровождается активацией иммунных клеток и высвобождением воспалительных медиаторов: цитокинов и простагландина. В результате в области сустава усиливается кровоток, и она становится красной, опухшей и болезненной

Изменение синовиальной оболочки. Затем воспаление распространяется на оболочку сустава, которая начинает утолщаться и выделять больше смазочной жидкости. Это приводит к увеличению отёка и ограничению подвижности сустава

Разрушение хрящевого диска и костной ткани. На этой стадии воспаление воздействует уже на хрящевую и костную ткань сустава. Хрящевая ткань становится более тонкой, а дальнейшее воспаление приводит к повреждению костной ткани и образованию остеофитов (костных разрастаний)

Формирование рубцовой ткани. При хроническом воспалении рубцовая ткань замещает нормальные ткани сустава, что ограничивает его подвижность

Ответ к вопросу № 55

Инструментальная диагностика

К инструментальным методам диагностики артрита ВНЧС относятся:

Рентгенография — позволяет оценить состояние костей и суставов, обнаружить деформацию, разрушение и остеофиты.

Компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) — позволяют получить более детальную информацию о структуре сустава, хряща и мягких тканей.

Диагностическая артроскопия — это инвазивный метод исследования, при котором врач

через небольшой разрез в коже вводит в сустав тонкую гибкую трубку с камерой и источником света (артроскоп). Этот метод позволяет получить детальное представление о состоянии сустава и обнаружить возможные повреждения.

Ответ к вопросу № 56

Артроскопия. При помощи артроскопа врач удаляет повреждённые фрагменты хряща и остеофиты. В зависимости от объёма операции и индивидуальной реакции организма восстановление может занять от нескольких недель до нескольких месяцев. Боль в этот период обычно умеренная, в основном пациенты справляются с ней с помощью противовоспалительных препаратов и физиотерапии. После артроскопии нужно избегать нагрузок на сустав, например, нельзя широко открывать рот.

Ответ к вопросу № 57

Резекция сустава. При значительном повреждении удаляется патологически изменённый ВНЧС, частично или полностью, в зависимости от ситуации. Для компенсации функций возможна установка эндопротеза и протеза нижнечелюстной ямки. Восстановление после резекции может занять от нескольких месяцев до полугода. После операции в области сустава может возникать выраженная боль, поэтому врачи обычно назначают обезболивающие препараты. Также пациентам рекомендуется избегать действий, которые ведут к длительным нагрузкам на сустав — пережевывание твёрдой или тянущейся пищи, сжимание челюстей, скрежет зубами и длительное пребывание в неудобном положении. Кроме того, нужно исключить активности, вызывающие стресс для организма, который должен бросить все свои ресурсы на восстановление (нервные переживания, изнурительные тренировки).

Ответ к вопросу № 58

Протезирование сустава. Это наиболее радикальный метод лечения, при котором повреждённый сустав заменяется искусственным. После протезирования может остаться боль, но с ней удаётся справиться с помощью обезболивающих. Восстановление обычно длится несколько месяцев, в этот период рекомендовано избегать определённых видов активности и постепенно увеличивать физическую нагрузку.

Ответ к вопросу № 59

Заболевание характеризуется появлением острых, режущих приступообразных лицевых болей. Пациенты сравнивают их с "прохождением электрического тока". Болевые пароксизмы продолжаются от нескольких секунд до нескольких минут. Частота приступов различная. Боли могут возникать спонтанно, но чаще появляются при движении мускулатуры лица (во время разговора, еды, умывания, бритья и т.д.), пациенты застывают в определенной позе, боятся пошевелиться (задерживают дыхание или усиленно дышат, сдавливают болезненный участок или растирают его пальцами, некоторые совершают жевательные или причмокивающие движения). Боли захватывают определенную область лица, которая иннервируется той или иной ветвью тройничного нерва (чаще II или III ветвь, реже I). Боли сопровождаются вегетативными проявлениями - гиперемией лица, слезотечением, ринореей, гиперсаливацией (редко сухость полости рта). Появляются гиперкинезы мышц лица - подергивание мышц подбородка, глаза или других мышц. Приступ болей прекращается внезапно.

Ответ к вопросу № 60

Существуют несколько типов имплантации:

Внутрислизистая (инсерт) - кнопочной формы имплантаты располагаются в слизистой оболочке

Субслизистая (подслизистая) - введение под слизистую оболочку переходной складки полости рта магнита одного полюса и соответствующее расположение базиса съёмного протеза магнита противоположного полюса

Субпериостальная (поднадкостничная) - представляет собой индивидуальный металлический каркас с выступающими в полость рта опорами, изготовленный по оттиску с альвеолярной части челюсти и помещенный под надкостницу. Эта имплантация, как правило, применяется при невозможности провести внутрикостную имплантацию из-за недостаточной высоты альвеолярной части челюсти

Эндодонто-эндооссальная имплантация - проводится при подвижных зубах путем введения через корень зуба в подлежащую костную ткань винтовых или с фигурной поверхностью имплантатов в виде штифта

Эндооссальная (внутрикостная) имплантация - фиксация имплантата осуществляется за счет интеграции в костную ткань тела имплантата;

Чрескостная имплантация - применяется при резкой атрофии нижней челюсти. Внутрикостная часть имплантата проходит через толщу челюсти и закрепляется на базальном крае челюсти

Ответ к вопросу № 61

Показания к денальной имплантации:

1. Беззубые челюсти.
2. Одиночный дефект зубного ряда при интактных зубах.
3. Дефекты зубного ряда I и II классов
4. Дефекты зубного ряда III и IV классов при наличии интактных крайних зубов.
5. Повышенная чувствительность тканей полости рта к материалу съемного протеза.
6. Высокая мотивация пациента к ранней операции.

Ответ к вопросу № 62

Абсолютные противопоказания:

- отсутствие анатомических условий для установки имплантата и изготовления протеза;
- хронические болезни (туберкулез, ревматизм, коллагенозы);
- заболевания крови;
- некоторые заболевания периферической и центральной нервной системы;
- аутоиммунные заболевания;
- врожденные иммунодефицитные состояния;
- нервно-психические заболевания;
- беременность и период лактации;
- проведенная лучевая и химиотерапия в течение последних 10 лет.

Ответ к вопросу № 63

Относительные противопоказания:

- сахарный диабет;
- метаболические остеопатии;
- недостаточные размеры прикрепленной десны в области установки зубного имплантата;
- недостаточный объем кости альвеолярного отростка;
- возраст пациента (нельзя устанавливать имплантаты лицам до 18 лет из-за незавершенных процессов формирования челюстей, а также не рекомендуется устанавливать имплантаты пациентам старше 65 лет, так как возникает возрастной иммунодефицит, имеются сопутствующие заболевания, которые напрямую или косвенно влияют на остеоинтеграцию имплантата);
- генерализованный пародонтит;
- аномалии прикуса;
- неудовлетворительное состояние гигиены полости рта пациента из-за плохих знаний и мануальных навыков по личной гигиене;
- предраковые заболевания в полости рта;
- заболевания височно-нижнечелюстного сустава;

- ксеростомия

Ответ к вопросу № 64

Осложнения, возникающие при проведении дентальной имплантации, можно разделить на три группы:

I группа - непосредственные осложнения (осложнения, возникающие во время операции дентальной имплантации):

- кровотечение;
- перфорация дна верхнечелюстной пазухи;
- перелом инструмента;
- повреждение стенок нижнечелюстного канала и травма нижнелуночкового нерва;
- перфорация компактного слоя нижнего и боковых отделов нижней челюсти;
- перелом стенки альвеолярного отростка.

II группа - ранние осложнения (возникают после операции и до ортопедического этапа имплантации):

- периимплантит;
- отторжение имплантата;
- перемещение внутрикостного элемента имплантата в верхнечелюстную пазуху.

III группа - поздние осложнения в период функционирования имплантатов.

Ответ к вопросу № 65

Причиной отторжения имплантата по первому типу могут быть несоблюдение температурного режима во время препарирования костного ложа, изменение гормонального фона, регулирующего процесс остеогенеза.

Клиника: через 7-14 дней после установки одноэтапного имплантата наблюдается его подвижность, умеренная гиперемия и отек десневой манжетки. Через 14-20 дней подвижность имплантата увеличивается.

При использовании двухэтапной методики через 14-20 дней могут появиться гиперемия, отек, свищ над внутрикостным элементом. Через 1-2 недели происходит его самопроизвольное выталкивание грануляционной тканью, после чего воспалительные явления самостоятельно купируются. Как правило, такое отторжение протекает безболезненно, сопровождается умеренным воспалением, ограниченным только окружающими имплантат тканями. Рентгенологически определяется зона деструкции кости шириной до 1 мм по периметру внутрикостной части имплантата, иногда изменение положения внутрикостного элемента.

Лечение: удаление имплантата (если он остается в ложе) и щадящая ревизия образовавшегося на его месте дефекта кости. Повторная имплантация, в том же участке, возможно не ранее, чем через 6-8 месяцев.

Ответ к вопросу № 66

Отторжение имплантата по второму типу - образование секвестра кости, включающего в себя имплантат могут быть в результате значительного нагревания кости во время препарирования костного ложа имплантата, остеосклероза участка кости с крайне низким уровнем кровоснабжения (встречается в области премоляров нижней челюсти при узких альвеолярных отростках).

Клиника: после операции (через 2-3 дня), пациенты жалуются на постоянную ноющую боль в области установленного имплантата. Наблюдается отек и выраженная гиперемия в области расположения имплантата. Противовоспалительное лечение эффекта не имеет, боль не прекращается. Через 2-3 недели имплантат становится подвижным. В первые 2-3 недели на рентгенограмме нет признаков резорбции или деструкции костной ткани.

Лечение: удаление имплантата (как правило, вместе с секвестром кости), щадящая ревизия

дефекта, тампонада дефекта йодоформной турундой и курс комплексной противовоспалительной терапии.

В результате образуется дефект альвеолярного отростка, который, как правило, не позволяет провести повторную имплантацию в том же месте.

1.2 Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть)

Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть) находятся в документе «**Оценочные материалы по программе Б2.В.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**» (см. пункт 6.1.2, стр. 16-22).

Ответ к ситуационной задаче № 1

1. Анамнез пациента, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.

2. План лечения: удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация пациента. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

3. Нехарактерным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

Ответ к ситуационной задаче № 2

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.

2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.

3. План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация пациента. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, терапия гипербарической оксигенацией.

4. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

Ответ к ситуационной задаче № 3

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27 зуба, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.

2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25, 26, 27, 28 зубов. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости

кровоостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: пациенту назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.

3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

Ответ к ситуационной задаче № 4

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы пациента: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достаёт анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достаёт данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли ещё какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона височной области слева.

3. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединиться отек век.

4. Необходимо учитывать два обстоятельства:

а) наличие и характер причин развития воспаления;

б) точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

Ответ к ситуационной задаче № 5

1. Флегмона дна полости рта. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.

2. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеоомы.

3. Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступая от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области, с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных,

подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

Ответ к ситуационной задаче № 6

1. Ретенный зуб 48
2. Проводниковая и инфильтрационная анестезия 1/200000, формирование слизисто-надкостничного лоскута, формирование костного окна турбинным наконечником, либо с помощью пьезоаппарата, сепарация коронковой части зуба турбинным наконечником, удаление коронковой части хирургическим инструментарием: элеватор прямой, элеватор угловой, хирургический зажим москиты и т.д., фрагментация корней зуба твердосплавным бором, прямой элеватор, последовательное удаление корней зуба, ревизия лунки, гемостаз, ушивание раны.

Контрольный осмотр стоматологом-хирургом на 2 – 3 сутки.

Снятие швов на 7-10 день.

3. Возможные осложнения: Парестезия, отек, температура, гематома, альвеолит.

Ответ к ситуационной задаче № 7

1. Острый перикоронит зуба 48
2. Консервативное лечение для устранения острого процесса: Амоксиклав 1000 мг *2 раза в день в течении 7 дней, Кетанов при болях, сода-солевые полоскания 5-6 раз в день по 30 секунд 3-4 дня, плановое удаление зуба на 4-е сутки антибактериальной терапии, наблюдение в течении первой недели.

3. Проводниковая и инфильтрационная анестезия 1/200000, формирование слизисто-надкостничного лоскута, формирование костного окна турбинным наконечником, либо пьезоаппаратом, сепарация коронковой части зуба твердосплавным бором, удаление коронковой части: элеватор прямой, угловой, москиты и т.д., фрагментация корней зуба твердосплавным бором, прямой элеватор, последовательное удаление корней зуба, ревизия лунки, гемостаз, ушивание раны Осмотр стоматологом-хирургом через 2 – 3 суток. Снятие швов на 7-10 день.

Ответ к ситуационной задаче № 8

3 скелетный класс, гипоплазия верхней челюсти, ретрогнатия верхней челюсти, горизонтальный тип роста, ретрузия нижних резцов.

Ответы к ситуационной задаче № 9

1. Ортодонтическая диагностика (фотопротокол, снятие оттисков с верхней и нижней челюстей и изготовление гипсовых моделей (напечатанные модели челюстей), КЛКТ челюстей с височно-нижнечелюстным суставом в привычном смыкании, ТРГ в боковой проекции.

2. Возможные причины рецидива: неправильная механика закрытия промежутков после удаления, дистальное смещение головок ВНЧС, дефицит места в зубном ряду для языка, что сокращает объем дыхательных путей, нарушения осанки.

Ответы к ситуационной задаче № 10.

Ортодонтическая диагностика: фотопротокол, гипсовые модели челюстей (напечатанные модели челюстей), КЛКТ челюстей с ВНЧС в привычном смыкании, ТРГ в боковой проекции. Так как есть жалобы на ВНЧС необходимо назначить МРТ ВНЧС с закрытым и открытым ртом.

Ответ к ситуационной задаче № 11

1. Причиной данной аномалии послужило раннее удаление молочных зубов 53 и 63

2. Для полной диагностики данного случая необходимо провести антропометрические и рентгенологические методы обследования
3. Дефицит места в зубном ряду для клыков обусловлен мезиальным смещением премоляров и моляров верхней челюсти
4. На гипсовых моделях челюстей целесообразно изучить степень мезиального смещения боковых зубов, измерить истинный дефицит места.

Ответ к ситуационной задаче № 12

1. В данном случае необходимо провести дополнительный метод обследования – ТРГ в боковой проекции
2. Соотношение зубов по III классу Энгля соответствует мезиальной окклюзии
3. Лицевые признаки соответствуют мезиальной окклюзии
4. В данном возрастном периоде целесообразно проводить лечение с помощью функциональных аппаратов

Ответ к ситуационной задаче № 13

Диагноз: III скелетный класс, горизонтальный тип роста челюстей, ретрогнатия верхней челюсти, прогнатический нижней челюсти. Протрузия резцов верхней челюсти, интрузия резцов нижней челюсти.

Ответ к ситуационной задаче № 14

1. Предположительный диагноз: инородное тело верхних дыхательных путей
2. Необходимо убедиться в отсутствии опасности, попросить очевидцев разойтись и не мешать оказанию помощи, спросить у ребенка: «ты подавился», попросить покашлять, успокоить маму.
3. Алгоритм реанимационных мероприятий: нанести 5 резких ударов между лопатками основанием ладони, проверяя после каждого удара, не удалось ли устранить обструкцию, движение руки в краниальном направлении. При неэффективности прием Геймлиха.
4. Возможные варианты негативного развития ситуации: остановка дыхания и сердечной деятельности.
5. При неблагоприятном развитии ситуации: выполнить пять вдохов, при неэффективности компрессия и искусственная вентиляция легких через лицевую маску в соотношении: 2:15. Глубина компрессий -на 1/3 толщины грудной клетки, частота компрессий -100-120 движений в минуту. Объем ИВЛ до полной экскурсии грудной клетки ребенка.

Ответы к ситуационной задаче № 15

1. Для профилактики аспирации желудочного содержимого во время проведения общей анестезии
2. Премедикация включает в себя: промедол (омнопон) 1-2% 1,0 мл; атропин 0,1%-1,0 мл, супрастин (димедрол) 1,0-2,0 мл.
3. Нейролепсия- торможение психического восприятия, сон.
4. Торможение вегетативных рефлексов обозначается термином- нейровегетативная блокада
5. Четвертая фаза наркоза- пробуждение

Ответы к ситуационной задаче № 16

1. Аспирация, аспирационный пневмонит (синдром Мендельсона)
2. Лечение: интубация трахеи, санация дыхательных путей с использованием бронхоскопии, лечение аспирационной пневмонии, профилактика ДВС синдрома,
3. Основной метод - установка зонда в желудок и эвакуация желудочного содержимого,

4. Асистолия, апноэ, анафилактический шок,
5. Четыре

Ответ к ситуационной задаче № 17

1. Пациенту необходимо выполнить коникотомию или быстро трахеостомию и установить эндотрахеальную трубку через коникотомическое отверстие
2. Возможные осложнения: аспирация кровью, аспирационный пневмонит
3. Для внутривенной анестезии можно применить: кетамин, пропофол, мидазолам
4. Первая фаза аналгезии - частичное угнетение коры головного мозга, приводящей к потере болевой чувствительности и ретроградной амнезии
5. Физиологическая основа аналгезии заключается в блокаде болевых афферентных импульсов.

Ответ к ситуационной задаче № 18

1. Головная боль, тяжесть в грудной клетке слева, нарушение сна.
2. Снимают все металлические предметы, проверить изоляцию проводов, заземление аппарата.
3. Специальные два электрода накладывают на веки закрытых глаз и соединяют с отрицательным полюсом, два электрода на сосцевидные отростки височных костей и соединяют с положительным полюсом. Гидрофильной прокладкой служат ватные тампоны, смоченные водой.

Ответы к ситуационной задаче №19

1. Боли в горле, першение.
2. Дезинфекция контактных поверхностей излучателей проводится согласно приказа МЗ РФ Сан.Пин 2.1.32630 от 2010 дезинфицирующим раствором «Баир»
3. Положение пациента – сидит на стуле. Медсестра подбирает излучатель диаметром 1 см. Прикладывает к месту проекции по челюстным лимфоузлам, контактно. Включает аппарат Луч-4. Устанавливает компенсатор напряжения. Регулирует мощность до 2 Вт. Пациент чувствует слабое тепло. Медсестра отмечает время 8 мин.

Ответы к ситуационной задаче № 20

1. Рекомендуемые виды оздоровительной физкультуры: плавание, акваэробика. Если занятия будут проводиться в тренажерном зале, тренировки должны быть индивидуальные в щадяще-тренирующем режиме, исключая выпады и приседания с отягощениями, т.е. упражнения, затрудняющие венозный отток. ЧСС макс. = $190 - 39 = 151$ уд/мин. Оптимальный диапазон ЧСС – 50 – 70% от ЧСС макс., т.е. от 75 до 105 уд/мин. Кратность занятий в неделю – не менее 3-х.

Критерии сдачи зачёта с оценкой:

Оценка «**отлично**» - обучающийся (ординатор) правильно выполняет все предложенные практические навыки и правильно их интерпретирует, отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка «**хорошо**» - обучающийся (ординатор), в основном, правильно выполняет предложенные практические навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки, отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка «**удовлетворительно**» - обучающийся (ординатор) ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя, отвечает, но допускает отдельные ошибки на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка **«неудовлетворительно»** - обучающийся (ординатор) не справился с предложенным индивидуальным заданием конкретного этапа производственной (клинической) практики, не может правильно интерпретировать практические навыки и не отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.