

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

**КЛЮЧИ
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ
РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ
дисциплины**

**Б1.В.ДВ.01.02
«ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ»**
по основной профессиональной
образовательной программе
высшего образования - программе подготовки кадров
высшей квалификации
в ординатуре по специальности
31.08.73 Стоматология терапевтическая

Квалификация
«Врач – стоматолог-терапевт»
Виды профессиональной деятельности,
к которым готовятся обучающиеся (ординаторы),
осваивающие 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»

Протокол № 1 от «25» апреля 2023 г

**УТВЕРЖДАЮ:**

РЕКТОР
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»
доктор медицинских наук

Б.В. Шеплев

«25» апреля 2023 г

КЛЮЧИ

**К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ
Б1.В. ДВ.01.02 «ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ»**

**1. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ
УСПЕВАЕМОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ)
ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

1.1 Ключи к тестовым заданиям для текущего контроля успеваемости обучающихся (ординаторов) по дисциплине:

Тестовые задания представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ» (см. пункт 6.1.1, стр. 8-15).

1 - e	15 - d	29 - d	43 - b
2 - e	16 - d	30 - c	44 - d
3 - c	17 - b	31 - b	45 - c
4 - e	18 - e	32 - c	46 - b
5 - e	19 - c	33 - b	47 - b
6 - e	20 - a	34 - a	48 - a
7 - e	21 - e	35 - c	49 - a
8 - a	22 - c	36 - a	50 - c
9 - e	23 - e	37 - c	51 - e
10 - b	24 - b	38 - b	52 - b
11 - c	25 - a	39 - b	53 - d
12 - e	26 - a	40 - e	54 - a
13 - c	27 - b	41 - a	55 - b
14 - a	28 - c	42 - d	

Критерии оценки тестового контроля:

Оценка «отлично» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 85 % заданий.

Оценка «хорошо» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 65 % заданий.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок более 50 % заданий.

Оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся (ординатору) при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

1.2 Ключи к вопросам для текущего контроля успеваемости обучающихся (ординаторов) по дисциплине:

Вопросы представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ» (см. пункт 6.1.2, стр. 16-17).

Ответ к вопросу № 1

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 верхушек 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 № 2

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 № 3

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 № 4

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 № 5

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 № 6

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 № 7

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 № 8

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 токсико-аллергические заболевания;
- предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

Ответ к вопросу № 9

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 № 10

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 № 11

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 № 12

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 № 13

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

Сошник – непарная кость трапециевидной 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 № 14

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 № 15

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 № 16

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 № 17

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 № 18

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 № 19

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 № 20*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 № 21

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 № 22*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 № 23*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°C.

Ответ к вопросу № 24*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 № 25*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 № 26*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 № 27*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 инстилляцию сосудосуживающих препаратов в носовые ходы, лечебные пункции или дренирование околоносовых пазух с промываниями, введением антибиотиков. В случае необходимости осуществляют гайморотомию, закрытие ороназального сообщения.

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

Ответ к вопросу №28*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 №29

Гингивотомия – рассечение десны.

Показания:

- пародонтальный абсцесс,
- глубокие и узкие пародонтальные карманы.

Методика проведения:

- местная анестезия,
- вертикальным разрезом рассекают стенку кармана на всю глубину,
- распатором отсепааровывают 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 № 30

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 съемного 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 № 31

Показания к дентальной 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 № 32

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 № 33

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 № 34

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 № 35

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 № 36

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.

Ответ к вопросу № 37

Клиническая картина зависит от локализации, характера и степени смещения отломка. При переломе скуловой кости больные жалуются на болезненное, иногда ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечения из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), иногда диплопию. Может определяться деформация лица (западение тканей) за счёт смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области верхнелатерального угла глазницы, нижнее веко и конъюнктиву, иногда хемоз. При смещении отломков пальпируется костный выступ в области подглазничного края и верхнелатерального угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной области снижена, реже отсутствует.

Ответ к вопросу № 38

Пациенты жалуются на деформацию в боковом отделе лица, ограниченное и болезненное открывание рта, затруднение или невозможность при пережёвывании пищи. Последнее связано не столько со смещением отломка скуловой дуги внутрь и давлением его на венечный отросток, сколько с травмой височной и собственно жевательной мышц. На месте западения мягких тканей лица, которое иногда маскируется быстро развивающимся отёком, можно пропальпировать костные выступы в области скуловой дуги. Открывание рта ограничено, болезненно. Боковые движения нижней челюсти затруднены. Врачу не удаётся свободно провести палец между наружной поверхностью ветви нижней челюсти и скуловой дугой.

Ответ к вопросу № 39

1. Как можно более ранняя хирургическая обработка, поскольку все огнестрельные раны первично инфицированы.

2. Вследствие анатомно-физиологических особенностей, а также учитывая косметические требования при операциях на лице, отсечение тканей должны проводить очень экономно, а рассечение ран весьма умеренно.

3. При ранах, проникающих в полость рта, необходимо обращать внимание на возможные завороты слизистой оболочки и скрытые карманы, в которых могут залегать осколки зубов, костей и т. д.

4. Все проникающие ранения должны быть изолированы от полостей рта, носа с целью предупреждения вторичного инфицирования раны. Дренаж должен выводиться со стороны кожи.

5. Необходимо проводить ревизию полостей челюстно-лицевой области.

Вид хирургической обработки зависит от сроков обработки раны.

В настоящее время значительно расширяются показания к наложению первичного шва челюстно-лицевой области. Это связано не столько с возможностью применения антибиотиков и других методов предупреждения развития воспалительных процессов, сколько с особенностями тканей челюстно-лицевой области — повышенным местным иммунитетом, хорошим кровоснабжением и иннервацией, наличием большого количества низкодифференцированных мезенхимальных клеток. Все вышеперечисленное позволяет продлить срок наложения первичного шва с 24 (обозначенных в общей хирургии) до 48 часов. В этот

период производится первичная хирургическая обработка.

Далее от 48 часов до 8 суток производится первичная отсроченная хирургическая обработка.

С 8 — 10 дней проводится вторичная ранняя хирургическая обработка.

При наличии рубца, ведущего к функциональным нарушениям, производится вторичная поздняя хирургическая обработка.

Ответ к вопросу № 40

1. Обработка кожи вокруг раны.
2. Обезболивание.
3. Ревизия раны: поверхностная и глубокая.
4. Остановка кровотечения за счет перевязки сосудов в ране, коагуляции и других физических, химических и биологических методов.
5. Оценка жизнеспособности тканей. Отсечение очевидно не жизнеспособных тканей.
6. Ушивание раны может быть произведено или простым сближением краев раны, если это не приводит к косметическим дефектам или функциональным нарушениям, или за счет проведения местно-пластических приемов, начиная от простой мобилизации краев раны, до пластики встречными треугольными лоскутами.

Критерии оценки ответа на вопросы (письменные/устные ответы на вопросы):

Оценка «отлично» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ полный и развернутый;

Оценка «хорошо» выставляется, если в работе содержание соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, ответ неполный;

Оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, если содержание работы соответствует вопросу, ординатор владеет материалом, но не мог выделить в работе главную мысль, ответ не полный;

Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если работа не подготовлена, содержание не соответствует вопросу темы.

2. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ В ФОРМЕ ЗАЧЁТА

2.1 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по дисциплине в форме зачёта

Вопросы представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.В.ДВ.01.02 ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ» (см. пункт 6.2.1, стр. 17-18).

Ответ к вопросу № 1

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 верхушек 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 № 2

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 № 3

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
11. нестерильными инструментами
12. Ошибочное введение других растворов вместо анестетика

Ответ к вопросу № 4

К общим осложнениям относятся:

1. Психогенная реакция
2. Аллергические реакции включают в себя:
3. Крапивница
4. Отек Квинке
5. Анафилактический шок
6. Обморок
7. Коллапс
8. Токсические реакции на раствор анестетика
9. Гипертонический криз
10. Ишемия миокарда
11. Аритмия
12. Астматический статус
13. Судорожные состояния;
14. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома

15. Острая дыхательная недостаточность

Ответ к вопросу № 5

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 № 6

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 № 7

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 № 8

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 № 9

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 № 10

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 № 11

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 № 12

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 № 13

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 трапециевидной 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 № 14

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 № 15

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 № 16

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

Круговая мышца глаза плоская, эллипсовидная, 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 № 17

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 № 18

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 № 19**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 № 20

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°C.

Ответ к вопросу №21

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 №22

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 № 23

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 № 24

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 инстилляцию 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 № 25

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 № 26

Гингивотомия – рассечение десны.

Показания:

- пародонтальный абсцесс,
- глубокие и узкие пародонтальные карманы.

Методика проведения:

- местная анестезия,
- вертикальным разрезом рассекают стенку кармана на всю глубину,
- распатором отсепааровывают края рассеченного десневого края,
- кюретами снимают зубные отложения, дезителерируют 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 № 27

Показания к дентальной 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 № 28

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 № 29

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 № 30

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 нижелуночкового 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 № 31

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 № 32

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.

Ответ к вопросу № 33

Клиническая картина зависит от локализации, характера и степени смещения отломка. При переломе скуловой кости больные жалуются на болезненное, иногда ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), иногда диплопию. Может определяться деформация лица (западение тканей) за счёт смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области верхнелатерального угла глазницы, нижнее веко и конъюнктиву, иногда хемоз. При смещении отломков пальпируется костный выступ в области подглазничного края и верхнелатерального угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла и кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной области снижена, реже отсутствует.

Ответ к вопросу № 34

Пациенты жалуются на деформацию в боковом отделе лица, ограниченное и болезненное открывание рта, затруднение или невозможность при пережёвывании пищи. Последнее связано не столько со смещением отломка скуловой дуги внутрь и давлением его на венечный отросток, сколько с травмой височной и собственно жевательной мышц. На месте западения мягких тканей лица, которое иногда маскируется быстро развивающимся отёком,

можно пропальпировать костные выступы в области скуловой дуги. Открывание рта ограничено, болезненно. Боковые движения нижней челюсти затруднены. Врачу не удаётся свободно провести палец между наружной поверхностью ветви нижней челюсти и скуловой дугой.

Ответ к вопросу № 35

1. Как можно более ранняя хирургическая обработка, поскольку все огнестрельные раны первично инфицированы.

2. Вследствие анатомно-физиологических особенностей, а также учитывая косметические требования при операциях на лице, отсечение тканей должны проводить очень экономно, а рассечение ран весьма умеренно.

3. При ранах, проникающих в полость рта, необходимо обращать внимание на возможные завороты слизистой оболочки и скрытые карманы, в которых могут залегать осколки зубов, костей и т. д.

4. Все проникающие ранения должны быть изолированы от полостей рта, носа с целью предупреждения вторичного инфицирования раны. Дренаж должен выводиться со стороны кожи.

5. Необходимо проводить ревизию полостей челюстно-лицевой области.

Вид хирургической обработки зависит от сроков обработки раны.

В настоящее время значительно расширяются показания к наложению первичного шва челюстно-лицевой области. Это связано не столько с возможностью применения антибиотиков и других методов предупреждения развития воспалительных процессов, сколько с особенностями тканей челюстно-лицевой области — повышенным местным иммунитетом, хорошим кровоснабжением и иннервацией, наличием большого количества низкодифференцированных мезенхимальных клеток. Все вышперечисленное по-зволяет продлить срок наложения первичного шва с 24 (обозначенных в общей хирургии) до 48 часов. В этот период производится первичная хирургическая обработка.

Далее от 48 часов до 8 суток производится первичная отсроченная хирургическая обработка.

С 8 — 10 дней проводится вторичная ранняя хирургическая обработка.

При наличии рубца, ведущего к функциональным нарушениям, производится вторичная поздняя хирургическая обработка.

Ответ к вопросу № 36

1. Обработка кожи вокруг раны.

2. Обезболивание.

3. Ревизия раны: поверхностная и глубокая.

4. Остановка кровотечения за счет перевязки сосудов в ране, коагуляции и других физических, химических и биологических методов.

5. Оценка жизнеспособности тканей. Отсечение очевидно не жизнеспособных тканей.

6. Ушивание раны может быть произведено или простым сближением краев раны, если это не приводит к косметическим дефектам или функциональным нарушениям, или за счет проведения местно-пластических приемов, начиная от простой мобилизации краев раны, до пластики встречными треугольными лоскутами.

2.2 Ключи к ситуационным задачам для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по дисциплине в форме зачёта

Ситуационные задачи представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины **Б1.В.ДВ.01.02 ОСНОВЫ СТОМАТОЛОГИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ**» (см. пункт 6.2.2, стр. 18-24).

Ответ к ситуационной задаче №1

1. Анамнез больного, 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 больного. 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 больного. 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: больному 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 больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития

до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще 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 остеомы.

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. Ретенционный 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

1. Альвеолит челюстей
2. При альвеолите проводят комплексное лечение, включающее ревизию лунки удаленного зуба, местное лечение с помощью водного раствора хлоргексидина биглюконата

Ответ к ситуационной задаче №9

1. Сиалолитиаз правой поднижнечелюстной слюнной железы
2. Для уточнения диагноза «слюнно-каменная болезнь» необходимо провести: сиалографию, рентгенографию поднижнечелюстной железы в боковой проекции, зондирование протока
3. Слюнная железа удаляется в случае расположения камня во внутри-железистых протоках, при частом рецидивировании заболевания

Ответ к ситуационной задаче №10

1. К основным методам обследования для постановки диагноза относится: клинический внеротовой осмотр и клинический внутриротовой осмотр
2. Диагноз: Острый гнойный периостит верхней челюсти
3. При периостотомии необходимо выполнить разрез через всю толщу мягких тканей до кости по переходной складке на протяжении трех зубов (причинного и рядом стоящих)

Ответ к ситуационной задаче №11

1. Рентгенологическое исследование
2. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева
3. В данном случае хирургическое лечение заключается в удалении сформировавшихся секвестров, иссечении некрозов, свищей, а также резекции остеомиелитического очага

Ответ к ситуационной задаче №12

1. Сбор анамнеза, клинический осмотр, КЛКТ, УЗИ, диагностическая пункция
2. Острый верхнечелюстной синусит
3. Пациенту показано комплексное лечение: удаление 25 зуба, гайморотомия, этиопатогенетическое и симптоматическое лечения

Ответ к ситуационной задаче №13

1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит

2. Перед началом лечения необходимо провести рентгенологическое исследование, получить консультацию оториноларинголога
3. Пациенту показано вмешательство в следующем объеме: удаление зуба 16, гайморитомия, этиопатогенетическая и симптоматическая терапия

Ответ к ситуационной задаче №14

1. Важным клиническим признаком при постановке диагноза является некротизированный участок ткани на верхушке инфильтрата
2. Фурункул правого носогубного треугольника
3. В данном случае показано вскрытие инфильтрата, так как вскрытие очага воспаления и дренирование приведет к оттоку гнойного экссудата и к стиханию воспалительных явлений. Для проведения хирургического вмешательства необходимым и достаточным набором инструментов является: скальпель, ножницы, пинцет хирургический, зажим хирургический «москит», бильрот, кюретажная ложка, гладилка хирургическая.

Критерии сдачи зачета:

«Зачтено» - выставляется обучающемуся (ординатору) при условии, если обучающийся (ординатор) показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется обучающемуся (ординатору) при наличии серьёзных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если обучающийся (ординатор) показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопросы.