

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

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

**Б1.Б.01  
«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

по основной профессиональной  
образовательной программе  
высшего образования - программе подготовки кадров  
высшей квалификации  
в ординатуре по специальности  
**31.08.74 Стоматология хирургическая**

Квалификация  
**«Врач – стоматолог-хирург»**  
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

Б.В. Шеплев  
«25» апреля 2023 г

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ  
Б1.Б.01 «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

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

1.1. Ключи к тестовым заданиям для оценивания текущего контроля успеваемости  
в виде **ЗНАНИЙ (1 семестр)**:

Тестовые задания представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б. 01 «СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ» (см. пункт 6.1.1, стр. 7-14).

1 – e	15 – a	29 – c	43 – b	57 – c
2 – e	16 – d	30 – b	44 – b	58 – a
3 – c	17 – d	31 – a	45 – a	59 – b
4 – e	18 – b	32 – c	46 – a	60 – b
5 – e	19 – e	33 – a	47 – c	61 – b
6 – e	20 – c	34 – c	48 – e	62 – a
7 – e	21 – a	35 – b	49 – b	63 – a
8 – d	22 – e	36 – b	50 – d	64 – d
9 – a	23 – c	37 – e	51 – a	
10 – e	24 – b	38 – a	52 – b	
11 – b	25 – b	39 – d	53 – b	
12 – c	26 – a	40 – b	54 – d	
13 – e	27 – a	41 – d	55 – c	
14 – c	28 – c	42 – c	56 – b	

**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 оценивания текущего контроля успеваемости  
в виде **УМЕНИЙ (1 семестр):**

**Ответ к вопросу № 1**

*Асептика* – система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного 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, инъецируемыми 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 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 № 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 инфра-орбитальной 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
3. Обморок
4. Коллапс
5. Токсические реакции на раствор анестетика
6. Гипертонический криз
7. Ишемия миокарда
8. Аритмия
9. Астматический статус
10. Судорожные состояния;
11. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома
12. 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, около-челюстном 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 месяцев 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 токсико-аллергические 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 капу. 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 глубоколежащих 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 больного.
- 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**

*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 № 20**

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 № 21***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 № 22**

На развитие одонтогенной инфекции влияют вирулентность и количество микроорганиз-



мов 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 № 23**

#### *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 № 24**

#### *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 № 25**

#### *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 № 26**

#### *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 № 27**

#### *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 № 28**

#### *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 компакт-остеотомией 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, некрэктомию. Рану дренируют, налаживают фракционный или непрерывный диализ.

### **Ответ к вопросу № 29**

#### *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 № 30**

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 № 31**

*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 № 32**

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 № 33**

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 № 34**

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, неподлежащая 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 № 35**

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 № 36**

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 № 37**

*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 № 38**

*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 репарационного 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 № 39**

*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 *V. Forsythus*, *P. Gingivalis*).

Недостатками этой манипуляции являются затрудненный обзор операционного поля, невозможность использования оптимизаторов остеогенеза, образование рваных ран.

#### **Ответ к вопросу № 40**

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 № 41**

*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 № 42**

*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 № 43**

*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 № 44**

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

I группа - непосредственные осложнения (осложнения, возникающие во время операции денальной 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 № 45**

*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 № 46**

*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 № 47**

В течении острого герпетического стоматита выделяют 4 периода:

1. Продромальный период - чувство жжения, покалывания, зуда; чувство напряжения в местах будущего появления сыпи на коже и слизистой оболочке. Нарастают симптомы общей интоксикации.
2. Катаральный период характеризуется гиперемией и отёком слизистой оболочки полости рта и десневого края. Жалобы на дискомфорт в полости рта при приеме пищи.
3. В период высыпаний появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки полости рта: пятно, пузырек, пузырь и эрозия. Площадь поражения слизистой оболочки полости рта сопряжена с тяжестью заболевания.
4. Период угасания болезни характеризуется улучшением общего состояния, эпителизацией афт.

**Ответ к вопросу № 48**

Хирургические методики лечения слюннокаменной болезни:

конкрементэктомия или экстирпации слюнной железы. Выбор конкретного способа лечения зависит от локализации, размеров и количества конкрементов, характера клинических проявлений, а также структурно-функционального состояния пораженной слюнной железы.

**Ответ к вопросу № 49**

В 1 периоде I фазы раневого процесса показано лечение лекарственными препаратами, оказывающие антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и, по возможности, обезболивающее действия.

Во 2 периоде I фазы раневого процесса воспаления рекомендуется применение средств, обладающих антибактериальными, некролитическими, гидрофильными свойствами в жидкой лекарственной форме, а также, применение различных инструментальных методов санации гнойной раны.

Фаза регенерации – II фаза раневого процесса, в этот период необходимость в дренировании отсутствует.



**Ответ к вопросу № 50**

**Хирургическое лечение** заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня (стержней), вскрытии участков абсцедирования, а при необходимости — в некрэктомии. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня.

Особенность хирургического этапа лечения — требование осторожного проведения кюретажа, без настойчивого выскабливания стенок раны. После вскрытия очага поражения рану дренируют.

При карбункуле разрез проводят на всю толщину пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки, проводят некрэктомию.

Вопросы представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**» (см. пункт 6.1.2, стр. 15-16).

**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.

1.3 Ключи к тестовым заданиям для оценивания текущего контроля успеваемости в виде **ЗНАНИЙ (2 семестр):**

Тестовые задания представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**» (см. пункт 6.1.3, стр. 21-29).

1- d	6- a	11- c	16- d	21- a	26- d	31- d	36- a	41- d	46- c	51- d	56- b
2- d	7- d	12- a	17- d	22- b	27- c	32- b	37- b	42- c	47- a	52- a	57- a
3- a	8- b	13- c	18- c	23- a	28- b	33- d	38- c	43- c	48- a	53- a	58- c
4- a	9- d	14- d	19- b	24- c	29- b	34- b	39- a	44- c	49- a	54- b	59- d
5- a	10- b	15- d	20- d	25- c	30- c	35- d	40- b	45- b	50- a	55- b	60- a

**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.

1.4 Ключи к вопросам для оценивания текущего контроля успеваемости  
в виде **УМЕНИЙ (2 семестр):**

**Ответ к вопросу № 1**

Первичная хирургическая обработка ран:

- ранняя (до 24 ч)
- отсроченная (24-48 часов)
- поздняя (более 48 часов)

Порядок первичной хирургической обработки:

- антисептическая обработка кожи,
- анестезия,
- гемостаз,
- ревизия раны для определения дефекта подлежащих тканей,
- экономное иссечение нежизнеспособных, размозженных тканей (только если уверены на 100%),
- послойное ушивание раны с элементами первичной пластики.
- противостолбнячная сыворотка/анатоксин

**Ответ к вопросу № 2**

**Виды шовных материалов:**

- Монофиламентная нить
- Плетеная нить
- Крученая нить
- Псевдомонофиламент

**Резорбируемые:** полигликолиды, капролактон, кетгут и т.д.

**Нерезорбируемые:** шелк, пролен и т.д.

**Виды швов:**

*Одиночные:* узловый, крестообразный, П-образный, вертикальный матрацный, датский и т.д.

*Непрерывные:* шов Мультановского, матрацный, простой, внутрикожный.

**Ответ к вопросу № 3**

Мягкие ткани челюстно-лицевой области, в отличие от других локализаций, обладают некоторыми характерными особенностями:

- обильное кровоснабжение;
- хорошая иннервация;
- высокие регенераторные способности;
- выраженный местный иммунитет тканей;
- вокруг естественных отверстий лица в тканях имеются клетки, которые уже частично подготовлены к заживлению;
- раны слизистой оболочки полости рта омываются слюной, а в ней содержится лизоцим и секреторный IgA, который способствует регенерации;
- микрофлора полости рта, носа, верхнечелюстных пазух может способствовать инфицированию раны.

**Ответ к вопросу № 4**

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма больного.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и др.

**Ответ к вопросу № 5**

К консервативным методам относят иммобилизацию отломков при помощи шин внелабораторного изготовления (индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины) и при помощи шин лабораторного изготовления (зубонаддесневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич–Степанова, различные назубные каповые аппараты, наддесневая шина Порты). К внелабораторным относят назубные индивидуальные гнутые шины Тигерштедта, назубные стандартные шины Васильева, шину-каппу (изготавливают во рту из быстро твердеющей пластмассы). К ортопедическим относят назубную шину-каппу, зубонаддесневые шины Вебера, Ванкевич, наддесневую шину Порты.

**Ответ к вопросу № 6**

На основе экспериментальных и клинических испытаний, проведенных группой исследователей Ассоциации остеосинтеза, были сформулированы четыре принципа, соблюдение которых необходимо для быстрого восстановления формы и функции нижней челюсти:

- анатомическая репозиция костных фрагментов;
- функционально-стабильная фиксация костных фрагментов;
- сохранение кровоснабжения костных фрагментов путем использования атравматических методик;
- ранняя, активная и безболезненная мобилизация.

**Ответ к вопросу № 7**

Показания к оперативным методам лечения переломов челюстей:

1. недостаточное число или полное отсутствие зубов;
2. подвижность зубов;
3. переломы за пределами зубного ряда при смещении отломков;
4. смещение отломков с интерпозицией мягких тканей;
5. множественные переломы;
6. комбинированные поражения;
7. сопутствующие психические заболевания;
8. крупнооскольчатые переломы нижней челюсти;
9. дефекты костной ткани.

**Ответ к вопросу № 8**

По локализации.

Переломы тела челюсти:

- с наличием зуба в щели перелома;
- при отсутствии зуба в щели перелома.

Переломы ветви нижней челюсти:

- собственно ветви;
- венечного отростка;
- мышечкового отростка.
- односторонние; - двусторонние;
- одиночные; - двойные; - множественные;

По характеру перелома:

- без смещения отломков;
- со смещением отломков;
- линейные;
- оскольчатые.

В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:

- свежие (до 10 дней);
- застарелые (от 11 до 20 дней);

- неправильно сросшиеся (более 20 дней).

### Ответ к вопросу № 9

Наблюдается болезненное, ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа, иногда — диплопия.

Также переломы скуловой кости со значительным смещением сопровождаются переломами нижней и латеральной стенок глазницы, что в свою очередь может приводить к:

- ущемлению глазодвигательных мышц в линии перелома;
- ограничению подвижности глазного яблока;
- дислокации глазного яблока;
- диплопия;
- онемению подглазничной области, верхней губы и зубов на стороне повреждения

При переломе скуловой кости определяются деформация лица за счет смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области, верхненаружного угла глазницы, верхнее веко и конъюнктиву, иногда — хемоз. Пальпируется костная «ступенька» в области подглазничного края, верхненаружного угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла носа, кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной областей снижена.

### Ответ к вопросу № 10

Консервативное лечение рекомендовано в случае перелома нижней стенки глазницы без смещения отломков, либо перелома с незначимым их смещением, не приводящим к эстетическим или функциональным нарушениям. Консервативное лечение включает в себя симптоматическую терапию, а также исключение физических нагрузок, перегреваний на срок 2 месяца, обезболивающую терапию, применение сосудосуживающих препаратов местного действия. При минимальном смещении костных отломков и отсутствии клинической симптоматики, пациент требует динамического наблюдения, с целью повторной оценки симптоматики после спадания отека

### Ответ к вопросу № 11

Выделяют сквозные, слепые и касательные ранения.

Огнестрельные ранения ЧЛО бывают: проникающими (в полость рта, носа и околоносовых пазух) и непроникающими.

В соответствии со степенью тяжести выделяют: легкие, средней тяжести и тяжелые ранения.

**К легким ранениям** и повреждениям относятся ранения мягких тканей лица без истинного дефекта

**Ранения средней тяжести** характеризуются более обширными повреждениями без дефектов мягких тканей

**К тяжелым ранениям относят:** ранения мягких тканей, сопровождающиеся отрывами тканей и образованием истинных дефектов

### Ответ к вопросу № 12

**Первая фаза** - фаза воспаления.

С целью отторжения погибших тканей: гипертонические растворы; мази на водорастворимой основе; протеолитические ферменты.

С целью подавления инфекции: многокомпонентные мази на водорастворимой основе; химиопрепараты, антисептики.

С целью эвакуации содержимого: дренирование, гипертонические растворы.

**Вторая фаза** – фаза регенерации:

С целью подавления инфекции: мази с химиопрепаратами и антисептиками.

Стимуляция роста грануляций: комбутек, альгипор, индифферентные мази.

**Третья фаза** - Организация рубца и эпителизация: индифферентные мази, солкосерил.

### **Ответ к вопросу № 13**

Маршрут, по которому осуществляется вынос и транспортировка поражённых (больных), называется путь медицинской эвакуации, а расстояние от пункта отправки поражённого до места назначения принято считать плечом медицинской эвакуации. Совокупность путей эвакуации, расположенных на этапах медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств, называется эвакуационным направлением.

В настоящее время в системе лечебно–эвакуационных мероприятий предусматриваются следующие виды медицинской помощи:

- первая помощь;
- доврачебная (фельдшерская) помощь;
- первая врачебная помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;

### **Ответ к вопросу № 14**

Первая врачебная помощь:

- временная остановка наружного кровотечения тампонадой раны полости рта или полости носа, а также наложение кровоостанавливающих зажимов на видимые в ране кровоточащие сосуды;
- борьба с асфиксией или угрозой ее развития: очищение верхних дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, ингаляция кислорода, прошивание языка, подтягивание его к фронтальным зубам и фиксация, при необходимости – наложение трахеостомы;
- борьба с шоком: введение наркотиков, литических смесей, сердечно-сосудистых средств и дыхательных analeптиков, новокаиновые блокады, фиксация отломков челюсти транспортной повязкой, согревание раненых, горячее сладкое питье;
- борьба с обезвоживанием: питье из поильника с резиновой трубкой;
- профилактика хирургической инфекции введением антибиотиков, столбнячного анатоксина, сульфаниламидов.

### **Ответ к вопросу № 15**

Квалифицированная медицинская помощь предусматривает:

- выполнение реанимационных мероприятий и минимального объема хирургических вмешательств, в первую очередь, по жизненным показаниям.
- выведение раненых из состояния асфиксии и устранение причин ее возникновения;
- окончательная остановка кровотечения;
- проведение всего комплекса противошоковых мероприятий до стабилизации гемодинамических показателей;
- транспортная иммобилизация отломков челюстей, лигатурное связывание челюстей;
- первичная хирургическая обработка ран по жизненным показаниям;
- кормление раненых;
- туалет полости рта и профилактика обезвоживания.

### **Ответ к вопросу № 16**

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма больного.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и другое

**Ответ к вопросу № 17**

Предрасполагающие экзогенные факторы развития злокачественных новообразований:

- механические - состояние зубного ряда (разрушенные зубы) и наличие вредных привычек; характер ответной реакции слизистой оболочки зависит от силы и длительности механического воздействия.
- физические - различные термические воздействия, а также микротоки, возникающие при наличии в полости рта ортопедических конструкций, изготовленных из разнородных металлов, ультрафиолетовое излучение
- химические - обилие специй, влияние различных продуктов химического производства;
- метеорологические - одновременное воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей соленой воды в условиях пониженной температуры и высокой влажности воздуха;
- биологические (дрожжеподобные грибы, бледная спирохета, палочка Коха).

**Ответ к вопросу № 18**

В развитии злокачественных образований главную роль играет иммунитет, который определяет реактивность, устойчивость к внешним неблагоприятным воздействиям. К эндогенным факторам также можно отнести различные изменения в организме человека, связанные с возрастом. Например, с возрастом в связи с дегидратацией клеток и гормональных изменений, усиливается склонность слизистой полости рта к ороговению. На процессы ороговения оказывают влияние такие заболевания, как хронические анемии, диабет, болезни желудочно-кишечного тракта, ксеростомии различной этиологии, красная волчанка, псориаз, ихтиоз. С возрастом эпителиальный покров истончается и становится более подвержен травме. В группу эндогенных факторов входит генетическая предрасположенность к определенным онкологическим заболеваниям.

**Ответ к вопросу № 19**

Лечение абразивного преинвазивного хейлита Манганотти направлено на эпителизацию хронической эрозии и устранение раздражающих факторов. При необходимости показано рациональное протезирование. Консервативное лечение продолжается от 1 до 2 недель и включает устранение травмы, применение витамина А местно и внутрь по 10 капель масляного раствора 3 раза в сутки, аппликации гормональных мазей, а также 5 % метилурациловой, солкосериловой мазей и других кератопластиков. При неэффективности консервативного лечения проводят иссечение патологического очага.

**Ответ к вопросу № 20**

- Полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям);

- радикальное хирургическое вмешательство на первичном очаге с послеоперационной дистанционной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр (РОД 2 Гр) + профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов на стороне пораженной железы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр).

При аденокистозной карциноме в зону облучения включают ложе удаленной опухоли и ближайшие черепно-мозговые нервы (регионарные интактные лимфатические узлы не облучаются)

**Ответ к вопросу № 21**

Гигантоклеточный эпulis встречается преимущественно у женщин в возрасте 30-40 лет, наиболее часто во время беременности. Иногда выявляется у детей. Образование темно красного цвета мягкой консистенции, локализуется в области клыков и премоляров нижней челюсти, обычно на щечной поверхности десны, иногда может иметь вид песочных часов,

выступая и в точную, и в язычную стороны. Рентгенологически в зоне эпюлиса отмечается разрежение костной ткани. По строению идентичен центральной гигантоклеточной опухолью, иногда с формированием костных перекладин в центральных отделах.

### **Ответ к вопросу № 22**

Фиброзный эпюлис - очаговое разрастание мягких тканей величиной 1-2 см в диаметре, выступающее над уровнем десны. Микроскопически обнаруживаются пучки зрелой соединительной ткани и небольшое количество кровеносных сосудов. Периваскулярно располагаются скудные или более густые инфильтраты, в которых преобладают плазматические и лимфоидные клетки. Поверхность эпюлиса покрыта многослойным плоским эпителием, нередко подвергающимся изъязвлению в результате травмы зубами. Соответственно месту изъязвления наблюдается развитие грануляционной ткани. Иногда в центральных отделах фиброзного эпюлиса отмечается формирование очагов остеогенеза видны отложения остеонидного вещества, окруженного остеобластами, в дальнейшем формируются костные перекладины с отложением солей кальция.

### **Ответ к вопросу № 23**

**Цистэктомия** - радикальная операция, при которой удаляют всю эпителиально-соединительнотканную оболочку кисты с ушиванием раны с использованием слизисто-надкостничного лоскута.

**Цистотомия** - операция, при которой удаляют переднюю стенку кисты с созданием условий для длительного сообщения с преддверием или собственно полостью рта в целях устранения основного механизма роста кисты - повышенного гидростатического давления.

### **Ответ к вопросу № 24**

Лечение всегда хирургическое. При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы нужно обязательно сохранять анатомическую целостность лицевого нерва.

При доброкачественных опухолях околоушной железы традиционно применяют четыре основных метода их удаления, три из которых являются органосохраняющими, и при всех операциях сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва:

- Выделение опухоли по ее оболочке (энуклеация);
- Частичная паротидэктомия;
- Субтотальная паротидэктомия (поверхностная, глубокая);
- Тотальная паротидэктомия.

Выбор конкретного вида операции зависит не только от гистологической формы новообразования. Определяющим моментом также являются топографо-анатомическая локализация и размер опухоли, особенности клинического течения.

### **Ответ к вопросу № 25**

Срединные кисты шеи возникают по средней линии между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Имеют вид опухоли округлой или овальной формы, мягковатой консистенции, безболезненны, размером до 5 см. Кожа не изменена, определяется флюктуация при пальпации, связана с подъязычной костью. Содержимое – тягучая светло-серая жидкость с элементами эпителия, единичными лейкоцитами.

Полные срединные свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (корень языка). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее. Боковая киста шеи – округлая, безболезненная, эластичная, медленно растущая опухоль верхней трети шеи, по внутреннему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Она примыкает к внутренней яремной вене, кожа над ней не изменена.

Полные боковые свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (небная миндалина). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее.

**Ответ к вопросу № 26**

Клиническая картина: фиброма представляет собой плотное образование, покрытое неизменной слизистой оболочкой, безболезненное, округлой формы, мягкое или плотное при пальпации. Фиброма имеет четкие границы, по цвету она либо совсем не отличается от кожи, либо имеет светло-розовый оттенок. Причины возникновения фибром четко не определены, но на данный момент можно точно сказать, что немаловажную роль играет наследственность.

Лечение: хирургическое, иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с последующим морфологическим исследованием.

**Ответ к вопросу № 27**

Нарушение акта сосания - отсутствие отрицательного давления в полости рта.

Нарушение акта глотания – опасность попадания в дыхательные пути пищи и ее аспирации.

Нарушение функции жевания – недоразвитие зубных рядов

Нарушение дыхания:

- преобладание ротового дыхания;
- нарушение калориферной функции носовой полости;
- снижена жизненная емкость легких и, прежде всего, резервного объема вдоха;
- больные более подвержены простудным заболеваниям верхних дыхательных путей.

Нарушение функции речи – ринолалия.

Заболевания ЛОР-органов:

- Деформация наружного носа
- Изменение анатомического строения носовой полости
- Нарушение дыхательной функции носа
- Воспалительные изменения барабанной перепонки, непроходимость евстахиевых труб, мезотимпаниты
- Понижение слуха

**Ответ к вопросу № 28**

Классификация уздечек языка:

I вид — тонкие, прозрачные уздечки, нормально прикреплены к языку, но имеют малую протяженность, в связи с чем ограничивают движение языка, при подъеме языка кверху у места прикрепления уздечки к внутренней поверхности нижней челюсти образуется «треугольник» из слизистой оболочки;

II вид — такие же тонкие полупрозрачные уздечки, но прикреплены ближе к кончику языка, имеют также небольшую протяженность, при подъеме языка кверху в центре образуется желобок-симптом «сердечка», а на внутренней поверхности нижней челюсти — симптом «треугольника»

**Ответ к вопросу № 29**

III вид — уздечки плотные, короткие, прикрепленные близко к кончику языка, положительный симптом «сердечка» с подворачиванием кончика и набуханием спинки языка и симптом «треугольника», чаще всего такая плотная уздечка представляет собой дубликатуру слизистой оболочки;

IV вид — плотные тяжи, как и при III виде, однако сложность заключается в том, что они сращены с мышцами языка;

V вид — тяж слизистой оболочки мало заметен, срастается с мышцами языка, в таких случаях вся масса языка, сращенная с мышцами дна рта, располагается значительно ближе к центральному отделу нижней челюсти.



**Ответ к вопросу № 30**

Показаниями к проведению френулопластики языка являются:

- нарушение питания - после рождения ребенок не может полноценно взять грудь матери, не высасывает положенную ему норму молока и за счет этого теряет массу тела
- логопедические показания - короткая и широкая уздечка и ее высокое прикрепление в области альвеолярного отростка могут явиться причиной нарушения правильного произношения отдельных звуков. Может развиваться дислалия.
- ортодонтические показания - уздечка языка может явиться причиной формирования зубочелюстных аномалий.

**Ответ к вопросу № 31**

Классификация аномалий прикуса:

по типу аномалии окклюзии зубных рядов:

- по сагиттали на всем протяжении: дистальная / мезиальная окклюзия;
- по трансверсали на всем протяжении: палатиноокклюзия, лингвоокклюзия, вестибулоокклюзия;
- по вертикали во фронтальном участке: вертикальная резцовая окклюзия и дизокклюзия.

по типу межчелюстного взаимоотношения на основе прикуса:

- 2 скелетный класс (соответствует дистальному типу прикуса);
- 3 скелетный класс (соответствует мезиальному типу прикуса);
- сужение челюсти (соответствует перекрестной окклюзии).

по симметричности:

- симметричная;
- асимметричная / несимметричная.

**Ответ к вопросу № 32**

**Аппаратный метод** – применение ортодонтических аппаратов различной конструкции:

- Механического действия – используют силу активной части аппарата: дуга (брекет-системы), пружина, винт (пластинки с винтами, НААС), эластические тяги.
- Функционально-направляющего действия – передают направленную силу мышц на зубные ряды. Конструктивная особенность – наличие наклонной плоскости или накусочной площадки.
- Функционального действия – нормализуют функцию мышц и устраняют вредные привычки. Для этой цели используются бамперы, щиты и пелоты.

**Ответ к вопросу № 33**

**Хирургические методы** – оперативные вмешательства в составе комплексного лечения.

- Ортогнатическая хирургия – при скелетных аномалиях прикуса
- MARPE, SARPE – при трансверсальных аномалиях при невозможности аппаратурного лечения.
- Компактостеотомия альвеолярного отростка – ускорение ортодонтического лечения за счет феномена регионарного ускорения.
- Коррекция аномалийных уздечек, анкилоглоссии.
- Удаление зубов, раскрытие коронок ретинированных зубов

**Ответ к вопросу № 34**

**Функциональный метод** – нормализация функций глотания, жевания, дыхания, речи, мышц самостоятельно или с привлечением соответствующих специалистов (ЛОР-врачей, логопедов). Наиболее эффективен в детском возрасте.

**Ответ к вопросу № 35**

Реабилитация ребёнка с пороками развития челюстно-лицевой области — один из самых длительных и сложных периодов.

1. Санация полости рта и профилактические осмотры каждые три месяца; ортодонтическое лечение;
2. После операции дети с пороками развития челюстно-лицевой области годами занимаются с логопедами для восстановления нормальной функции речи.
3. Формирование рубца — естественный процесс, который может продолжаться 6-8 месяцев. На протяжении всего этого времени меняется форма губы и носа: губа может подтягиваться по линии рубца, а крыло носа — к носовой перегородке. Такие изменения способствуют уменьшению диаметра носового хода и деформации носа. Необходимо соблюдать ряд простых правил:

- пользоваться солнцезащитными кремами;
- временно избегать поездок к морю;
- профилактика травм;
- назначение и использование противорубцовых средств;
- использование носовых вкладышей для профилактики деформации носа.

**Ответ к вопросу № 36**

Цель физиотерапии:

1. оказать обезболивающее, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, противоотечное действие;
2. ликвидировать спазм сосудов;
3. стимулировать процессы костного заживления;
4. уменьшить напряжение мышц;
5. ускорить восстановление зубочелюстного аппарата.

Вопросы представлены в документе **«Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»** (см. пункт 6.1.4, стр.29-30).

**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 ЗАЧЕТА С ОЦЕНКОЙ (1 семестр)

### 2.1 Ключи к тестовым заданиям для проведения промежуточной аттестации в виде ЗНАНИЙ (1 семестр):

1 – e	15 – a	29 – c	43 – b	57- c
2 – e	16 – d	30 – b	44 – b	58- a
3 – c	17 – d	31 – a	45 – a	59- b
4 – e	18 – b	32 – c	46 – a	60- b
5 – e	19 – e	33 – a	47 – c	61- b
6 – e	20 – c	34 – c	48 – e	62- a
7 – e	21 – a	35 – b	49 – b	63- a
8 – d	22 – e	36 – b	50 – d	64- d
9 – a	23 – c	37 – e	51 – a	
10 – e	24 – b	38 – a	52 – b	
11 – b	25 – b	39 – d	53 – b	
12 – c	26 – a	40 – b	54 – d	
13 – e	27 – a	41 – d	55 – c	
14 – c	28 – c	42 – c	56 – b	

Тестовые задания представлены в документе «Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ» (см. пункт 6.2.1, стр. 31-40).

#### 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.

### 2.2 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации в виде УМЕНИЙ (1 семестр):

#### Ответ к вопросу № 1

*Асептика* – система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного 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 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 № 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
12. 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
  - Обморок
  - 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.

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

*Компьютерная томография (КТ)* - принцип метода заключается в регистрации рентгеновского излучения полупроводниковыми 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 больного.
- 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**

*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 прорободает.

### **Ответ к вопросу № 20**

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 № 21**

#### *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 № 22**

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 № 23***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 № 24***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 № 25***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 № 26***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 № 27***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 № 28***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, некрэктомию. Рану дренируют, налаживают фракционный или непрерывный диализ.

**Ответ к вопросу № 29***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 № 30**

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 № 31**

*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 № 32

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 № 33

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 гингивэктомию 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 № 34

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, неподлежащая 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 № 35**

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 № 36**

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 № 37**

*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 № 38***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 № 39***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 № 40**

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 отisku 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 № 41**

*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 № 42**

*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 № 43**

*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 № 44**

*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 № 45**

*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 № 46**

*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 № 47**

В течении острого герпетического стоматита выделяют 4 периода:

1. Продромальный период - чувство жжения, покалывания, зуда; чувство напряжения в местах будущего появления сыпи на коже и слизистой оболочке. Нарастают симптомы общей интоксикации.
2. Катаральный период характеризуется гиперемией и отёком слизистой оболочки полости рта и десневого края. Жалобы на дискомфорт в полости рта при приеме пищи.
3. В период высыпаний появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки полости рта: пятно, пузырек, пузырь и эрозия. Площадь поражения слизистой оболочки полости рта сопряжена с тяжестью заболевания.
4. Период угасания болезни характеризуется улучшением общего состояния, эпителизацией афт.

**Ответ к вопросу № 48**

Хирургические методики лечения слюннокаменной болезни:

конкрементэктомия или экстирпации слюнной железы. Выбор конкретного способа лечения зависит от локализации, размеров и количества конкрементов, характера клинических проявлений, а также структурно-функционального состояния пораженной слюнной железы

**Ответ к вопросу № 49**

В 1 периоде I фазы раневого процесса показано лечение лекарственными препаратами, оказывающие антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и, по возможности, обезболивающее действия.

Во 2 периоде I фазы раневого процесса воспаления рекомендуется применение средств, обладающих антибактериальными, некролитическими, гидрофильными свойствами в жидкой лекарственной форме, а также, применение различных инструментальных методов санации гнойной раны.

Фаза регенерации – II фаза раневого процесса, в этот период необходимость в дренировании отсутствует.

**Ответ к вопросу № 50**

**Хирургическое лечение** заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня (стержней), вскрытии участков абсцедирования, а при необходимости — в некрэктомии. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня.

Особенность хирургического этапа лечения — требование осторожного проведения кюретажа, без настойчивого выскабливания стенок раны. После вскрытия очага поражения рану дренируют.

При карбункуле разрез проводят на всю толщину пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки, проводят некрэктомию.

Вопросы представлены в документе **«Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»** (см. пункт 6.2.2, стр. 40-41).

**Критерии сдачи зачёта с оценкой:**

Оценка **«отлично»** выставляется обучающемуся (ординатору), который выполнил без ошибок более 80% тестового задания, а также полный и развернутый ответ, который полностью соответствует вопросу, таким образом показывая глубокое владение материалом.

Оценка **«хорошо»** выставляется обучающемуся (ординатору), который выполнил без ошибок более 65 % тестового задания, а также не полный ответ, который соответствует вопросу, таким образом показывая владение материалом.

Оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся (ординатору), который выполнил без ошибок более 50 % тестового задания, а также ответ, который соответствует вопросу, но не раскрывает главную мысль, таким образом показывая поверхностное владение материалом.

### 3. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ В ФОРМЕ ЭКЗАМЕНА (2 семестр)

#### 3.1 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации в виде УМЕНИЙ (2 семестр):

##### Ответ к вопросу № 1

*Асептика* – система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного 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 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 № 4

На данный момент наиболее современными анестетиками в стоматологии считаются препараты на основе артикаина гидрохлорида. К этой группе относятся Ультракаин, Убисте-

зин, 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 эpineфрин – 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
  - Обморок
  - 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 выдвижение 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 эндодонтоэндооксальным 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

«Alvogy!».

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 глубоколежащих 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.

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

*Компьютерная томография (КТ)* - принцип метода заключается в регистрации рентгеновского излучения полупроводниковыми 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 больного.
- 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**

*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 № 20**

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 № 21**

*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 № 22**

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 № 23**

#### *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 № 24**

#### *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 № 25**

#### *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 № 26***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 № 27***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 № 28***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 № 29***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 № 30**

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 № 31**

*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 № 32**

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 № 33**

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 гингивэктомию 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 № 34**

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 № 35**

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 № 36**

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 № 37**

*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 № 38**

*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 репарационного 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 № 39***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 *V. Forsythus*, *P. Gingivalis*).
- Недостатками этой манипуляции являются затрудненный обзор операционного поля, невозможность использования оптимизаторов остеогенеза, образование рваных ран.

**Ответ к вопросу № 40**

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 № 41**

*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 № 42**

*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 № 43**

*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 № 44**

*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 № 45**

*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 тка-

нями. 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 № 46**

*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 № 47**

В течении острого герпетического стоматита выделяют 4 периода:

1. Продромальный период - чувство жжения, покалывания, зуда; чувство напряжения в местах будущего появления сыпи на коже и слизистой оболочке. Нарастают симптомы общей интоксикации.
2. Катаральный период характеризуется гиперемией и отёком слизистой оболочки полости рта и десневого края. Жалобы на дискомфорт в полости рта при приеме пищи.
3. В период высыпаний появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки полости рта: пятно, пузырек, пузырь и эрозия. Площадь поражения слизистой оболочки полости рта сопряжена с тяжестью заболевания.
4. Период угасания болезни характеризуется улучшением общего состояния, эпителизацией афт.

#### **Ответ к вопросу № 48**

Хирургические методики лечения слюннокаменной болезни:

конкрементэктомия или экстирпации слюнной железы. Выбор конкретного способа лечения зависит от локализации, размеров и количества конкрементов, характера клинических проявлений, а также структурно-функционального состояния пораженной слюнной железы

#### **Ответ к вопросу № 49**

В 1 периоде I фазы раневого процесса показано лечение лекарственными препаратами, оказывающие антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и, по возможности, обезболивающее действия.

Во 2 периоде I фазы раневого процесса воспаления рекомендуется применение средств, обладающих антибактериальными, некролитическими, гидрофильными свойствами в жидкой лекарственной форме, а также, применение различных инструментальных методов санации гнойной раны.

Фаза регенерации – II фаза раневого процесса, в этот период необходимость в дренировании отсутствует.

### Ответ к вопросу № 50

**Хирургическое лечение** заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня (стержней), вскрытии участков абсцедирования, а при необходимости — в некрэктомии. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня.

Особенность хирургического этапа лечения — требование осторожного проведения кюретажа, без настойчивого выскабливания стенок раны. После вскрытия очага поражения рану дренируют.

При карбункуле разрез проводят на всю толщину пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки, проводят некрэктомию.

### Ответ к вопросу № 51

Первичная хирургическая обработка ран:

- ранняя (до 24 ч)
- отсроченная (24-48 часов)
- поздняя (более 48 часов)

Порядок первичной хирургической обработки:

- антисептическая обработка кожи,
- анестезия,
- гемостаз,
- ревизия раны для определения дефекта подлежащих тканей,
- экономное иссечение нежизнеспособных, разможенных тканей (только если уверены на 100%),
- послойное ушивание раны с элементами первичной пластики.
- противостолбнячная сыворотка/анатоксин

### Ответ к вопросу № 52

**Виды шовных материалов:**

- Монофиламентная нить
- Плетеная нить
- Крученая нить
- Псевдомонофиламент

**Резорбируемые:** полигликолиды, капролактон, кетгут и т.д.

Нерезорбируемые: шелк, пролен и т.д.

**Виды швов:**

*Одиночные:* узловый, крестообразный, П-образный, вертикальный матрацный, датский и т.д.

*Непрерывные:* шов Мультановского, матрацный, простой, внутрикожный.

### Ответ к вопросу № 53

Мягкие ткани челюстно-лицевой области, в отличие от других локализаций, обладают некоторыми характерными особенностями:

- обильное кровоснабжение;
- хорошая иннервация;
- высокие регенераторные способности;
- выраженный местный иммунитет тканей;
- вокруг естественных отверстий лица в тканях имеются клетки, которые уже частично подготовлены к заживлению;



- раны слизистой оболочки полости рта омываются слюной, а в ней содержится лизоцим и секреторный IgA, который способствует регенерации;
- микрофлора полости рта, носа, верхнечелюстных пазух может способствовать инфицированию раны.

#### **Ответ к вопросу № 54**

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма больного.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и др.

#### **Ответ к вопросу № 55**

К консервативным методам относят иммобилизацию отломков при помощи шин внелабораторного изготовления (индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины) и при помощи шин лабораторного изготовления (зубонаддесневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич–Степанова, различные назубные каповые аппараты, наддесневая шина Порты). К внелабораторным относят назубные индивидуальные гнутые шины Тигерштедта, назубные стандартные шины Васильева, шину-каппу (изготавливают во рту из быстро твердеющей пластмассы). К ортопедическим относят назубную шину-каппу, зубонаддесневые шины Вебера, Ванкевич, наддесневую шину Порты.

#### **Ответ к вопросу № 56**

На основе экспериментальных и клинических испытаний, проведенных группой исследователей Ассоциации остеосинтеза, были сформулированы четыре принципа, соблюдение которых необходимо для быстрого восстановления формы и функции нижней челюсти:

- анатомическая репозиция костных фрагментов;
- функционально-стабильная фиксация костных фрагментов;
- сохранение кровоснабжения костных фрагментов путем использования атравматических методик;
- ранняя, активная и безболезненная мобилизация.

#### **Ответ к вопросу № 57**

Показания к оперативным методам лечения переломов челюстей:

1. недостаточное число или полное отсутствие зубов;
2. подвижность зубов;
3. переломы за пределами зубного ряда при смещении отломков;
4. смещение отломков с интерпозицией мягких тканей;
5. множественные переломы;
6. комбинированные поражения;
7. сопутствующие психические заболевания;
8. крупнооскольчатые переломы нижней челюсти;
9. дефекты костной ткани.

#### **Ответ к вопросу № 58**

По локализации.

Переломы тела челюсти:

- с наличием зуба в щели перелома;
- при отсутствии зуба в щели перелома.

Переломы ветви нижней челюсти:

- собственно ветви;
- венечного отростка;
- мышцелкового отростка.
- односторонние; - двусторонние;
- одиночные; - двойные; - множественные;

По характеру перелома:

- без смещения отломков;
- со смещением отломков;
- линейные;
- оскольчатые.

В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:

- свежие (до 10 дней);
- застарелые (от 11 до 20 дней);
- неправильно сросшиеся (более 20 дней).

### **Ответ к вопросу № 59**

Наблюдается болезненное, ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа, иногда — диплопия.

Также переломы скуловой кости со значительным смещением сопровождаются переломами нижней и латеральной стенок глазницы, что в свою очередь может приводить к:

- ущемлению глазодвигательных мышц в линии перелома;
- ограничению подвижности глазного яблока;
- дислокации глазного яблока;
- диплопия;
- онемению подглазничной области, верхней губы и зубов на стороне повреждения

При переломе скуловой кости определяются деформация лица за счет смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области, верхненаружного угла глазницы, верхнее веко и конъюнктиву, иногда — хемоз. Пальпируется костная «ступенька» в области подглазничного края, верхненаружного угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла носа, кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной областей снижена.

### **Ответ к вопросу № 60**

Консервативное лечение рекомендовано в случае перелома нижней стенки глазницы без смещения отломков, либо перелома с незначимым их смещением, не приводящим к эстетическим или функциональным нарушениям. Консервативное лечение включает в себя симптоматическую терапию, а также исключение физических нагрузок, перегреваний на срок 2 месяца, обезболивающую терапию, применение сосудосуживающих препаратов местного действия. При минимальном смещении костных отломков и отсутствии клинической симптоматики, пациент требует динамического наблюдения, с целью повторной оценки симптоматики после спадания отека

### **Ответ к вопросу № 61**

Выделяют сквозные, слепые и касательные ранения.

Огнестрельные ранения ЧЛО бывают: проникающими (в полость рта, носа и околоносовых пазух) и непроникающими.

В соответствии со степенью тяжести выделяют: легкие, средней тяжести и тяжелые ранения.

**К легким ранениям** и повреждениям относятся ранения мягких тканей лица без истинного дефекта

**Ранения средней тяжести** характеризуются более обширными повреждениями без дефектов мягких тканей

**К тяжелым ранениям относят:** ранения мягких тканей, сопровождающиеся отрывами тканей и образованием истинных дефектов

### **Ответ к вопросу № 62**

**Первая фаза** - фаза воспаления.

С целью отторжения погибших тканей: гипертонические растворы; мази на водорастворимой основе; протеолитические ферменты.

С целью подавления инфекции: многокомпонентные мази на водорастворимой основе; химиопрепараты, антисептики.

С целью эвакуации содержимого: дренирование, гипертонические растворы.

**Вторая фаза** – фаза регенерации:

С целью подавления инфекции: мази с химиопрепаратами и антисептиками.

Стимуляция роста грануляций: комбутек, альгипор, индифферентные мази.

**Третья фаза** - Организация рубца и эпителизация: индифферентные мази, солкосерил.

### **Ответ к вопросу № 63**

Маршрут, по которому осуществляется вынос и транспортировка поражённых (больных), называется путь медицинской эвакуации, а расстояние от пункта отправки поражённого до места назначения принято считать плечом медицинской эвакуации. Совокупность путей эвакуации, расположенных на этапах медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств, называется эвакуационным направлением.

В настоящее время в системе лечебно–эвакуационных мероприятий предусматриваются следующие виды медицинской помощи:

- первая помощь;
- доврачебная (фельдшерская) помощь;
- первая врачебная помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;

### **Ответ к вопросу № 64**

Первая врачебная помощь:

- временная остановка наружного кровотечения тампонадой раны полости рта или полости носа, а также наложение кровоостанавливающих зажимов на видимые в ране кровоточащие сосуды;
- борьба с асфиксией или угрозой ее развития: очищение верхних дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, ингаляция кислорода, прошивание языка, подтягивание его к фронтальным зубам и фиксация, при необходимости – наложение трахеостомы;
- борьба с шоком: введение наркотиков, литических смесей, сердечно-сосудистых средств и дыхательных analeптиков, новокаиновые блокады, фиксация отломков челюсти транспортной повязкой, согревание раненых, горячее сладкое питье;
- борьба с обезвоживанием: питье из поильника с резиновой трубкой;
- профилактика хирургической инфекции введением антибиотиков, столбнячного анатоксина, сульфаниламидов.

### **Ответ к вопросу № 65**

Квалифицированная медицинская помощь предусматривает:

- выполнение реанимационных мероприятий и минимального объема хирургических вмешательств, в первую очередь, по жизненным показаниям.
- выведение раненых из состояния асфиксии и устранение причин ее возникновения;
- окончательная остановка кровотечения;

- проведение всего комплекса противошоковых мероприятий до стабилизации гемодинамических показателей;
- транспортная иммобилизация отломков челюстей, лигатурное связывание челюстей;
- первичная хирургическая обработка ран по жизненным показаниям;
- кормление раненых;
- туалет полости рта и профилактика обезвоживания.

### **Ответ к вопросу № 66**

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма больного.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и другое

### **Ответ к вопросу № 67**

Предрасполагающие экзогенные факторы развития злокачественных новообразований:

- механические - состояние зубного ряда (разрушенные зубы) и наличие вредных привычек; характер ответной реакции слизистой оболочки зависит от силы и длительности механического воздействия.
- физические - различные термические воздействия, а также микротоки, возникающие при наличии в полости рта ортопедических конструкций, изготовленных из разнородных металлов, ультрафиолетовое излучение
- химические - обилие специй, влияние различных продуктов химического производства;
- метеорологические - одновременное воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей соленой воды в условиях пониженной температуры и высокой влажности воздуха;
- биологические (дрожжеподобные грибы, бледная спирохета, палочка Коха).

### **Ответ к вопросу № 68**

В развитии злокачественных образований главную роль играет иммунитет, который определяет реактивность, устойчивость к внешним неблагоприятным воздействиям. К эндогенным факторам также можно отнести различные изменения в организме человека, связанные с возрастом. Например, с возрастом в связи с дегидратацией клеток и гормональных изменений, усиливается склонность слизистой полости рта к ороговению. На процессы ороговения оказывают влияние такие заболевания, как хронические анемии, диабет, болезни желудочно-кишечного тракта, ксеростомии различной этиологии, красная волчанка, псориаз, ихтиоз. С возрастом эпителиальный покров истончается и становится более подвержен травме. В группу эндогенных факторов входит генетическая предрасположенность к определенным онкологическим заболеваниям.

### **Ответ к вопросу № 69**

Лечение абразивного преинвазивного хейлита Манганотти направлено на эпителизацию хронической эрозии и устранение раздражающих факторов. При необходимости показано рациональное протезирование. Консервативное лечение продолжается от 1 до 2 недель и включает устранение травмы, применение витамина А местно и внутрь по 10 капель масляного раствора 3 раза в сутки, аппликации гормональных мазей, а также 5 % метилурациловой, солкосерилевой мазей и других кератопластиков. При неэффективности консервативного лечения проводят иссечение патологического очага.

**Ответ к вопросу № 70**

- Полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям);

- радикальное хирургическое вмешательство на первичном очаге с послеоперационной дистанционной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр (РОД 2 Гр) + профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов на стороне пораженной железы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр).

При аденокистозной карциноме в зону облучения включают ложе удаленной опухоли и ближайшие черепно-мозговые нервы (регионарные интактные лимфатические узлы не облучаются)

**Ответ к вопросу № 71**

Гигантоклеточный эпюлис встречается преимущественно у женщин в возрасте 30-40 лет, наиболее часто во время беременности. Иногда выявляется у детей. Образование темно-красного цвета мягкой консистенции, локализуется в области клыков и премоляров нижней челюсти, обычно на щечной поверхности десны, иногда может иметь вид песочных часов, выступая и в точную, и в язычную стороны. Рентгенологически в зоне эпюлиса отмечается разрежение костной ткани. По строению идентичен центральной гигантоклеточной опухоли, иногда с формированием костных перекладин в центральных отделах.

**Ответ к вопросу № 72**

Фиброзный эпюлис - очаговое разрастание мягких тканей величиной 1-2 см в диаметре, выступающее над уровнем десны. Микроскопически обнаруживаются пучки зрелой соединительной ткани и небольшое количество кровеносных сосудов. Периваскулярно располагаются скудные или более густые инфильтраты, в которых преобладают плазматические и лимфоидные клетки. Поверхность эпюлиса покрыта многослойным плоским эпителием, нередко подвергающимся изъязвлению в результате травмы зубами. Соответственно месту изъязвления наблюдается развитие грануляционной ткани. Иногда в центральных отделах фиброзного эпюлиса отмечается формирование очагов остеогенеза видны отложения остеидного вещества, окруженного остеобластами, в дальнейшем формируются костные перекладки с отложением солей кальция.

**Ответ к вопросу № 73**

**Цистэктомия** - радикальная операция, при которой удаляют всю эпителиально-соединительнотканную оболочку кисты с ушиванием раны с использованием слизисто-надкостничного лоскута.

**Цистотомия** - операция, при которой удаляют переднюю стенку кисты с созданием условий для длительного сообщения с преддверием или собственно полостью рта в целях устранения основного механизма роста кисты - повышенного гидростатического давления.

**Ответ к вопросу № 74**

Лечение всегда хирургическое. При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы нужно обязательно сохранять анатомическую целостность лицевого нерва.

При доброкачественных опухолях околоушной железы традиционно применяют четыре основных метода их удаления, три из которых являются органосохраняющими, и при всех операциях сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва:

- Выделение опухоли по ее оболочке (энуклеация);
- Частичная паротидэктомия;
- Субтотальная паротидэктомия (поверхностная, глубокая);
- Тотальная паротидэктомия.

Выбор конкретного вида операции зависит не только от гистологической формы новообразования. Определяющим моментом также являются топографо-анатомическая локализация

и размер опухоли, особенности клинического течения.

### **Ответ к вопросу № 75**

Срединные кисты шеи возникают по средней линии между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Имеют вид опухоли округлой или овальной формы, мягковатой консистенции, безболезненны, размером до 5 см. Кожа не изменена, определяется флюктуация при пальпации, связана с подъязычной костью. Содержимое – тягучая светло-серая жидкость с элементами эпителия, единичными лейкоцитами.

Полные срединные свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (корень языка). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее. Боковая киста шеи – округлая, безболезненная, эластичная, медленно растущая опухоль верхней трети шеи, по внутреннему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Она примыкает к внутренней яремной вене, кожа над ней не изменена.

Полные боковые свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (небная миндалина). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее.

### **Ответ к вопросу № 76**

Клиническая картина: фиброма представляет собой плотное образование, покрытое неизменной слизистой оболочкой, безболезненное, округлой формы, мягкое или плотное при пальпации. Фиброма имеет четкие границы, по цвету она либо совсем не отличается от кожи, либо имеет светло-розовый оттенок. Причины возникновения фибром четко не определены, но на данный момент можно точно сказать, что немаловажную роль играет наследственность.

Лечение: хирургическое, иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с последующим морфологическим исследованием.

### **Ответ к вопросу № 77**

Нарушение акта сосания - отсутствие отрицательного давления в полости рта.

Нарушение акта глотания – опасность попадания в дыхательные пути пищи и ее аспирации.

Нарушение функции жевания – недоразвитие зубных рядов

Нарушение дыхания:

- преобладание ротового дыхания;
- нарушение калориферной функции носовой полости;
- снижена жизненная емкость легких и, прежде всего, резервного объема вдоха;
- больные более подвержены простудным заболеваниям верхних дыхательных путей.

Нарушение функции речи – ринопалия.

Заболевания ЛОР-органов:

- Деформация наружного носа
- Изменение анатомического строения носовой полости
- Нарушение дыхательной функции носа
- Воспалительные изменения барабанной перепонки, непроходимость евстахиевых труб, мезотимпаниты
- Понижение слуха

### **Ответ к вопросу № 78**

Классификация уздечек языка:

I вид — тонкие, прозрачные уздечки, нормально прикреплены к языку, но имеют малую протяженность, в связи с чем ограничивают движение языка, при подъеме языка кверху у места прикрепления уздечки к внутренней поверхности нижней челюсти образуется «треугольник» из слизистой оболочки;

II вид — такие же тонкие полупрозрачные уздечки, но прикреплены ближе к кончику языка,

имеют также небольшую протяженность, при подъеме языка кверху в центре образуется желобок-симптом «сердечка», а на внутренней поверхности нижней челюсти — симптом «треугольника»

### Ответ к вопросу № 79

III вид — уздечки плотные, короткие, прикрепленные близко к кончику языка, положительный симптом «сердечка» с подворачиванием кончика и набуханием спинки языка и симптом «треугольника», чаще всего такая плотная уздечка представляет собой дубликатуру слизистой оболочки;

IV вид — плотные тяжи, как и при III виде, однако сложность заключается в том, что они сращены с мышцами языка;

V вид — тяж слизистой оболочки мало заметен, срастается с мышцами языка, в таких случаях вся масса языка, сращенная с мышцами дна рта, располагается значительно ближе к центральному отделу нижней челюсти.

### Ответ к вопросу № 80

Показаниями к проведению френулопластики языка являются:

- нарушение питания - после рождения ребенок не может полноценно взять грудь матери, не высасывает положенную ему норму молока и за счет этого теряет массу тела
- логопедические показания - короткая и широкая уздечка и ее высокое прикрепление в области альвеолярного отростка могут явиться причиной нарушения правильного произношения отдельных звуков. Может развиваться дислалия.
- ортодонтические показания - уздечка языка может явиться причиной формирования зубочелюстных аномалий.

### Ответ к вопросу № 81

Классификация аномалий прикуса:

по типу аномалии окклюзии зубных рядов:

- по сагиттали на всем протяжении: дистальная / мезиальная окклюзия;
- по трансверсали на всем протяжении: палатиноокклюзия, лингвоокклюзия, вестибулоокклюзия;
- по вертикали во фронтальном участке: вертикальная резцовая окклюзия и дизокклюзия.

по типу межчелюстного взаимоотношения на основе прикуса:

- 2 скелетный класс (соответствует дистальному типу прикуса);
- 3 скелетный класс (соответствует мезиальному типу прикуса);
- сужение челюсти (соответствует перекрестной окклюзии).

по симметричности:

- симметричная;
- асимметричная / несимметричная.

### Ответ к вопросу № 82

**Аппаратный метод** – применение ортодонтических аппаратов различной конструкции:

- Механического действия – используют силу активной части аппарата: дуга (брекет-системы), пружина, винт (пластинки с винтами, НААС), эластические тяги.
- Функционально-направляющего действия – передают направленную силу мышц на зубные ряды. Конструктивная особенность – наличие наклонной плоскости или накусочной площадки.
- Функционального действия – нормализуют функцию мышц и устраняют вредные привычки. Для этой цели используются бамперы, щиты и пелоты.

**Ответ к вопросу № 83**

**Хирургические методы** – оперативные вмешательства в составе комплексного лечения.

- Ортогнатическая хирургия – при скелетных аномалиях прикуса
- MARPE, SARPE – при трансверзальных аномалиях при невозможности аппаратурного лечения.
- Компактостеотомия альвеолярного отростка – ускорение ортодонтического лечения за счет феномена регионарного ускорения.
- Коррекция аномалийных уздечек, анкилоглоссии.
- Удаление зубов, раскрытие коронок ретинированных зубов

**Ответ к вопросу № 84**

**Функциональный метод** – нормализация функций глотания, жевания, дыхания, речи, мышц самостоятельно или с привлечением соответствующих специалистов (ЛОР-врачей, логопедов). Наиболее эффективен в детском возрасте.

**Ответ к вопросу № 85**

Реабилитация ребёнка с пороками развития челюстно-лицевой области — один из самых длительных и сложных периодов.

1. Санация полости рта и профилактические осмотры каждые три месяца; ортодонтическое лечение;
2. После операции дети с пороками развития челюстно-лицевой области годами занимаются с логопедами для восстановления нормальной функции речи.
3. Формирование рубца — естественный процесс, который может продолжаться 6-8 месяцев. На протяжении всего этого времени меняется форма губы и носа: губа может подтягиваться по линии рубца, а крыло носа — к носовой перегородке. Такие изменения способствуют уменьшению диаметра носового хода и деформации носа. Необходимо соблюдать ряд простых правил:
  - пользоваться солнцезащитными кремами;
  - временно избегать поездок к морю;
  - профилактика травм;
  - назначение и использование противорубцовых средств;
  - использование носовых вкладышей для профилактики деформации носа.

**Ответ к вопросу № 86**

Цель физиотерапии:

1. оказать обезболивающее, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, противоотечное действие;
2. ликвидировать спазм сосудов;
3. стимулировать процессы костного заживления;
4. уменьшить напряжение мышц;
5. ускорить восстановление зубочелюстного аппарата.

Вопросы представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**» (см. пункт 6.3.1, стр. 42-44).

3.2 Ключи к ситуационным задачам для проведения промежуточной аттестации  
в виде **ВЛАДЕНИЙ (2 семестр)**:

**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 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 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**

- a. Сиалолитиаз правой поднижнечелюстной слюнной железы
- b. Для уточнения диагноза «слюнно-каменная болезнь» необходимо провести: сиалографию, рентгенографию поднижнечелюстной железы в боковой проекции, зондирование протока
- c. 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, гайморотомия, 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.

Ситуационные задачи представлены в документе «**Оценочные материалы к рабочей программе дисциплины Б1.Б.01 СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ**» (см. пункт 6.3.2, стр. 44-50).

### Критерии сдачи экзамена:

Оценка «**отлично**» выставляется обучающемуся (ординатору), обнаружившему всестороннее систематическое знание учебно-программного материала, умение свободно выполнять практические задания, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности в стандартных и нестандартных ситуациях, освоившему основную литературу и знакомому с дополнительной литературой, рекомендованной рабочей программой учебной дисциплины, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой специальности, проявившим творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

Оценка «**хорошо**» выставляется обучающемуся (ординатору), обнаружившему полное знание учебно-программного материала, успешно выполнившего практические задания, максимально приближенные к будущей профессиональной деятельности в стандартных ситуациях, усвоившему основную рекомендованную литературу, показавшему систематический характер знаний по дисциплине, способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебы и профессиональной деятельности. Содержание и форма ответа допускают отдельные неточности.

Оценка «**удовлетворительно**» выставляется обучающемуся (ординатору), обнаружившему знание основного учебно-программного материала в объеме, необходимом для дальнейшей учёбы и предстоящей работы по специальности, справляющемуся с выполнением заданий, предусмотренных рабочей программой дисциплины, обладающему необходимыми знаниями, но допустившему неточности в определении понятий, в применении знаний для решения профессиональных задач, в неумении обосновывать свои рассуждения.

Оценка «**неудовлетворительно**» выставляется обучающемуся (ординатору), допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера, имеющему разрозненные, бессистемные знания, обучающиеся не умеют выделять главное и второстепенное, допускают неточности в определении понятий, искажают их смысл, беспорядочно и неуверенно излагают материал.