

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра стоматологии №5

Оценочные материалы
по дисциплине
ХИРУРГИЧЕСКИЕ И ОРТОПЕДИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ АДЕНТИИ

С ПРИМЕНЕНИЕМ ИМПЛАНТОВ

Специальность 31.08.74 Стоматология хирургическая

2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-5 Способен к диагностике стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.	ПК- 5 Применяет диагностику стоматологических заболеваний и неотложных состояний в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Тесты:

1. Основными задачами поликлиники являются

- A) медицинская помощь больным на дому
- B) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- C) организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- D) профилактическая работа
- E) экспертиза временной нетрудоспособности

Эталон ответа: B

2. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает

- A) анализ интенсивности потока больных по времени
- B) нормирование деятельности врачей
- C) правильную организацию графика приема врачей
- D) четкую работу регистратуры
- E) дисциплину персонала

Эталон ответа: B

3. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

- A) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- B) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
- C) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
- D) основы законодательства об охране здоровья граждан
- E) верно A), B), D)

Эталон ответа: E

7. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

- A) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- B) стоимость различных видов медицинской помощи
- C) организация добровольного медицинского страхования
- D) виды платных медицинских услуг

Е) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

Эталон ответа: А

8. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения

А) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

В) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования

С) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам

Д) оценка степени квалификации медицинского персонала

Е) верно А), В), Д)

Эталон ответа: Е

9. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет

А) средств местной администрации

В) средств государственных предприятий и учреждений

С) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений

Д) средств граждан

Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: Е

10. Способ общего обезболивания безопасное в условиях поликлиники -

А) Внутривенный наркоз.

В) Масочный наркоз.

С) Инсуффляционный наркоз.

Эталон ответа: С

11. Самый эффективный анестетик для поверхностной анестезии.

А) Анестезин.

В) Дикаин.

С) Пиромекаин.

Эталон ответа: С

12. Самый эффективный анестетик для инъекционной анестезии.

А) Лидокаин.

В) Маркаин.

С) Тримекаин.

Д) Ультракаин

Эталон ответа: Д

13. С сохраненным сознания протекает осложнение местной анестезии

А) Обморок.

В) Шок.

С) Коллапс.

Эталон ответа: С

14. Лучшая управляемость при наркозе -

А) Масочном.

- В) Эндотрахеальном
- С) Внутривенном.

Эталон ответа: В

15. Чаще развиваются постинъекционные гематомы при анестезии -

- А) Подглазничной.
- В) Торусальной.
- С) Ментальной.
- Д) Туберальной

Эталон ответа: D

16. Опасность развития невритов чаще при анестезии -

- А) Инфильтрационной.
- В) Периневральной.
- С) Эндоневральной

Эталон ответа: С

17. Местные действия стоматолога в случае осложнения местной анестезии анафилактическим шоком -

- А) Обколоть место введения анестетика адреналином.
- В) Произвести разрез в месте инъекции.
- С) Приложить холод

Эталон ответа: В

18. Препараты для местной анестезии в случае непереносимости местных анестетиков

- А) Седативные.
- В) Нейролептики.
- С) Антигистаминные

Эталон ответа: С

19. Абсолютные показания для проведения вмешательства под общим обезболиванием -

- А) Нарушение психики больного.
- В) Большой объем оперативного вмешательства.
- С) Непереносимость местных анестетиков.
- Д) Просьба больного

Эталон ответа: А, В, С

20. Объем оперативного вмешательства показан одновременно больному с гемофилией?

- А) Полная хирургическая санация полости рта.
- В) Удаление одного зуба.
- С) Удаление двух зубов.

Эталон ответа: А

21. Пересадка удаленного зуба в ту же лунку, это:

- А) Гомотрансплантация.
- В) Аутоотрансплантация.
- С) Реплантация.

Эталон ответа: С

22. Развиваются ли альвеолиты после операции удаления зубов под наркозом?

- А) Да.
- В) Нет.
- С) Иногда, в редких случаях.

Эталон ответа: С

23. Острые инфекционные заболевания, сахарный диабет, гипертонический криз, болезни крови для удаления зубов -:

- А) Абсолютные противопоказания.
- В) Относительные противопоказания.
- С) Не являются противопоказаниями.

Эталон ответа: В

24. Количество этапов операции удаления зубов с помощью щипцов?

- А) 3.
- В) 4.
- С) 5.

Эталон ответа: С

25. При удалении зубов возможен перелом нижней челюсти?

- А) Резцов.
- В) Премоляров.
- С) Нижних третьих моляров.

Эталон ответа: С

Задачи

Задача 1.

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Ответы к задаче 1

1. Беременность - относительное противопоказание к операции. 2. Лучше не применять анестетиков, содержащих вазоконстрикторы. 3. Перед ОУЗ необходимо успокоить больную, объяснив безопасность вмешательства как для её здоровья, так и для состояния ребёнка. 4. Все плановые вмешательства лучше проводить во втором триместре беременности. Однако, при возникновении срочных показаний, вмешиваться можно в любом периоде беременности. Следует только провести беседу с пациенткой, подготовить её к вмешательству, подобрать оптимальный вид анестезии и анестетик, аккуратно и быстро выполнить саму ОУЗ. 5. Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной. 6. Поскольку 16 зуб разрушен, следует использовать универсальные штыковидные (байонетные) щипцы. Корни 16 зуба удаляются по одному, все три, межкорневая перегородка резецируется ниже уровня десневого края. Контроль за образованием сгустка! Чтобы не допустить перфорации дна верхнечелюстного синуса (ВЧ), врач должен

действовать предельно аккуратно и осторожно, минимально травмируя ткани. Если перфорация всётаки возникла (из-за близкого расположения), следует максимально возможно сдавить края лунки, наложить П-образный шов. Никаких тампонов в лунку!

Задача 2.

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе щипцов? 2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба? 3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба. 4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи? 5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе? 6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи? 7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Ответы к задаче 2

1. Осложнение (отлом остатка коронки 17 зуба) во время удаления, связанное с неправильным выбором инструмента. 2. Следовало выбрать аналогичные щипцы, но с шипом слева. 3. После синдесмотомии щипцы накладывают на удаляемый зуб с таким расчётом, чтобы шип на одной из щёчек вошёл между передним и задним щёчными корнями удаляемого 17 зуба. Это позволяет максимально плотно охватить зуб. Последующие люксационные движения эффективно вывихивают зуб из лунки. Выводить зуб надо в щёчную сторону, плавно, по дуге, чтобы не травмировать антагонисты. 4. При перфорации дна ВЧ синуса следует максимально сблизить края лунки удалённого зуба и попытаться наложить П-образный шов. Если этого сделать не удаётся, необходимо провести первичное пластическое закрытие лунки и перфорации дна синуса с помощью слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны альвеолярного отростка. Никогда не следует вводить в лунку зуба тампоны (с чем бы то ни было) и ждать!!! Это закончится образованием стойкого антроорального свища и возникновением первично хронического гайморита. 5. В том случае, если один из корней был протолкнут в синус, ни в коем случае не пытаться его оттуда извлечь! Больного следует срочно отправить в ЧЛО для ревизии синуса и удаления попавшего туда корня под общей анестезией. Там же будет закрыто перфорационное отверстие в области лунки удалённого зуба. 6. Лоскут, выкроенный на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и перемещённый на лунку 17 зуба, следует защитить от механического давления либо с помощью 8-образной лигатуры на соседние 18 и 16 зубы с прокладкой под неё йодоформной марли, либо с помощью пластмассовой капши из быстротвердеющей пластмассы, изготовленной тут же, у кресла больного. 7. После первичной пластики перфорационного отверстия больного следует перевести на жидкую и полужидкую пищу сроком на 2-2,5 недели, запретить ему чихать (только с открытым ртом), надувать щёки, тщательно соблюдать гигиену полости рта. Кроме того, в профилактических целях назначаются антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Эти меры необходимы для предотвращения разрыва и отслоения краёв лоскута от краёв лунки удалённого зуба, а также нагноительных процессов. Швы следует удалять не ранее, чем на 9-10 суток

Задача 3.

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба

появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Назначьте адекватное комплексное лечение.
4. Опишите характер операции.
5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного?
6. Возможные осложнения?

Ответы к задаче 3

1. Флегмона нижнего отдела левой щечной области от 36 зуба. 2. ДД следует проводить с остеомиелитом, периоститом. При остеомиелите характерны рвущие боли иррадиирующие по всем ветвям тройничного нерва, наличие симптома Венсана, симптома «рояльных клавиш», «муфты» вокруг челюсти. При периостите гнойный очаг расположен рядом с удалённым зубом, под надкостницей. После удаления причинного зуба лунка не закрывается сгустком, если не вскрыт гнойный очаг. 3. Первым этапом вскрывается экстраоральным доступом флегмона щёчной области, гнойная полость промывается антисептиками и дренируется. Разрез при этом должен быть достаточным. На рану накладывается повязка с гипертоническим раствором. Второй этап: мощное этиопатогенетическое лечение. Следует назначить в рациональных дозах антибиотики, сульфамиды - в ударных. Десенсибилизирующие препараты обязательны (димедрол, тавегил, супрастин, цетрин, эринит); дезинтоксикационное лечение. Перевязки проводить ежедневно! 4. Вскрытие гнойного очага производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором лидокаина по типу «короткого блока» по Вишневскому. Ввести надо не менее 30-40 мл анестетика, приступить к операции немедленно. Разрез должен располагаться чуть ниже нижней границы флюктуации или инфильтрации и иметь длину, соответствующую размеру гнойника. Послойно рассекаются кожа, клетчатка, щёчная мышца с фасцией. Тупым путём достигается гнойник, опорожняется, промывается, дренируется. Повязка с гипертоническим раствором. 5. После операции проводят ежедневно диализ гнойной раны, смену гипертонических повязок 1-2 раза в сутки, неукоснительно и по часам вводятся назначенные лекарственные препараты. Пища – полумягкая до 7 суток, затем перевод на общий стол. При наличии заживления раны вторичным натяжением – подключение ФТ, массажа, активной механотерапии для профилактики контрактур. 6. Возможен переход гнойного процесса на соседние области (если разрез недостаточен, а лечение антибиотиками или не назначено или в малых дозировках), развитие контактного остеомиелита, возникновение контрактуры рубцового характера

Задача 4.

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие

ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы над припухлостью гиперемизированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадичелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровавым сгустком, покрытым сероватогрязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Классификация заболеваний. 3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче? 4. Составьте план лечения. 5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов. 6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Ответы к задаче 4

1. Острый генерализованный остеомиелит ВЧ справа от 17 зуба. 2. Острые остеомиелиты делятся на серозные и гнойные, а по распространённости – на ограниченные (в пределах двух зубов), локальные (в пределах четырёх зубов) и генерализованные (захватывающие более половины челюсти). 3. Отсутствуют данные лабораторных исследований крови и мочи. 4. Первое: вскрытие всех гнойных очагов вокруг ВЧ. Второе: мощное противовоспалительное лечение по принятой схеме – антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Симптоматическое лечение – анальгетики, лёгкие снотворные, противоотёчные средства. Дезинтоксикационное лечение. Постельный режим в первые 2-3 суток. 1% йодная настойка на область припухлости и инфильтрации в виде сетки, асептические повязки. В фазу реконвалесценции – ФТ, витаминотерапия, ГНЛ. 5. Подвижные интактные зубы, расположенные рядом с удалённым причинным зубом удалять нельзя! Они в последующем могут укрепиться и нормально функционировать. 6. При правильном и адекватном своевременном лечении исход один – выздоровление. В противном случае: переход в хроническую стадию с секвестрацией целых фрагментов ВЧ с зубами и дном ВЧ синуса, с возникновением костных дефектов, деформаций, рубцов и пр.

Задача 5.

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные

покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромолярном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон» из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз? 3. Объясните сущность дистопии и ретенции. 4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани? 5. Что такое «капюшон»? 6. В чём будет заключаться лечение?

Ответы к задаче 5

1. Хронический гранулирующий периодонтит 36 и 37 зубов (мигрирующая гранулёма), дистопия и полуретенция 38 зуба, осложнённые хроническим перикоронаритом. 2. Больному необходимо выполнить ортопантомографию для уточнения локализации 38 зуба, конфигурации и количества его корней. Также нужно оценить величину деструктивных изменений в округ корней 36 и 37 зубов, качество пломбировки их корней. 3. Дистопия – нарушение положения зуба, ретенция – задержка в кости, неполное прорезывание. Возникают за счёт множества общих и местных причин, среди которых главное место занимает недостаток места в зубном ряду. 4,5. Из-за неполного прорезывания зубов «мудрости» пища и микроорганизмы из полости рта попадают под ткани, покрывающие коронку непрорезавшегося зуба (так называемый «капюшон»). Скопиваясь там в замкнутом пространстве, анаэробы активно развиваются, вызывая острые или хронические воспалительные процессы. Отсюда патогенная микрофлора легко может проникнуть не только в соседние клетчаточные пространства, но и в межфасциальные клетчаточные промежутки шеи и даже в средостение. 6. Лечение будет заключаться в обязательном удалении 36 и 37 зубов, иссечении свищевых ходов до кости. Над 38 зубом необходимо иссечь «капюшон», коагулировать края возникшего дефекта (профилактика рецидива). С учётом того, что соседние два моляра будут удалены, есть большая вероятность смещения 38 зуба на место 37 зуба и использование его в дальнейшем для несъёмного протезирования.

Задача 6.

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подподбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все

прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех пораженных клетчаточных пространств с помощью воротникообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям. 2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче? 3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны? 4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Ответы к задаче 6

1. Анаэробная полифлегмона дна полости рта и шеи, осложнившаяся сепсисом, медиастинитом и менингоэнцефалитом. 2. Не указаны, но имеют место быть следующие симптомы: рот больного открыт (из-за отёка и приподнятости тканей дна полости рта и языка), нарастающая дислокационная и стенотическая асфиксии, ригидность мышц затылка (симптом Кернига), боль за грудиной и в области яремной вырезки (симптом Герке), в крови – эритропения, нейтропения со сдвигом влево, резкое увеличение СОЭ. 3. В стационаре таким больным в обязательном порядке проводят РГ и УЗИ органов грудной полости, КТ черепа, посев крови на наличие и характер микрофлоры, посев отделяемого из разрезов на предмет вида преобладающей микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам. 4. До поступления больного в клинику врачи действовали в принципе верно, но помощь оказывалась в недостаточном объёме. Разрезы на шее должны были производиться шире и чуть раньше, а фармакотерапия – в намного больших объёмах и дозировках. Ещё большей ошибкой была попытка справиться с такой тяжёлой патологией самостоятельно, без консультаций с более опытными специалистами. В результате были потеряны, как минимум, трое суток. При такой патологии это явилось решающим фактором.

Задача 7.

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали

после простудных заболеваний.. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз. 2. Классификация заболевания 3. Какие дополнительные методы исследования можно провести? 4. Дифференциальная диагностика. 5. Объем лечения в условиях поликлиники. 6. Объем лечения в условиях стационара. 7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде. 8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Ответы к задаче 7

1. Хронический правосторонний полипозный гайморит в стадии обострения от 16 зуба. 2. Хронические гаймориты делятся на одонтогенные, риногенные, контактные, одно- и двусторонние. Также они могут быть катаральными, гиперпластическими и полипозными. 3. Для уточнения диагноза можно провести: диафаноскопию, КТ, МРТ. Это позволит точно определить, какие стенки синуса не подверглись патологическим изменениям, чтобы нанести минимальную травму больному. 4. ДД проводят с доброкачественными (ДО) и злокачественными (ЗО) опухолями ВЧ. При росте ДО не бывает выделений из носа и явлений обострения. При росте ЗО из носа имеется кровянистое отделяемое со зловонным запахом, стенки синуса разрушаются по мере роста ЗО. СОЭ при этом достигает 40-60 мм/час. 5. В условиях поликлиники можно лишь санировать полость рта и направить больного в специализированный стационар. 6,7. В стационаре: подготовка больного к операции под общей анестезией, радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люку с одномоментным закрытием перфорации в области лунки удалённого 16 зуба. Этот неприятный факт всегда имеет место при удалении причинного зуба при гайморите

Задача 8.

У больного 24 лет, электрика, после полученного сутки тому назад удара кулаком в левую сторону лица, отмечается выраженная припухлость в этом участке, затруднение при боковых движениях нижней челюстью, незначительное повышение температуры тела. При осмотре: определяется наличие нескольких ссадин и кожно-подкожного кровоизлияния в нижнем отделе левой щечной области диаметром около 4-5 см, отек и припухлость мягких тканей. Пальпация в этом участке лица практически безболезненна, а в глубине тканей выявляется небольшое уплотнение. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывает рот свободно. Прикус не нарушен, симптом «нагрузки» на нижнюю челюсть отрицателен. Движения суставных головок челюсти при открывании рта синхронны. На R-граммах костной патологии не выявлено.

1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Ответы к задаче 8

1. Ушиб мягких тканей в нижнем отделе щёчной области слева, ушиб нижней челюсти, гематомы в мягких тканях. 2. Так как имеются ссадины на коже, которые могут послужить входными воротами для проникновения в область гематом инфекции, их следует обработать антисептиками и прикрыть повязкой, используя бактерицидный пластырь. Назначить холод в течение 3-4 часов на место ушиба, ограничить движения НЧ в ВНЧ суставах на 5-7 суток, перейти на мягкую пищу на этот срок. На следующие сутки: местно использовать троксевазиновую или гепариновую мазь для ускорения организации гематом, а через неделю – ФТ (УЗ, ГНЛ, МВ-терапию).

Задача 9.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 25 лет с наличием резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа. Отмечает общую слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Пораженную кожу обрабатывал дважды одеколоном. Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – 12×10^9 в девятой степени в 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса. 2. В чем заключается тактика врача хирурга-стоматолога в поликлинике? 3. Лечение данного заболевания? 4. Какие осложнения возникли у больного? 5. Исход данного заболевания.

Ответы к задаче 9

1. Фурункул в верхнем отделе правой щечной области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и вен глазницы. 2. Врач в поликлинике не должен «наблюдать» за процессом, а немедленно направить больного в специализированный стационар. 3. Учитывая то, что процесс перешёл в гнойную фазу, очаг надо вскрыть, промыть и дренировать. При наличии густого содержимого ни в коем случае не выскабливать стенки полости! Назначить немедленно массивные дозы антибиотиков, сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Местно: йод 1% на кожу по всей поверхности инфильтрата, особенно в области флебита вены, дважды в день в течение трёх дней, повязки с гипертоническим раствором на вскрытый очаг. Назначается постельный режим до улучшения состояния. Проводится дезинтоксикационная терапия. В период реконвалесценции подключают местно УФО, ГНЛ, МВ терапию, витаминотерапию. 4. Поскольку у больного имеется воспаление стенки лицевой вены и вен глазницы, то для профилактики тромбоза и возникновения тромбоза вен кавернозного синуса головного мозга вышеуказанная фармакотерапия просто необходима. 5. При своевременном и адекватном лечении исход – выздоровление.

Задача 10.

Больная Н, 30 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретенированного зуба на нижней челюсти слева у нее возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли, распространившиеся на десну, нижнюю губу и челюсть. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Стоматолог удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Объективно: при пальпации точек Валле болезненности не отмечается. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти слева болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания? 3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева? 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 10

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва. 2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба. 3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне его повреждения на уровне лунки удалённого 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно. 4. От невралгии неврит отличается тем, что имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер болей иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные. 5. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарственного «коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1%-1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл. Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить большой транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов (тегретол, этосуксимид). Больной также надо назначить

ФТ (электрофорез с 2% лидокаином на болевые точки, МВ, ГНЛ, массажи). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект. В том случае, если положительного эффекта не

отмечается, следует к хирургическому пересечению нервного ствола на уровне его вхождения в НЧ отверстие

Задача 11

Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденными приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. № 910н, предусмотрено проведение лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией. По многолетним наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание): 1. Подготовьте проект приказа главного врача медицинской организации по реализации данной задачи.

Ответ к задаче 11

Приказом по учреждению создана рабочая группа для решения задачи. Руководитель группы – главный врач. Пример распорядительной части управленческого решения (приказа): 1. Заместителю главного врача по медицинской части: - изучить опыт передовых медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь детям в условиях общей анестезии с выездом в Московский медико-стоматологический университет и в ООО "Детская стоматология"; - организовать последипломное обучение специалистов поликлиники по программе "Организация деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"; - подготовить перечень помещений, необходимых для работы группы анестезиологии-реанимации и по согласованию с главным детским анестезиологом подготовить перечень медицинского оборудования (оснащения) группы анестезиологии-реанимации в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 909н; 2. Начальнику хозяйственного отдела подготовить дефектные ведомости и проектно-сметную документацию на реконструкцию помещений, устройство приточно-вытяжной вентиляции, системы снабжения медицинскими газами и охранной сигнализации в помещении для хранения наркотических средств и психотропных веществ. 3. Руководителю закупочной комиссии

провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркозно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики. 4. Специалисту по кадрам заключить трудовые договоры со специалистами для работы в должности врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста. Оформить допуски к работе, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. 5. Главной медицинской сестре: - подготовить перечень учетно-отчетной документации для представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; - совместно с анестезиологом-реаниматологом подготовить перечень расходных материалов и лекарственных средств для медицинской деятельности по специальности "анестезиология и реанимация" из расчета месячной потребности.

Задача 12

Пациентка Л. обратилась в стоматологическую клинику, где ей проводилось лечение зубов и протезирование дефектов зубных рядов, для получения копии медицинской карты. Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют право пациента на получение копии медицинской карты? 2. Как правильно подать запрос на получение копии медицинской карты?

Ответ к задаче 12

Право на получение копии медицинской карты амбулаторного пациента и других документов закреплено в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 4 "Основные принципы охраны здоровья"; ст. 13 "Соблюдение врачебной тайны" медицинская карта стоматологического больного относится к документам, содержащим врачебную тайну, поэтому как выписка из медицинской карты, так и ее копия, могут быть предоставлены только самому пациенту, либо его законному представителю. Согласно ст. 22 "Информация о состоянии здоровья" каждый гражданин имеет право получить в доступной форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2. Согласно письму МЗСР РФ от 04.04.2005 г. № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты» выдача оригинала медицинской карты на руки пациенту осуществляется только по разрешению главного врача медицинского учреждения. По требованию гражданина предоставляются копии медицинских документов, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. На основании выше изложенного пациентке необходимо написать письменное заявление на имя главного врача стоматологической поликлиники, где указать, какие сведения необходимо получить и срок предоставления документа.

Задача 13

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные R-граммы: в области 26, 27

деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта. 4. Наметьте план лечения. 5. Какие рекомендации по поводу санации полости рта необходимы?

Ответы к задаче 13

1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим локализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим локализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. д) с эозинофильной гранулемой, при которой определяются первопричинные жалобы на постоянную, часто беспричинно усиливающуюся боль в определенной группе зубов. Необходимо провести рентгенологическое исследование костей черепа, фаланги кистей рук и стопы, анализ крови. Установление локальных изменений в указанных костях в сочетании с эозинофилией говорит в пользу наличия у обследуемого эозинофильной гранулемы. 3). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубоко посажена под маргинальный край десны. 4). План лечения: снятие коронки с 26 зуба, удаление поддесневого зубного камня, местная и общая медикаментозная терапия, дальнейшее рациональное протезирование. 5). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 46 зубов, лечение периодонтита 15 зуба, рациональное протезирование 26 зуба. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 14.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени. На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 14

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты.

Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 15.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

1. Поставьте диагноз. 2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 3. Проведите дифференциальную диагностику. 4. Наметьте план общей терапии

Ответы к задаче 15

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания. 3). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. в) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. 4). При проведении общего лечения осуществляется борьба с инфекцией, интоксикацией организма, активизация защитных сил организма, стимуляция репаративных процессов в пародонте. Эти задачи решаются путем системного применения антибиотиков, инфузионной и пероральной дезинтоксикационной терапии, иммунотерапии, стимулирующего лечения, гормонотерапии, «метаболической терапии», использования средств, корригирующих психосоматические нарушения, нормализующих функцию других органов и систем. 5). а) антисептическая обработка десен; б) удаление над- и поддесневых отложений; в) обучение рациональной гигиены полости рта с подбором зубной пасты и щетки; г) шинирование подвижных зубов; д) лечебная повязка; е) открытый кюретаж или лоскутная операция.

Задача 16

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, $t=38^{\circ}\text{C}$, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно - гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены.

Ответы к задаче 16

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии абсцедирования. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. в) с острым гнойным периоститом, при котором определяется коллатеральный отек мягких тканей и асимметрия лица, процесс локализованный, причинный зуб без патологических карманов. 3). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). 4). Вскрытие пародонтальных абсцессов с дренированием и проведение лаважа.

Задача 17

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). Вопросы (задание): 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

Ответ к задаче 17

1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково)"). 2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ. 3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении

Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности "Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.

Задача 18

Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче 18

Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 19

В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание): 1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении? 2. Какова длительность времени ожидания пациентом первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме? 3. Каким образом предоставляется информация о состоянии здоровья застрахованного?

Ответ к задаче 19

1. На специально оформленном стенде у регистратуры поликлиники указано полное название стоматологической поликлиники, копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности с указанием перечня разрешенных работ и услуг, права пациента, предусмотренные ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На стенде указаны часы работы служб медицинской

организации и специалистов; перечень оказываемых бесплатно видов медицинской помощи; правила пребывания пациента в медицинском учреждении; местонахождение и служебные телефоны вышестоящего органа управления медицинским учреждением; наименование, местонахождение и телефоны страховых медицинских организаций, обеспечивающих обязательное медицинское страхование населения. Информация о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи размещена на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме осуществляется в течение 2 часов с момента обращения, наличие очередности (в соответствии с листом ожидания). Информация размещена на информационном стенде для пациента. 3. Информация о состоянии здоровья застрахованного предоставляется лично лечащим врачом в устной или письменной форме о причинах заболевания, его течении и прогнозе, выборе лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. В отношении лиц до 15 лет (страдающих наркоманиями – 16 лет) и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Задача 20

Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочки щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3х0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П О О
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче 20.

Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 21

Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом была отломана часть коронки рядом стоящего 7 зуба. После удаления был наложен ватно-марлевый тампон и приложен местно холод на 20 мин. Придя домой, пациент обнаружил

отсутствие коронковой части 7 зуба, о чем его врач не поставил в известность. Пациент обратился к главному врачу клиники с претензией о компенсации причинённого вреда. Вопросы (задание): 1. Какой вид ответственности возник в данном случае? 2. Кто будет возмещать пациенту нанесенный ущерб?

Ответ к задаче 21

1. Гражданско-правовая ответственность (деликтная). 2. Материальную компенсацию пациенту будет возмещать стоматологическая поликлиника, т.к. согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за вред, причинённый работником, несет юридическое лицо. Если по результатам внутреннего контроля качества руководство поликлиники признает претензию пациента обоснованной и выплатит ему компенсацию, то потом может привлечь виновного в причинении ущерба врача к возмещению понесенных поликлиникой затрат.

Задача 22

У больного 47 лет, невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую половину лица. Трехлопастной электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200 см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 мин, ежедневно, № 15.

1. Выделите проблемы пациента.
2. Как фиксируют электрод на лице.
2. Обозначьте место наложения электродов.

Ответы к задаче 22

1. Боль в левой половине лица
2. Бинтованием
3. Трехлопастный электрод на левую половину лица, второй электрод накладывают на межлопаточную область

Задача 23

Больной К., 42 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области. Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массировании которой слюна из протока не выделяется. Коронка 16 зуба разрушена на 2/3, изменена в цвете, полость зуба вскрыта. Зондирование, перкуссия зуба безболезненны. На слизистой оболочке альвеолярной десны отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым. Прикус ортогнатический.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
3. Спланируйте объем хирургического вмешательства, физиотерапевтического лечения

Ответы к задаче 23

1. Хронический калькулезный сиалоденит правой поднижнечелюстной слюнной железы. Хронический периодонтит 16. Вторичная частичная адентия левой верхней челюсти. 2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в

аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография, рентгенография или визиография 16. 3. Хирургическое лечение слюннокаменной болезни (удаление камня), в зависимости от локализации конкремента (в протоке или в железе) и изменений тканей железы. Физиотерапия - Необходимо назначить амплипульс терапию. Электроды устанавливаются в области слюнной железы. При параметрах: режим переменный, частота 100 Гц, глубина модуляции 100%, III-IV род работы, длительность посылок по 3 сек. Время воздействия – 8-10 мин., 15 процедур на курс, ежедневно.

Задача 24

Больной Б., 6 лет жалуется на боли в нижней челюсти слева, припухлость в нижней трети левой щечной области, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание. Из анамнеза: 75 болел в течение 3 дней, отек постепенно нарастал. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. При пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется плотное, умеренно болезненное образование округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, около 1,5 см. в диаметре. Рот открывается на 2,5 см. Подвижность 75 – I степени, коронка разрушена на 2/3, зондирование безболезненно, перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 74, 75 сглажена, слизистая отечна, гиперемирована, при пальпации флюктуирует. При осмотре полости рта определяется отсутствие физиологических трем и диастем на верхней и нижней челюстях.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Составьте план хирургического лечения и физиотерапевтического лечения.
4. Тактика в отношении 75.
5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ к задаче 24

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти слева. Нагноившаяся киста нижней челюсти от 75. Острый серозный поднижнечелюстной лимфоденит слева.
2. ОПГ, ОАК.
3. Проведение периостотомии, назначить противовоспалительную терапию, цистэктомия, лечение лимфаденита, диспансеризация. УФ-облучение, начиная с 0,5 биодозы, доводя до 2 биодоз. Курс 4 процедуры. Параллельно проводят ИК-облучение лампой «Соллюкс» - 2 раза в день по 15-20 минут.
4. Сохранение 75 зуба. Раскрытие полости зуба, инструментальная и антисептическая обработка каналов, пломбирование каналов цинк-эвгеноловой пастой, восстановление коронки зуба.
5. Ортодонтическое лечение: для стимуляции роста челюстных костей используется функционально – действующие аппараты. Диспансерное наблюдение.

Задача 25

Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование препаратов показало наличие

полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. Вопрос: 1. Поставьте правильный диагноз? 2. Что является возбудителем?

Ответ к задаче 25

1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса

Вопросы для собеседования

1. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;

2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;

3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;

4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;

5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;

6) создание профессиональных некоммерческих организаций;

7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

2. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.

Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:

Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.

2. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.

Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.

3. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

4. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.

Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:

а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.

5. Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

К 04.4 - острый апикальный периодонтит

К 04.5 - хронический апикальный периодонтит

К 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

К 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

К 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

К 04.8 - корневая киста периапикальная

6. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

7. Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

8. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстрипации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетания жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяются диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в пародонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

9. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

10. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

11. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

12. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

13. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.

Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налет на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

14. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

15. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой»

и *πάθος* *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

16. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

17. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза Х.

18. Избирательное шлифование зубов.

Ответ: Избирательное шлифование зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

19. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

20. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

21. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

22. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

23. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

24. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.

Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.

25. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.

Ответ: Пузырчатка.

Красный плоский лишай.

Системная красная волчанка.

26. Заболевания губ.

Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.

27. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста

Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.

28. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.

Ответ: Виды неотложных состояний:

1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.

29. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.

Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях

- 1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...
- 2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...
- 3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией

30. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.

Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

31. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

32. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

33. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это

определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

34. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

35. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

36. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

37. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.

Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.

38. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.

Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе - материальную) и гражданско-правовую.

39. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

40. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

- Гуморальный иммунный ответ (В-лимфоцит);
- Клеточный иммунный ответ (Т-лимфоцит);
- Иммунологическая память (Т- и В-лимфоциты);
- Иммунологическая толерантность.

41. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

- гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
- лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
- остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);

корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

42. Понятие о ретенции и дистопии зубов.

Ответ: Хирургическое лечение дистопированных зубов – это только лечение (удаление) в условиях стационара с предварительной предоперационной подготовкой пациента. Ретенция – затрудненное прорезывание зуба. Ретинированным может быть любой зуб. Наиболее часто затрудненное прорезывание встречается у нижних зубов «мудрости».

43. Перикоронит: причины развития.

Ответ: Перикоронарит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.

44. Одонтогенный остеомиелит челюстей

Ответ: Одонтогенный остеомиелит челюстей — это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани под влиянием различных агрессивных факторов на фоне предварительной сенсibilизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания.

45. Показания к удалению зубов и сберегательным хирургическим операциям.

Ответ: Показанием к удалению является безуспешное перелечивание каналов ранее неоднократно леченых зубов. Неправильное положение зубов мудрости и патологические процессы в них, запущенное выраженное кариозное разрушение зуба, который невозможно вылечить также являются показаниями для удаления.

46. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина,

Ответ: Одонтогенный периостит наиболее частое заболевание. Острый одонтогенный периостит относится к гнойному виду заболевания, характеризуется инфицированием надкостницы альвеолярного отростка с локализацией первичного очага воспаления в тканях пародонта. Наиболее часто гнойный периостит возникает в области нижней челюсти.

47. Классификация осложненных форм ретенции нижних третьих моляров, клиника, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Прорезывание зубов является результатом взаимодействия активности ростковой зоны корня зуба и перестройки окружающей костной ткани. При нарушении взаимодействия этих факторов нарушается положение зуба, возникает дистопия. Один из вариантов дистопии - ретенция, наиболее часто встречается у нижних третьих моляров (НТМ).

Ретенция зуба - задержка прорезывания зуба относительно среднего срока прорезывания.

Различают следующие виды ретенции:

1. По отношению к полости рта:

частичная;

полная.

2. По отношению к костной ткани:

клиническая;

анатомическая.

48. Показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, комплексное лечение.

Ответ: Удаление ретинированного и дистопированного зуба мудрости – это сложная процедура, так как корни можно удалить только хирургическим вмешательством. На первом этапе стоматолог проводит детальный осмотр челюсти, определяя точное расположение корней и степень патологии. Деформация зуба мудрости называется ретенцией, которая может принимать различные формы:

Обычная форма. В этом случае прорезывание зуба связано с определенными трудностями и может сопровождаться воспалительным процессом.

Полная ретенция. Если коронка полностью скрыта десенной тканью, удаление осуществляется в срочном порядке, так как зуб начинает расти неправильно и нарушает положение роста соседних зубов.

Частичная ретенция. В том случае, когда коронка скрыта лишь частично, процесс извлечения становится проще, но корни обычно разрезаются на несколько частей для полного удаления.

Процедура удаления ретинированного и дистопированного зуба мудрости осуществляется под анестезией, так как стоматологам предстоит разрезать десны и извлекать коронку по частям. При этом процесс извлечения может проводиться в несколько этапов, и иногда требуется несколько отдельных операций для полного удаления зуба.

49. Понятие о репаративном остеогенезе.

Ответ: Репаративный остеогенез – это многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются дифференцировка клеток, пролиферация, резорбция погибшей ткани и образование кости с ее ремоделированием, формирование органического внеклеточного матрикса и его минерализация.

50. Понятие о антибиотикорезистентности возбудителей

Ответ: Устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда микробы развивают механизмы, которые защищают их от воздействия противомикробных препаратов. Антибиотикорезистентность (от антибиотик и резистентность) — это частный случай устойчивости к противомикробным препаратам, когда бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам. Устойчивые микробы труднее лечить, требуются более высокие дозы или альтернативные лекарства, которые могут оказаться более токсичными. Эти подходы также могут быть более дорогими.

51 Рентгенологическая диагностика в стоматологии.

Ответ: Рентгеновское исследование основано на свойстве рентгеновских лучей, открытых В. Рентгеном в 1896 г., в неодинаковой степени проникать через различные среды (ткани) человеческого тела, что позволяет на специальном экране, рентгеновской пленке или кинескопе электронно-оптического преобразователя (ЭОП) визуализировать дифференцированные изображения анатомических структур. Оно может быть выполнено как без специальной подготовки исследуемого (рутинные методики) – обзорная рентгеноскопия, флюорография, рентгенография костей, так и после искусственного введения в тот или иной орган или систему органов контрастных препаратов. Специальные методики рентгеновских контрастных исследований, применяемых в хирургической практике позволяют обследовать различные органы и системы человека.

Для контрастирования органов и систем человека могут быть использованы разные контрастные средства, которые делят на позитивные и негативные.

Негативные контрастные средства (воздух, кислород, углекислый газ, закись азота) ослабляют рентгеновские лучи меньше, чем мягкие ткани тела, поскольку газ содержит, по сравнению с мягкими тканями пациента, значительно меньшее число ослабляющих излучение атомов на единицу объема.

Позитивные контрастные средства и мягкие ткани содержат близкое число атомов на единицу объема. Они могут быть либо растворимы в воде, что в клинической практике реализуется в виде водных растворов органических соединений с йодом, либо в виде густых масс – барий, либо в виде таблеток или порошков (препараты иопаноиновой кислоты). Существует два способа введения контрастных средств в органы человеческого

тела. Это определяется функцией, которую выполняет орган, и наличием сообщения полости органа с окружающей средой или полостью другого органа, который имеет сообщение с окружающей средой.

Так, для контрастирования полости желудка густая масса бария вводится пер os обычным проглатыванием его исследуемым. Для контрастирования толстого кишечника (ирригоскопии) бариевая масса вводится в просвет кишечника через анальное отверстие с помощью специального устройства – аппарата Боброва. Таким же способом в просвет толстого кишечника вводится и воздух.

Большинство методик рентгеноконтрастных исследований основано на использовании водорастворимых контрастных препаратов, которые в виде стерильных растворов вводят в полость органа через естественный ход, которым орган сообщается с окружающей средой (контрастирование полости мочевого пузыря, чашечно-лоханочной системы почек, бронхиального дерева) или с просветом кишечника (контрастирование желчного и панкреатического протоков – ретроградная холангио-панкреатикография), а также путем пункции тканей, окружающих орган (контрастирование полости сустава, кровеносных сосудов, введение контрастных растворов в просвет внутрипеченочных желчных протоков и желчного пузыря – чрескожная чреспеченочная холангиография и чрескожная холецистография).

Контрастировать внепеченочные желчные протоки и мочевыводящие пути удастся путем введения контрастного раствора в кровеносные сосуды и за счет выделения его через желчевыводящую и мочевыводящую системы получить контрастирование органов желче- и мочевыведения (внутривенная холангиография и внутривенная урография).

Большое диагностическое значение имеют методики рентгеноконтрастных исследований магистральных сосудов – ангиографии. При этом могут преследоваться две цели – исследование магистрального сосуда для определения его проходимости (аортография, портография, ангиография конечностей), а также исследование кровеносных сосудов внутренних органов для выявления степени нарушения кровотока в орган (целиакография, коронарография). Введение контрастных растворов в свищевые ходы (фистулография) дает возможность при рентгенографии получить информацию о свищевом ходе – его форме, протяженности и направлении его хода. Для этого лучше использовать масляные контрастные препараты.

В клинической практике для решения вопроса о возможности проникновения раневого канала в брюшную полость или в забрюшинное пространство при повреждении брюшной стенки широко применяется вальнерография – рентгенография брюшной полости или забрюшинного пространства после введения в раневой канал контрастного раствора.

Выбор методик рентгеновских исследований органов и систем органов определяется характером предполагаемого патологического процесса, его локализацией и наличием соответствующих условий для их выполнения.

Для проведения рентгеновских исследований применяются различные рентгеновские аппараты, снабженные специальными регистрирующими устройствами – электронно-оптическим преобразователем, видео- и киноприставками. Использование

регистрирующих устройств во многом облегчает возможность установления диагноза заболевания.

52. Компьютерная диагностика в стоматологии.

Ответ. Значительным достижением в радиологии явилось изобретение Годфри Хаунафильдом в начале 70-х годов текущего столетия компьютерной томографии (КТ), которая была воспринята многими радиологами как самое крупное достижение после открытия рентгеновских лучей. Это позволило выделить КТ в особый метод исследования.

Первые компьютерные томографы (1972 г.) сначала были сконструированы для обследования головного мозга. Однако вскоре появились сканеры, позволяющие обследовать любую область человеческого тела. В настоящее время роль КТ в диагностике патологического процесса различной локализации огромна.

Метод компьютерного томографического исследования основан на реконструкции изображения поперечного среза тела на дисплее (мониторе) с помощью ЭВМ. Срез строится на основе большого числа аксиальных проекций, где каждая ткань имеет свою плотность в зависимости от ее способности поглощать рентгеновские лучи. Поперечный срез является топографо-анатомическим образованием и позволяет четко определить форму, размеры, структуру и взаиморасположение внутренних органов.

КТ широко применяется для выявления патологических процессов в головном мозге, а также оказался результативным в распознавании заболеваний органов брюшной полости для выявления объемных образований печени, желчного пузыря, а также органов забрюшинного пространства (поджелудочной железы и почек) и малого таза.

Проекционное изображение на первых этапах применения КТ получали перемещением стола для обследования с находящимся на нем пациентом через пучок лучей без вращения трубки или детекторов. Недавно появившаяся новая концепция сканирования, названная спиральной КТ, значительно увеличила эффективность обследования и ускорила исследование выбранной анатомической области. В процессе исследования стол постоянно движется в линейном направлении. При этом одновременно происходит вращение рентгеновской трубки и массива детекторов вокруг исследуемого. Результатом этого является спиралевидное движение веерообразного луча через тело пациента, что дает возможность просканировать большую анатомическую область за один период задержки дыхания пациентом.

Использование при КТ контрастных средств, которые при внутрисосудистом введении избирательно поступают в соответствующие органы (органы желчевыводящей системы, системы мочевого выведения), а также контрастируют сосуды внутренних органов (печени, поджелудочной железы, почек, головного мозга и пр.), позволяет значительно повысить эффективность диагностики при этом методе исследования.

53. Магнито-резонансная томография в стоматологии

Ответ. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – самый молодой из специальных методов исследования. В основе его лежит тот факт, что ядра водорода, находящиеся в тканях тела человека и именуемые в литературе протонами, являются очень маленькими

магнитными диполями с северным и южным полюсами. Когда пациента помещают внутрь сильного магнитного поля МР-томографа, все маленькие протонные магниты тела разворачиваются в направлении внешнего поля подобно компасной стрелке, ориентирующейся на магнитное поле Земли. Помимо этого магнитные оси каждого протона начинают вращаться вокруг направления внешнего магнитного поля. Это специфическое вращательное движение называют процессией, а его частоту – резонансной частотой или частотой Лармара (по имени французского физика Лармара).

В результате движения протонных магнитных тел в тканях пациента создается суммарный магнитный момент, ткани намагничиваются и их магнетизм ориентируется точно параллельно внешнему магнитному полю. Магнитный момент достаточно велик для того, чтобы индуцировать электрический ток в расположенной вне пациента принимающей катушке. Эти индуцированные «МР-сигналы» используются для получения МР-изображения.

Магнитно-резонансные томографы могут создать изображения сечения любой части тела.

Основными компонентами МР-томографа являются: сильный магнит, радиопередатчик, приемная радиочастотная катушка и компьютер. Внутренняя часть магнита часто сделана в форме туннеля, достаточно большого для размещения внутри его взрослого человека. Большинство магнитов имеют магнитное поле, ориентированное параллельно длинной оси тела пациента. МРТ, как и КТ обеспечивает хорошую визуализацию патологического процесса в любом органе, расположенном в полости человеческого тела – головном мозге, органах брюшной полости и забрюшинного пространства, а также в костях. Однако ввиду того, что эти методы исследования относятся к группе дорогостоящих и достаточно сложных, они чаще используются в нейрорадиологии (исследование тканей головного мозга) и для выявления патологических процессов в позвоночнике. При этом МРТ значительно превосходит по диагностической ценности КТ и является морфологическим методом.

54. Методы биопсии в стоматологии

Ответ. Биопсия (от греч. *bios* – жизнь и *ops, opsia* – глаз, зрение) – прижизненное взятие тканей различных органов для микроскопического исследования с целью выявления патологического процесса.

Практическая ценность биопсии огромна, так как она позволяет с большой точностью диагностировать морфологию патологического процесса на любой стадии его развития, что имеет особенно большое значение при опухолевых заболеваниях.

В хирургии существует правило – всякая ткань или орган, удаленные из организма человека должны подвергнуться микроскопическому исследованию. Благодаря этому удается выявить патологический процесс (особенно злокачественный) в органах, которые внешне не казались пораженными этим процессом.

Биопсия позволяет говорить о радикальности произведенных хирургических вмешательств, когда на периферии от опухолевого процесса опухолевых клеток не обнаруживают (опухоль удалена в пределах здоровых тканей). За последние годы в связи с успешным развитием хирургии почти не осталось органов и тканей, не доступных для биопсии.

В клинической практике применяют аспирационную и операционную биопсии.

Аспирационная биопсия основана на микроскопическом исследовании жидкостей, полученных из полостей органов (bronхи, желудок, мочевого пузыря и т.д.) и тканей (абсцессы, кисты).

Операционная биопсия выполняется с помощью оперативных вмешательств – удаление органа, иссечение (эксцизии) части ткани органа и путем пункции ткани органа. Пункционная биопсия выполняется с помощью иглы с большим внутренним диаметром (типа иглы Дюфо), насаженной на шприц с хорошо притертым поршнем. После прокола ткани в шприце создают отрицательное давление и столбик ткани, оказавшийся в просвете иглы, отрывается от основной массы ткани органа. Этот столбик ткани и подвергается микроскопическому исследованию. К эксцизионной биопсии следует относить такие способы получения биопсийного материала, при которых производят иссечение части ткани органа с помощью скальпеля или отсечения (откусывания ее с помощью специальных щипцов). Последний способ применяется при проведении эндоскопического исследования, когда патологический процесс обнаруживают в полости органа или в полости тела.

Как было указано выше, каждый удаленный из организма орган должен быть подвергнут микроскопическому исследованию как для подтверждения предполагаемого диагноза, так и для возможного обнаружения скрыто протекающего патологического процесса.

Все операционные биопсии должны выполняться с соблюдением строгой асептики и с применением мероприятий, предупреждающих развитие осложнений, главным из которых является кровотечение.

Особенно большое значение метод биопсии имеет в хирургии опухолей. Обнаружение в ткани органа клеток злокачественной опухоли заставляет хирурга установить стадию опухолевого процесса для выбора способа лечения больного – радикального хирургического вмешательства или консервативной химио- или лучевой терапии, которые проводят соответственно клеточному составу опухоли.

Учитывая большое диагностическое значение биопсии в хирургии опухолей и то, что от данных микроскопического исследования ткани зависит характер лечения больного, необходима высокая квалификация патоморфолога. В противном случае могут быть получены как ложно положительные, так и ложно отрицательные заключения. В заключении следует сказать, что знание основных методов исследования органов и систем человека, их возможностей для выявления патологических процессов в каждом органе, позволит хирургу целенаправленно использовать тот метод исследования, который в каждом конкретном случае будет наиболее информативным, что обеспечит своевременность установления диагноза и его точность.

55. Ультразвуковое исследование в стоматологии

Ответ. В 1880 году братья Кюри открыли пьезоэлектрический эффект – переход электрической энергии в ультразвук и обратно, а в 1928 году русский физик С.Я. Соколов на базе промышленного дефектоскопа разработал метод ультразвукового исследования (УЗИ).

Ультразвуковое исследование основано на фиксации на специальном регистрирующем устройстве отраженных от изучаемого объекта ультразвуковых колебаний, созданных и направленных на этот объект высокочастотным генератором – датчиком. В качестве регистрирующего устройства используется электронно-лучевая трубка. Сигналы на трубке возникают тогда, когда ультразвуковые волны попадают на границу, разделяющую две среды с различной акустической плотностью.

Ультразвук используют в радиологии для решения двух основных задач: формирования секционных изображений и измерения скорости тока крови. Методику ультразвуковой визуализации называют доплеровской сонографией или доплеровской флуометрией) *ультрасонографией*, а технологию измерения скорости потока крови

называют *доплерографией* (доплеровской сонографией или доплеровской флуометрией). Ультрасонография (УС) - один из наиболее широко распространенных в лучевой диагностике метод исследования. Она осуществляется путем пропускания через тело пациента узконаправленного ультразвукового луча от датчика. Ультразвук отражается от различных тканей и возвращается в виде эха, которое создает основу для формирования секционного ультразвукового изображения.

Доплерография основана на общем физическом явлении, согласно которому частота восприятия звука, издаваемого движущимся объектом, изменяется при ее восприятии неподвижным приемником. Это – проявление *доплеровского эффекта*.

При доплеровском исследовании кровеносных сосудов через тело пропускается генерируемый доплеровским датчиком направленный ультразвуковой луч. При пересечении им сосуда или сердечной камеры небольшая часть ультразвуковых волн отражается от эритроцитов крови.

Современные ультразвуковые установки, так называемые дуплексные сканеры, позволяют выполнить ультрасонографию в режиме реального времени благодаря сложному движению излучателя волн – поступательному и колебательному, а также импульсную доплеровскую сонографию. Дальнейшее развитие дуплексного сканирования – цветная визуализация кровотока. При этом цвета накладываются на изображение, полученное в масштабе реального времени, показывая наличие перемещающейся крови. Неподвижные ткани показываются оттенками серой шкалы, а сосуды – цветной (оттенками голубого, красного, желтого, зеленого цвета).

УЗИ широко применяется в клинической практике для выявления патологических процессов в полости черепа (смещение срединных структур головного мозга – М-ЭХО), в печени, желчном пузыре и желчных протоках, в поджелудочной железе, почках, щитовидной и молочной железе, в мочевом пузыре, предстательной железе, матке и ее придатках. С помощью доплеровской сонографии удастся обнаружить участки окклюзии в сосудах конечностей и в брюшной аорте. Противопоказаний к применению этого метода исследования практически не существует.

При ультразвуковом исследовании оказывается возможным:

- определить положение органа в брюшной полости и забрюшинном пространстве, установить его
- размеры и конфигурацию;
- выявить плотность патологического очага в органе и плотность ткани самого органа;
- обнаружить смещение хода магистрального кровеносного сосуда и определить место сужения его просвета;
- установить наличие скопления жидкости в брюшной полости, в мягких тканях;
- произвести пункцию полостного образования с последующей аспирацией его содержимого и дренирования полости;
- выполнить пункцию опухолевого образования для микроскопического исследования его тканей.

Поскольку УЗИ является достаточно безопасным методом исследования, широкое внедрение его в практику работы поликлинической службы позволило значительно улучшить диагностику многих хирургических заболеваний на догоспитальном этапе.

3. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-7 Способен к определению определению тактики ведения, ведению и лечению пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи	ПК- 7 Применяет тактики ведения, ведение и лечение пациентов, нуждающихся в хирургической стоматологической помощи

4. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Тесты:

1. Основными задачами поликлиники являются

- A) медицинская помощь больным на дому
- B) лечебно-диагностическое обслуживание населения
- C) организация работы по пропаганде здорового образа жизни
- D) профилактическая работа
- E) экспертиза временной нетрудоспособности

Эталон ответа: B

2. Организация мер по сокращению затраты времени пациентов на посещение поликлиники включает

- A) анализ интенсивности потока больных по времени
- B) нормирование деятельности врачей
- C) правильную организацию графика приема врачей
- D) четкую работу регистратуры
- E) дисциплину персонала

Эталон ответа: B

3. Правовой базой обязательного медицинского страхования являются документы

- A) закон РФ "О медицинском страховании граждан"
- B) дополнения и изменения к закону "О медицинском страховании"
- C) закон "О санитарно-эпидемическом благополучии населения"
- D) основы законодательства об охране здоровья граждан
- E) верно A), B), D)

Эталон ответа: E

7. В базовую программу обязательного медицинского страхования входят

- A) перечень видов и объемов медицинских услуг, осуществляемых за счет средств ОМС
- B) стоимость различных видов медицинской помощи
- C) организация добровольного медицинского страхования
- D) виды платных медицинских услуг
- E) дифференциация подушевой стоимости медицинской помощи в зависимости от пола и возраста

Эталон ответа: A

8. Из перечисленных позиций относятся к лицензированию медицинского учреждения

- A) определение видов и объема медицинской помощи, осуществляемых в ЛПУ

- В) выдача документов на право заниматься определенным видом лечебно-профилактической деятельности в системе медицинского страхования
- С) определение соответствия качества медицинской помощи установленным стандартам
- Д) оценка степени квалификации медицинского персонала
- Е) верно А), В), Д)

Эталон ответа: Е

9. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются за счет

- А) средств местной администрации
- В) средств государственных предприятий и учреждений
- С) средств частных и коммерческих предприятий и учреждений
- Д) средств граждан
- Е) верно А), В), С)

Эталон ответа: Е

10. Способ общего обезболивания безопасное в условиях поликлиники -

- А) Внутривенный наркоз.
- В) Масочный наркоз.
- С) Инсуффляционный наркоз.

Эталон ответа: С

11. Самый эффективный анестетик для поверхностной анестезии.

- А) Анестезин.
- В) Дикаин.
- С) Пиромекаин.

Эталон ответа: С

12. Самый эффективный анестетик для инъекционной анестезии.

- А) Лидокаин.
- В) Маркаин.
- С) Тримекаин.
- Д) Ультракаин

Эталон ответа: D

13. С сохраненным сознания протекает осложнение местной анестезии

- А) Обморок.
- В) Шок.
- С) Коллапс.

Эталон ответа: С

14. Лучшая управляемость при наркозе -

- А) Масочном.
- В) Эндотрахеальном
- С) Внутривенном.

Эталон ответа: В

15. Чаще развиваются постинъекционные гематомы при анестезии -

- A) Подглазничной.
- B) Торусальной.
- C) Ментальной.
- D) Туберальной

Эталон ответа: D

16. Опасность развития невритов чаще при анестезии -

- A) Инфильтрационной.
- B) Периневральной.
- C) Эндоневральной

Эталон ответа: C

17. Местные действия стоматолога в случае осложнения местной анестезии анафилактическим шоком -

- A) Обколоть место введения анестетика адреналином.
- B) Произвести разрез в месте инъекции.
- C) Приложить холод

Эталон ответа: B

18. Препараты для местной анестезии в случае непереносимости местных анестетиков

- A) Седативные.
- B) Нейролептики.
- C) Антигистаминные

Эталон ответа: C

19. Абсолютные показания для проведения вмешательства под общим обезболиванием -

- A) Нарушение психики больного.
- B) Большой объем оперативного вмешательства.
- C) Непереносимость местных анестетиков.
- D) Просьба больного

Эталон ответа: A, B, C

20. Объем оперативного вмешательства показан одновременно больному с гемофилией?

- A) Полная хирургическая санация полости рта.
- B) Удаление одного зуба.
- C) Удаление двух зубов.

Эталон ответа: A

21. Пересадка удаленного зуба в ту же лунку, это:

- A) Гомотрансплантация.
- B) Аутоотрансплантация.
- C) Реплантация.

Эталон ответа: C

22. Развиваются ли альвеолиты после операции удаления зубов под наркозом?

- A) Да.
- B) Нет.
- C) Иногда, в редких случаях.

Эталон ответа: С

23. Острые инфекционные заболевания, сахарный диабет, гипертонический криз, болезни крови для удаления зубов -:

- А) Абсолютные противопоказания.
- В) Относительные противопоказания.
- С) Не являются противопоказаниями.

Эталон ответа: В

24. Количество этапов операции удаления зубов с помощью щипцов?

- А) 3.
- В) 4.
- С) 5.

Эталон ответа: С

25. При удалении зубов возможен перелом нижней челюсти?

- А) Резцов.
- В) Премоляров.
- С) Нижних третьих моляров.

Эталон ответа: С

Задачи

Задача 1.

У пациентки, находящейся на 9 месяце беременности, возникла необходимость удаления разрушенного 16 зуба по поводу обострения хронического периодонтита.

1. Существуют ли в данном случае противопоказания к удалению зуба? 2. Какие анестетики наиболее предпочтительны в данной ситуации? 3. Как подготовить больную к операции удаления зуба? 4. В какой период беременности наиболее рационально проводить плановые стоматологические вмешательства? 5. Какие варианты анестезий можно использовать? 6. Каким инструментом можно удалить 16 зуба? Опишите методику. 7. Особенности послеоперационного периода у этой пациентки.

Ответы к задаче 1

1. Беременность - относительное противопоказание к операции. 2. Лучше не применять анестетиков, содержащих вазоконстрикторы. 3. Перед ОУЗ необходимо успокоить больную, объяснив безопасность вмешательства как для её здоровья, так и для состояния ребёнка. 4. Все плановые вмешательства лучше проводить во втором триместре беременности. Однако, при возникновении срочных показаний, вмешиваться можно в любом периоде беременности. Следует только провести беседу с пациенткой, подготовить её к вмешательству, подобрать оптимальный вид анестезии и анестетик, аккуратно и быстро выполнить саму ОУЗ. 5. Для удаления 16 зуба возможно применить инфильтрационное обезболивание, туберальную анестезию в сочетании с палатинальной. 6. Поскольку 16 зуб разрушен, следует использовать универсальные штыковидные (байонетные) щипцы. Корни 16 зуба удаляются по одному, все три, межкорневая перегородка резецируется ниже уровня десневого края. Контроль за образованием сгустка! Чтобы не допустить перфорации дна верхнечелюстного синуса (ВЧ), врач должен действовать предельно аккуратно и осторожно, минимально травмируя ткани. Если перфорация всё-таки возникла (из-за близкого расположения), следует максимально возможно сдвинуть края лунки, наложить П-образный шов. Никаких тампонов в лунку!

Задача 2.

Для удаления разрушенного 17 зуба врач попросил у медсестры S-образные щипцы с шипом справа. В момент люксации произошел перелом выступающей над слизистой оболочкой части зуба.

1. Какая ошибка была допущена при выборе щипцов? 2. Каким инструментом можно завершить удаление зуба? 3. Опишите технику удаления неразъединенных корней 17 зуба. 4. Что предпринять, если в момент удаления зуба произошла перфорация дна гайморовой пазухи? 5. Как поступить, если при удалении 17 зуба один из корней оказался в гайморовой пазухе? 6. Каким способом можно защитить лоскут, закрывающий перфорационное отверстие дна гайморовой пазухи? 7. В чём будет заключаться особенность послеоперационного периода у данного пациента?

Ответы к задаче 2

1. Осложнение (отлом остатка коронки 17 зуба) во время удаления, связанное с неправильным выбором инструмента. 2. Следовало выбрать аналогичные щипцы, но с шипом слева. 3. После синдесмотомии щипцы накладывают на удаляемый зуб с таким расчётом, чтобы шип на одной из щёчек вошёл между передним и задним щёчными корнями удаляемого 17 зуба. Это позволяет максимально плотно охватить зуб. Последующие люксационные движения эффективно вывихивают зуб из лунки. Выводить зуб надо в щёчную сторону, плавно, по дуге, чтобы не травмировать антагонисты. 4. При перфорации дна ВЧ синуса следует максимально сблизить края лунки удалённого зуба и попытаться наложить П-образный шов. Если этого сделать не удаётся, необходимо провести первичное пластическое закрытие лунки и перфорации дна синуса с помощью слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной стороны альвеолярного отростка. Никогда не следует вводить в лунку зуба тампоны (с чем бы то ни было) и ждать!!! Это закончится образованием стойкого антроорального свища и возникновением первично хронического гайморита. 5. В том случае, если один из корней был протолкнут в синус, ни в коем случае не пытаться его оттуда извлечь! Больного следует срочно отправить в ЧЛЮ для ревизии синуса и удаления попавшего туда корня под общей анестезией. Там же будет закрыто перфорационное отверстие в области лунки удалённого зуба. 6. Лоскут, выкроенный на вестибулярной поверхности альвеолярного отростка и перемещённый на лунку 17 зуба, следует защитить от механического давления либо с помощью 8-образной лигатуры на соседние 18 и 16 зубы с прокладкой под неё йодоформной марли, либо с помощью пластмассовой капши из быстротвердеющей пластмассы, изготовленной тут же, у кресла больного. 7. После первичной пластики перфорационного отверстия больного следует перевести на жидкую и полужидкую пищу сроком на 2-2,5 недели, запретить ему чихать (только с открытым ртом), надувать щёки, тщательно соблюдать гигиену полости рта. Кроме того, в профилактических целях назначаются антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Эти меры необходимы для предотвращения разрыва и отслоения краёв лоскута от краёв лунки удалённого зуба, а также нагноительных процессов. Швы следует удалять не ранее, чем на 9-10 сутки

Задача 3.

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил больной 35 лет, с жалобами на резкую болезненную припухлость в области угла нижней челюсти слева, общую слабость, недомогание, плохой сон, потливость, озноб, высокую температуру. В районной поликлинике 5 дней назад был удален 36 зуб с разрушенной коронковой частью. Имелась небольшая деструкция костной структуры нижней челюсти у верхушек корней 36, определявшаяся рентгенологически. Боли прекратились, но на 2 день после удаления зуба появилась болезненная припухлость под краем нижней челюсти слева, постепенно увеличивающаяся в размерах, ухудшилось общее состояние. Обратился к лечащему врачу, который произвел периостотомию, назначил противовоспалительное лечение, но улучшения не наступало: припухлость увеличивалась, значительно ухудшилось общее состояние и больной был направлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее

состояние средней тяжести, температура тела 39,5°C. Местно: асимметрия лица за счет наличия припухлости в нижнем отделе щёчной и поднижнечелюстной областях слева, которая распространяется и в подподбородочную область. Кожные покровы над припухлостью гиперемированы, кожа отёчна, лоснится, не собирается в складку, естественные складки сглажены. Пальпаторно в центре припухлости определяется плотный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре, на коже при пальпации остаются пальцевые вдавления. Открывает рот с некоторым затруднением (из-за припухлости). В полости рта: лунка удалённого 36 зуба в удовлетворительном состоянии, закрыта сгустком. Вокруг – незначительный отёк слизистой оболочки. Оставшиеся большие и малые коренные зубы интактны, неподвижны, безболезненны при перкуссии.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Назначьте адекватное комплексное лечение. 4. Опишите характер операции. 5. В чем состоит особенность послеоперационного ведения данного больного? 6. Возможные осложнения?

Ответы к задаче 3

1. Флегмона нижнего отдела левой щечной области от 36 зуба. 2. ДД следует проводить с остеомиелитом, периоститом. При остеомиелите характерны рвущие боли иррадирующие по всем ветвям тройничного нерва, наличие симптома Венсана, симптома «рояльных клавиш», «муфты» вокруг челюсти. При периостите гнойный очаг расположен рядом с удалённым зубом, под надкостницей. После удаления причинного зуба лунка не закрывается сгустком, если не вскрыт гнойный очаг. 3. Первым этапом вскрывается экстраоральным доступом флегмона щёчной области, гнойная полость промывается антисептиками и дренируется. Разрез при этом должен быть достаточным. На рану накладывается повязка с гипертоническим раствором. Второй этап: мощное этиопатогенетическое лечение. Следует назначить в рациональных дозах антибиотики, сульфамиды - в ударных. Десенсибилизирующие препараты обязательны (димедрол, тавегил, супрастин, цетрин, эринит); дезинтоксикационное лечение. Перевязки проводить ежедневно! 4. Вскрытие гнойного очага производят под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором лидокаина по типу «короткого блока» по Вишневскому. Ввести надо не менее 30-40 мл анестетика, приступить к операции немедленно. Разрез должен располагаться чуть ниже нижней границы флюктуации или инфильтрации и иметь длину, соответствующую размеру гнойника. Послойно рассекаются кожа, клетчатка, щёчная мышца с фасцией. Тупым путём достигается гнойник, опорожняется, промывается, дренируется. Повязка с гипертоническим раствором. 5. После операции проводят ежедневно диализ гнойной раны, смену гипертонических повязок 1-2 раза в сутки, неукоснительно и по часам вводятся назначенные лекарственные препараты. Пища – полумягкая до 7 суток, затем перевод на общий стол. При наличии заживления раны вторичным натяжением – подключение ФТ, массажа, активной механотерапии для профилактики контрактур. 6. Возможен переход гнойного процесса на соседние области (если разрез недостаточен, а лечение антибиотиками или не назначено или в малых дозировках), развитие контактного остеомиелита, возникновение контрактуры рубцового характера

Задача 4.

Каретой скорой медицинской помощи в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы доставлен больной в возрасте 45 лет с жалобами на сильные, ноющие боли и припухлость в области лица справа, высокую температуру (до 39,5°C), потрясающие ознобы, общую слабость, недомогание, плохой сон и аппетит, незначительную заложенность носа справа. Состояние больного средней тяжести. Заболевание связывает с удалением три дня назад 17 разрушенного зуба. Местно: выраженная асимметрия лица за счет припухлости в скуловой, верхнем отделе щёчной и подглазничной областях справа. Естественные складки сглажены, угол рта опущен, глазная щель сужена. Кожные покровы

над припухлостью гиперемизированы. Пальпируется реактивный воспалительный отек мягких тканей, пальпация болезненна. Кожа с некоторым трудом собирается в складку. Определяются увеличенные болезненные лимфатические узлы в позадищелюстной области справа. Рот открывает с некоторым затруднением – контрактура 1 степени. В полости рта: имеется гиперемия слизистой оболочки вокруг лунки удалённого 17 зуба с вестибулярной и нёбной сторон, переходная складка сглажена. Пальпируется отек с незначительной инфильтрацией мягких тканей от 13 до 18 зубов, с флюктуацией в центре. Лунка удаленного ранее 17 зуба заполнена распавшимся кровавым сгустком, покрытым сероватогрязным налетом. Определяется неприятный запах изо рта, подвижность 16 и 18 интактных зубов.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Классификация заболеваний. 3. Какие дополнительные методы обследования не указаны в задаче? 4. Составьте план лечения. 5. Тактика врача в отношении подвижных интактных 13 и 18 зубов. 6. Варианты исхода заболевания? Возможные осложнения.

Ответы к задаче 4

1. Острый генерализованный остеомиелит ВЧ справа от 17 зуба. 2. Острые остеомиелиты делятся на серозные и гнойные, а по распространенности – на ограниченные (в пределах двух зубов), локальные (в пределах четырёх зубов) и генерализованные (захватывающие более половины челюсти). 3. Отсутствуют данные лабораторных исследований крови и мочи. 4. Первое: вскрытие всех гнойных очагов вокруг ВЧ. Второе: мощное противовоспалительное лечение по принятой схеме – антибиотики, сульфамиды, антигистамины. Симптоматическое лечение – анальгетики, лёгкие снотворные, противоотечные средства. Дезинтоксикационное лечение. Постельный режим в первые 2-3 суток. 1% йодная настойка на область припухлости и инфильтрации в виде сетки, асептические повязки. В фаза реконвалесценции – ФТ, витаминотерапия, ГНЛ. 5. Подвижные интактные зубы, расположенные рядом с удалённым причинным зубом удалять нельзя! Они в последующем могут укрепиться и нормально функционировать. 6. При правильном и адекватном своевременном лечении исход один – выздоровление. В противном случае: переход в хроническую стадию с секвестрацией целых фрагментов ВЧ с зубами и дном ВЧ синуса, с возникновением костных дефектов, деформаций, рубцов и пр.

Задача 5.

В клинику челюстно-лицевого отделения 4-й городской больницы поступил больной в возрасте 35 лет с жалобами на общую слабость, наличие болезненной припухлости щеки слева с множеством свищей на коже, ограниченное открывание рта. Больным себя считает более года, когда в условиях поликлиники проводилось лечение 36, 37 зубов, осложнившихся воспалительным процессом прилежащих мягких тканей. Трижды больному врач вскрывал поднадкостничные абсцессы в прилежащих к зубам тканях. Наступало временное улучшение. В последующем появилась припухлость в области угла нижней челюсти слева, появилось затруднение при открывании рта. Образовались свищи с гнойным отделяемым. Отмечалась слабость и потеря веса. Обратился в очередной раз в поликлинику по месту жительства, откуда хирургом-стоматологом был направлен в стационар. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С. Такая температура была на протяжении всего периода болезни. Местно: отмечается асимметрия лица за счет умеренно болезненной припухлости в нижнем отделе щёчной области тела и поднижнечелюстной области слева. Кожные покровы над припухлостью слегка отёчны и цианотичны. Наряду с этим имеются участки размягчения мягких тканей и рубцовые тяжи, располагающиеся под кожными покровами и ведущие к корням 36 и 37 зубам. Открывание рта затруднено и ограничено до 2 см. В полости рта: определяется инфильтрация мягких тканей в ретромоллярном пространстве и в области небных дужек. Прорезывание 38 зуба частичное, над ним имеется «капюшон»

из рубцово изменённых мягких тканей, покрывающий наклонно расположенный 38 зуб, который упирается своими передними буграми в пришеечную часть коронки 37 зуба. Имеется отёк и гиперемия слизистой оболочки вокруг указанных зубов, пальпация в этих участках слегка болезненна.

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования, не указанные в задаче, нужно провести, чтобы поставить развернутый заключительный клинический диагноз? 3. Объясните сущность дистопии и ретенции. 4. Каким образом при данном заболевании в процесс вовлекаются прилежащие мягкие ткани? 5. Что такое «капюшон»? 6. В чём будет заключаться лечение?

Ответы к задаче 5

1. Хронический гранулирующий периодонтит 36 и 37 зубов (мигрирующая гранулёма), дистопия и полуретенция 38 зуба, осложнённые хроническим перикоронаритом. 2. Больному необходимо выполнить ортопантомографию для уточнения локализации 38 зуба, конфигурации и количества его корней. Также нужно оценить величину деструктивных изменений в округ корней 36 и 37 зубов, качество пломбировки их корней. 3. Дистопия – нарушение положения зуба, ретенция – задержка в кости, неполное прорезывание. Возникают за счёт множества общих и местных причин, среди которых главное место занимает недостаток места в зубном ряду. 4,5. Из-за неполного прорезывания зубов «мудрости» пища и микроорганизмы из полости рта попадают под ткани, покрывающие коронку непрорезавшегося зуба (так называемый «капюшон»). Скапливаясь там в замкнутом пространстве, анаэробы активно развиваются, вызывая острые или хронические воспалительные процессы. Отсюда патогенная микрофлора легко может проникнуть не только в соседние клетчаточные пространства, но и в межфасциальные клетчаточные промежутки шеи и даже в средостение. 6. Лечение будет заключаться в обязательном удалении 36 и 37 зубов, иссечении свищевых ходов до кости. Над 38 зубом необходимо иссечь «капюшон», коагулировать края возникшего дефекта (профилактика рецидива). С учётом того, что соседние два моляра будут удалены, есть большая вероятность смещения 38 зуба на место 37 зуба и использование его в дальнейшем для несъёмного протезирования.

Задача 6.

На 9-й день после начала заболевания больной 33 лет был доставлен в клинику челюстно-лицевой хирургии в тяжелом состоянии из районной больницы. В поликлинике района был удален неправильно прорезавшийся 38 зуб. Спустя 2 дня после удаления появилась болезненная припухлость в области нижней щеки слева, которая быстро распространилась в подъязычную, поднижнечелюстную области, а также в область бокового треугольника шеи этой стороны. В районной больнице был сделан дугообразный разрез кожи и мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, на 5-й день после удаления 38 зуба. Гнойного отделяемого из разреза при этом не было получено. Процесс распространился в подбородочную область и на другую сторону шеи. Было сделано ещё 2 разреза: по срединной линии и в правой поднижнечелюстной области. Улучшения не наступило. В этой связи больной был доставлен в челюстно-лицевое отделение. Объективно: общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное, временами больной впадает в кому. Пульс 92 удара в минуту, аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, у верхушки прослушивается систолический шум, дыхание учащенное, поверхностное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледной окраски. Местно: лицо одутловатое, как бы широкое и удлинённое. Воспалительный процесс захватывает все прилегающие области к нижней челюсти область и шею. Имеются три послеоперационных разреза, изолированных друг от друга, длиной около 2-3 см каждый. Вокруг разрезов пальпируются плотные, болезненные инфильтраты, местами ткани под пальцами крепитируют. Кожные покровы в этих участках гиперемированы, цианотичны. По срочным показаниям произведено широкое хирургическое раскрытие всех

пораженных клетчаточных пространств с помощью воротничкообразного разреза. При этом получено незначительное количество мутной, зловонной жидкости в виде «мясных помоев». Мягкие ткани имели вид «вареного мяса». Проводилось этиопатогенетическое, дезинтоксикационное, десенсибилизирующее и симптоматическое лечение. Несмотря на интенсивную терапию, у больного возникло бредовое состояние, неоднократно появлялась рвота и через 42 часа после операции больной, не приходя в сознание, скончался. На основании данных клиники и аутопсии, помимо основного заболевания, были выявлены обширные очаги поражения в средостении, паренхиматозных органах и в головном мозге (токсический миокардит, токсический гломерулонефрит и гепатит, токсическая пневмония, менингит, медиастинит, абсцессы головного мозга), что и привело к летальному исходу.

1. Поставьте диагноз, приведший к осложнениям. 2. Какие дополнительные симптомы, характерные для описанных выше осложнений, не указаны в ситуационной задаче? 3. Какие методы обследования, проведенные в стационаре, в задаче не указаны? 4. Какие ошибки были допущены на доклиническом этапе лечения данного больного?

Ответы к задаче 6

1. Анаэробная полифлегмона дна полости рта и шеи, осложнившаяся сепсисом, медиастинитом и менингоэнцефалитом. 2. Не указаны, но имеют место быть следующие симптомы: рот больного открыт (из-за отёка и приподнятости тканей дна полости рта и языка), нарастающая дислокационная и стенозическая асфиксии, ригидность мышц затылка (симптом Кернига), боль за грудиной и в области яремной вырезки (симптом Герке), в крови – эритропения, нейтропения со сдвигом влево, резкое увеличение СОЭ. 3. В стационаре таким больным в обязательном порядке проводят РГ и УЗИ органов грудной полости, КТ черепа, посев крови на наличие и характер микрофлоры, посев отделяемого из разрезов на предмет вида преобладающей микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам. 4. До поступления больного в клинику врачи действовали в принципе верно, но помощь оказывалась в недостаточном объёме. Разрезы на шее должны были производиться шире и чуть раньше, а фармакотерапия – в намного больших объёмах и дозировках. Ещё большей ошибкой была попытка справиться с такой тяжёлой патологией самостоятельно, без консультаций с более опытными специалистами. В результате были потеряны, как минимум, трое суток. При такой патологии это явилось решающим фактором.

Задача 7.

Больная 36 лет поступила в клинику челюстно-лицевого отделения городской больницы с жалобами на наличие тупой, распирающей боли под глазом справа, боли в области лба и виска, закладывание носа, нарушение обоняния, периодическое выделение слизи и гноя из правой половины носа, головную боль, быструю утомляемость, недомогание, появляющееся к концу дня. Больной себя считает более 2-х лет. Тогда впервые появились резкие боли в 16 зубе, общая слабость, недомогание, сильная головная боль, боль в области верхней челюсти справа, повышение температуры до 38°C, затрудненное носовое дыхание и выделение мутной жидкости из правой половины носа при наклоне головы вниз. Было произведено эндодонтическое лечение 16 зуба и параллельно прошла курс лечения антибиотиками, сульфаниламидами и анальгетиками. Через две недели выделения из носа прекратились, улучшилось общее состояние, припухлость в подглазничной области справа исчезла. В течение двух лет болезненные проявления в области верхней челюсти возобновлялись неоднократно, причём возникали после простудных заболеваний. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 37,2 °С. Местно: при внешнем осмотре грубых патологических изменений не выявлено. В полости рта: гиперемия и незначительный отек слизистой оболочки преддверия полости рта в проекции 17, 16, 15 и 14 зубов. Перкуссия 16 зуба, покрытого металлической коронкой, болезненна. На дентальной рентгенограмме

определяется отмечается наличие деструкции костной ткани у верхушек корней зуба с нечеткими границами размером 1,2 x 0,7 см. На рентгенограмме придаточных пазух определяется наличие интенсивной гомогенной тени в правой гайморовой пазухе, заполняющей весь её объём. В периферической крови отмечен умеренный лейкоцитоз и незначительное увеличение СОЭ.

1. Поставьте диагноз. 2. Классификация заболевания 3. Какие дополнительные методы исследования можно провести? 4. Дифференциальная диагностика. 5. Объем лечения в условиях поликлиники. 6. Объем лечения в условиях стационара. 7. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде. 8. Возможные осложнения в процессе лечения и их профилактика.

Ответы к задаче 7

1. Хронический правосторонний полипозный гайморит в стадии обострения от 16 зуба. 2. Хронические гаймориты делятся на одонтогенные, риногенные, контактные, одно- и двусторонние. Также они могут быть катаральными, гиперпластическими и полипозными. 3. Для уточнения диагноза можно провести: диафаноскопию, КТ, МРТ. Это позволит точно определить, какие стенки синуса не подверглись патологическим изменениям, чтобы нанести минимальную травму больному. 4. ДД проводят с доброкачественными (ДО) и злокачественными (ЗО) опухолями ВЧ. При росте ДО не бывает выделений из носа и явлений обострения. При росте ЗО из носа имеется кровянистое отделяемое со зловонным запахом, стенки синуса разрушаются по мере роста ЗО. СОЭ при этом достигает 40-60 мм/час. 5. В условиях поликлиники можно лишь санировать полость рта и направить больного в специализированный стационар. 6,7. В стационаре: подготовка больного к операции под общей анестезией, радикальная гайморотомия по Колдуэлл-Люку с одномоментным закрытием перфорации в области лунки удалённого 16 зуба. Этот неприятный факт всегда имеет место при удалении причинного зуба при гайморите

Задача 8.

У больного 24 лет, электрика, после полученного сутки тому назад удара кулаком в левую сторону лица, отмечается выраженная припухлость в этом участке, затруднение при боковых движениях нижней челюстью, незначительное повышение температуры тела. При осмотре: определяется наличие нескольких ссадин и кожно-подкожного кровоизлияния в нижнем отделе левой щечной области диаметром около 4-5 см, отек и припухлость мягких тканей. Пальпация в этом участке лица практически безболезненна, а в глубине тканей выявляется небольшое уплотнение. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывает рот свободно. Прикус не нарушен, симптом «нагрузки» на нижнюю челюсть отрицателен. Движения суставных головок челюсти при открывании рта синхронны. На R-граммах костной патологии не выявлено.

2. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Ответы к задаче 8

1. Ушиб мягких тканей в нижнем отделе щёчной области слева, ушиб нижней челюсти, гематомы в мягких тканях. 2. Так как имеются ссадины на коже, которые могут послужить входными воротами для проникновения в область гематом инфекции, их следует обработать антисептиками и прикрыть повязкой, используя бактерицидный пластырь. Назначить холод в течение 3-4 часов на место ушиба, ограничить движения НЧ в ВНЧ суставах на 5-7 суток, перейти на мягкую пищу на этот срок. На следующие сутки: местно использовать троксевазиновую или гепариновую мазь для ускорения организации гематом, а через неделю – ФТ (УЗ, ГНЛ, МВ-терапию).

Задача 9.

В стоматологическую поликлинику обратился больной 25 лет с наличием резко болезненной припухлости в области угла рта и щеки справа. Отмечает общую слабость, головную боль, боль в правой половине лица, двоение в глазах. Первые признаки

заболевания появились 3 дня назад. Заболевание связывает с повреждением кожных покровов во время бритья. Пораженную кожу обрабатывал дважды одеколоном. Местно: отек и инфильтрат в области угла рта, щеки, верхнего и нижнего века, экзофтальм, птоз. От уровня угла рта до внутреннего угла глаза распространяется болезненный отёк кожи и мягких тканей. В середине имеется плотный инфильтрат размером около 3 см в диаметре, в центре инфильтрата имеется конусообразное возвышение с некротическим стержнем. В поднижнечелюстной области справа, пальпируются увеличенные, болезненные, умеренно подвижные лимфатические узлы. Картина крови: СОЭ – 22 мм в час, лейкоцитов – 12×10^9 в девятой степени в 1 л, нейтрофилов – 80%, моноцитов 4%, лимфоцитов – 3%.

1. Поставьте диагноз и определите стадию процесса. 2. В чем заключается тактика врача хирурга-стоматолога в поликлинике? 3. Лечение данного заболевания? 4. Какие осложнения возникли у больного? 5. Исход данного заболевания.

Ответы к задаче 9

1. Фурункул в верхнем отделе правой щечной области в фазе абсцедирования, явления флебита лицевой вены и вен глазницы. 2. Врач в поликлинике не должен «наблюдать» за процессом, а немедленно направить больного в специализированный стационар. 3. Учитывая то, что процесс перешёл в гнойную фазу, очаг надо вскрыть, промыть и дренировать. При наличии густого содержимого ни в коем случае не выскабливать стенки полости! Назначить немедленно массивные дозы антибиотиков, сульфамиды, антигистамины, анальгетики. Местно: йод 1% на кожу по всей поверхности инфильтрата, особенно в области флебита вены, дважды в день в течение трёх дней, повязки с гипертоническим раствором на вскрытый очаг. Назначается постельный режим до улучшения состояния. Проводится дезинтоксикационная терапия. В период реконвалесценции подключают местно УФО, ГНЛ, МВ терапию, витаминотерапию. 4. Поскольку у больного имеется воспаление стенки лицевой вены и вен глазницы, то для профилактики тромбоза и возникновения тромбоза вен кавернозного синуса головного мозга вышеуказанная фармакотерапия просто необходима. 5. При своевременном и адекватном лечении исход – выздоровление.

Задача 10.

Больная Н, 30 лет, обратилась с жалобами на постоянные ноющие, периодически усиливающиеся боли в области подбородка слева, боль в нижней губе и деснах слева. Боли усиливаются при приеме горячей или холодной пищи, разговоре, последнее время беспокоят даже ночью. Улучшение дают постоянно используемые анальгетики. Из анамнеза выяснено, что месяц тому назад, после удаления 38 полуретенированного зуба на нижней челюсти слева у нее возникло чувство онемения в области нижней губы и подбородка слева. На следующий день возникла сильная боль в лунке удаленного зуба, а в дальнейшем присоединились боли, распространившиеся на десну, нижнюю губу и челюсть. Лечилась амбулаторно, боли стихали, но онемение не проходило. Стоматолог удалил 36 и 37 зубы на нижней челюсти слева. После удаления зубов, на фоне онемения, пациентка отмечала усиление болей, появилось чувство жжения в области подбородка. Объективно: при пальпации точек Валле болезненности не отмечается. Триггерных зон не выявлено. Вертикальная перкуссия оставшихся зубов на нижней челюсти слева болезненна. Гиперестезия с участками анестезии кожи подбородка, нижней губы и десны слева. На рентгенограмме в области удаленных 36, 37, 38 зубов изменений костной ткани не определяется.

1. На основании клинических и дополнительных данных обследования поставьте диагноз. 2. Каковы наиболее вероятные этиологические причины развития данного заболевания? 3. Чем обусловлено онемение кожи подбородка и нижней губы слева? 4. Проведите дифференциальный диагноз. 5. Составьте план лечения.

Ответы к задаче 10

1. Постэкстракционный неврит левого нижнелуночкового нерва. 2. Причина заболевания – травматическое удаление 38 зуба. 3. Выпадение чувствительности в зоне иннервации ментального нерва говорит о активных процессах демиелинизации ствола нижнелуночкового нерва в зоне его повреждения на уровне лунки удалённого 38 зуба. Также запущены дегенеративные процессы в самом осевом цилиндре нервного ствола, что и приводит к болям и парестезии одновременно. 4. От невралгии неврит отличается тем, что имеются триггерные (курковые) зоны, отсутствуют ночные боли. Характер болей иной: стреляющие, как удары током, кратковременные, приступообразные. 5. В данной ситуации, при наличии столь короткого анамнеза, стоит попробовать регулярные блокады по типу мандибулярной анестезии с использованием лекарственного «коктейля»: лидокаин 2%-4 мл, платифиллин 0,1%-1 мл, витамины В1 и В6 по 1 мл. Эту процедуру необходимо проводить один раз в сутки, ежедневно, в течение 7-8 дней. Параллельно назначить большой транквилизаторы, снотворные, подобрать дозу анальгетиков и антиконвульсантов (тегретол, этосуксимид). Больной также надо назначить

ФТ (электрофорез с 2% лидокаином на болевые точки, МВ, ГНЛ, массажи). Только комплексное лечение в течение 3-4 недель может дать положительный эффект. В том случае, если положительного эффекта не

отмечается, следует к хирургическому пересечению нервного ствола на уровне его вхождения в НЧ отверстие

Задача 11

Порядками оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями, утвержденными приказом МЗ РФ от 13.11.2012 г. № 910н, предусмотрено проведение лечения множественного осложнения кариеса у детей до 3 лет, а также иных стоматологических заболеваний по медицинским показаниям у детей независимо от возраста под общей анестезией. По многолетним наблюдениям в городе Н. ежегодно в анестезиологическом пособии нуждаются 190-200 детей при проведении стоматологических вмешательств по поводу осложненных форм кариеса. Вопросы (задание): 1. Подготовьте проект приказа главного врача медицинской организации по реализации данной задачи.

Ответ к задаче 11

Приказом по учреждению создана рабочая группа для решения задачи. Руководитель группы – главный врач. Пример распорядительной части управленческого решения (приказа): 1. Заместителю главного врача по медицинской части: - изучить опыт передовых медицинских организаций, оказывающих стоматологическую помощь детям в условиях общей анестезии с выездом в Московский медико-стоматологический университет и в ООО "Детская стоматология"; - организовать последиplomное обучение специалистов поликлиники по программе "Организация деятельности по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров"; - подготовить перечень помещений, необходимых для работы группы анестезиологии-реанимации и по согласованию с главным детским анестезиологом подготовить перечень медицинского оборудования (оснащения) группы анестезиологии-реанимации в соответствии с требованиями приказа МЗ РФ от 12.11.2012 г. № 909н; 2. Начальнику хозяйственного отдела подготовить дефектные ведомости и проектно-сметную документацию на реконструкцию помещений, устройство приточно-вытяжной вентиляции, системы снабжения медицинскими газами и охранной сигнализации в помещении для хранения наркотических средств и психотропных веществ. 3. Руководителю закупочной комиссии провести обзор рынка и представить ценовые предложения на поставку наркозно-дыхательной аппаратуры и аппаратов функциональной диагностики. 4. Специалисту по кадрам заключить трудовые договоры со специалистами для работы в должности врача анестезиолога-реаниматолога и медицинской сестры-анестезиста. Оформить допуски к работе, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ. 5. Главной

медицинской сестре: - подготовить перечень учетно-отчетной документации для представления сведений о деятельности, связанной с оборотом наркотических средств и психотропных веществ, и регистрации операций, связанных с оборотом наркотических средств и психотропных веществ; - совместно с анестезиологом-реаниматологом подготовить перечень расходных материалов и лекарственных средств для медицинской деятельности по специальности "анестезиология и реанимация" из расчета месячной потребности.

Задача 12

Пациентка Л. обратилась в стоматологическую клинику, где ей проводилось лечение зубов и протезирование дефектов зубных рядов, для получения копии медицинской карты. Вопросы (задание): 1. Какие нормативные документы определяют право пациента на получение копии медицинской карты? 2. Как правильно подать запрос на получение копии медицинской карты?

Ответ к задаче 12

Право на получение копии медицинской карты амбулаторного пациента и других документов закреплено в ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Согласно ст. 4 "Основные принципы охраны здоровья"; ст. 13 "Соблюдение врачебной тайны" медицинская карта стоматологического больного относится к документам, содержащим врачебную тайну, поэтому как выписка из медицинской карты, так и ее копия, могут быть предоставлены только самому пациенту, либо его законному представителю. Согласно ст. 22 "Информация о состоянии здоровья" каждый гражданин имеет право получить в доступной форме имеющуюся в медицинской организации информацию о состоянии здоровья, в т.ч. сведения о результатах медицинского обследования, наличии заболевания, об установленном диагнозе и о прогнозе развития заболевания, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Пациент либо его законный представитель имеет право на основании письменного заявления получать отражающие состояние здоровья медицинские документы, их копии и выписки из медицинских документов. Основания, порядок и сроки предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них устанавливаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. 2. Согласно письму МЗСР РФ от 04.04.2005 г. № 734/МЗ-14 «О порядке хранения амбулаторной карты» выдача оригинала медицинской карты на руки пациенту осуществляется только по разрешению главного врача медицинского учреждения. По требованию гражданина предоставляются копии медицинских документов, если в них не затрагиваются интересы третьей стороны. На основании выше изложенного пациентке необходимо написать письменное заявление на имя главного врача стоматологической поликлиники, где указать, какие сведения необходимо получить и срок предоставления документа.

Задача 13

Больной М., 24 года, обратился с жалобами на боль в области десны 26. Два года назад 26 покрыт металлической коронкой. Обследовано: десневые сосочки в области 26,27 гиперемированы, отечны, при зондировании кровоточат. В области 26,27 пародонтальный карман 5 мм. с гнойным экссудатом. Коронка 26 глубоко заходит под маргинальный край десны. Горизонтальная перкуссия 26 болезненна. Данные R-граммы: в области 26, 27 деструкция снижения высоты межзубных перегородок на 1/2, металлическая коронка не соответствует нормам протезирования. Костная структура в других отделах без изменений.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Укажите причину, вызвавшую появление резких симптомов в полости рта. 4. Наметьте план лечения. 5. Какие рекомендации по поводу санации полости рта необходимы?

Ответы к задаче 13

1). Хронический локализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим локализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим локализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. д) с эозинофильной гранулемой, при которой определяются первопричинные жалобы на постоянную, часто беспричинно усиливающуюся боль в определенной группе зубов. Необходимо провести рентгенологическое исследование костей черепа, фаланги кистей рук и стопы, анализ крови. Установление локальных изменений в указанных костях в сочетании с эозинофилией говорит в пользу наличия у обследуемого эозинофильной гранулемы. 3). Причиной данной патологии является нерациональное протезирование 26 зуба, так как конструкция была глубоко посажена под маргинальный край десны. 4). План лечения: снятие коронки с 26 зуба, удаление поддесневого зубного камня, местная и общая медикаментозная терапия, дальнейшее рациональное протезирование. 5). Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 46 зубов, лечение периодонтита 15 зуба, рациональное протезирование 26 зуба. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 14.

Больная А., 55 лет, обратилась с жалобами на расхождение зубов в переднем отделе верхней челюсти, эстетический дефект, кровоточивость при чистке зубов, неприятный запах изо рта. Быстрое образование мягкого налета, зубного камня. Считает себя здоровой. Объективно: Десна верхней и нижней челюсти гиперемирована, отечна, при пальпации кровоточит. Обильное количество над- и поддесневого зубного камня в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. При зондировании определяются пародонтальные карманы глубиной 5 мм. Подвижность зубов 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43. II степени. На рентгенограмме: убыль высоты межзубных перегородок на 2/3 длины корня, расширение периодонтальной щели на всю длину корня, очаги резорбции в теле челюсти, признаки вертикального типа резорбции, костные карманы в области 16, 26, 31, 32, 33, 41, 42, 43 зубов.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Наметьте план санации полости рта.

Ответы к задаче 14

1). Хронический генерализованный пародонтит средней степени. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом легкой степени, при котором глубина пародонтальных карманов достигает 3,5 мм; б) с хроническим генерализованным пародонтитом тяжелой степени, при котором глубина пародонтального кармана будет более 5 мм; в) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. г) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. 3).

Профессиональная гигиена полости рта, лечение кариеса 25 и 32 зубов, консультация с хирургом по поводу удаления корня 15 зуба, рациональное протезирование зубных рядов. Повторный прием через 6 месяцев.

Задача 15.

Больной Г. 56 лет страдает язвенной болезнью желудка. Обратился с жалобами: боль в области десен верхней и нижней челюстей, затрудненное откусывание и пережевывание пищи вследствие расшатанности зубов. За последние годы заметил появление диастем и трем между зубами, изменение положения зубов. Гноетечение, периодическое образование свищей на деснах. При объективном осмотре полости рта: значительно отложение зубного камня над и поддесневого, мягкого налета, неприятный запах изо рта. Десна легко отделяется от зубов, кровоточит при легком зондировании. Определяются пародонтальные карманы глубиной 6-7 мм.

2. Поставьте диагноз.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Наметьте план общей терапии

Ответы к задаче 15

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени. 2). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). Для подтверждения эндогенного генеза заболевания следует использовать дополнительные методы исследования: анализ крови на содержание глюкозы (при диабете), определение С-реактивного белка, содержание в крови сиаловой кислоты (при ревматизме, гепатите, холецистите), т. е. необходимо провести все исследования для определения тяжести общесоматического заболевания. 3). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с пародонтозом, при котором имеют место участки ретракции десневого края, а также клиновидные дефекты. Пародонтальные карманы, которые являются показателем для пародонтита, при пародонтозе отсутствуют. в) с хроническим катаральным гингивитом, при котором отсутствует подвижность зубов и не определяются пародонтальные карманы. г) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. 4). При проведении общего лечения осуществляется борьба с инфекцией, интоксикацией организма, активизация защитных сил организма, стимуляция репаративных процессов в пародонте. Эти задачи решаются путем системного применения антибиотиков, инфузионной и пероральной дезинтоксикационной терапии, иммунотерапии, стимулирующего лечения, гормонотерапии, «метаболической терапии», использования средств, корригирующих психосоматические нарушения, нормализующих функцию других органов и систем. 5). а) антисептическая обработка десен; б) удаление над- и поддесневых отложений; в) обучение рациональной гигиены полости рта с подбором зубной пасты и щетки; г) шинирование подвижных зубов; д) лечебная повязка; е) открытый кюретаж или лоскутная операция.

Задача 16

На прием к врачу-стоматологу обратилась женщина с жалобами на недомогание, $t=38^{\circ}\text{C}$, потерю аппетита, асимметрию лица, увеличение лимфатических узлов. Из анамнеза пациентка перенесла ОРВИ. Объективно: десна в области 36, 37 застойно -

гиперемирована, межзубные сосочки набухшие, кровоточат, обильное количество над и поддесневого камня, мягкого налета. Пародонтальные карманы в области 36, 37 зубов глубиной 5 мм. Резкая болезненность при пальпации переходной складки, перкуссия 36, 37 резко болезненна. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны.

1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальную диагностику. 3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? 4. Какие хирургические манипуляции могут быть проведены.

Ответы к задаче 16

1). Хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени в стадии абсцедирования. 2). Дифференциальную диагностику проводят с: а) с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени, при котором глубина пародонтального кармана будет 4 - 5 мм; б) с хроническим остеомиелитом, при котором решающее значение имеет рентгенологическое исследование, где при пародонтите определяется отсутствие секвестров, зон секвестральных разъединений в сочетании с отсутствием свищевых ходов и рубцов от разрезов на слизистой оболочке. в) с острым гнойным периоститом, при котором определяется коллатеральный отек мягких тканей и асимметрия лица, процесс локализованный, причинный зуб без патологических карманов. 3). Необходимо провести рентгенологическое исследование для определения состояния костной ткани, микробиологическое исследование для определения микробного фона и подбора антибактериальной терапии. Возможно использование функциональных методов исследования (реопародонтография, фотоплетизмография, полярография, эхоостеометрия). 4). Вскрытие пародонтальных абсцессов с дренированием и проведение лаважа.

Задача 17

При лицензировании медицинской организации по виду деятельности «Ортопедическая стоматология» установлено, что врач-стоматолог, имея большой стаж практической работы врачом стоматологом-ортопедом, имеет профессиональную переподготовку и сертификат специалиста лишь по специальности «Терапевтическая стоматология». Лицензирующий орган в лицензировании данного вида деятельности медицинской организации отказал. Главный врач не согласен с решением, мотивируя свое несогласие тем, что врач длительно и качественно выполняет обязанности стоматолога-ортопеда (жалоб и претензий со стороны пациентов за период его работы нет). Вопросы (задание): 1. Правомерны ли требования лицензирующего органа? 2. Какими законодательными актами определены права и обязанности администрации по подготовке и переподготовке кадров? 3. Что необходимо сделать администрации медицинской организации?

Ответ к задаче 17

1. Действия лицензирующего органа являются правомерными (в соответствии с ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" и постановлением Правительства РФ от 16.04.2012 г. № 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково)"). 2. Права и обязанности администрации медицинской организации по подготовке и переподготовке кадров определены ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (ст. 72) и трудовым законодательством РФ. 3. Администрация медицинской организации в соответствии с приказом МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" должна направить врача на профессиональную переподготовку по специальности

"Стоматология ортопедическая". После прохождения обучения и получения сертификата администрации медицинской организации необходимо при лицензировании медицинской деятельности заявить вид деятельности «Ортопедическая стоматология» в лицензирующий орган.

Задача 18

Пациент 15 лет, планируется операция по поводу короткой уздечки языка. Внешне боязни операции не проявляет, ощущается лишь некоторая скованность. После введения 0,5% раствора лидокаина в количестве 1,5 мл появилось двигательное беспокойство, позывы на рвоту, боль в животе.

Объективно: сознание сохранено, кожа лица, шеи гиперемирована, дыхание учащенное, затрудненное, пульс частый, полный.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Укажите последовательность мероприятий по оказанию неотложной помощи ребенку.
3. Какие лекарственные препараты и в какой последовательности необходимо ввести.
4. Действия врача стоматолога в отношении данного больного.
5. В чем заключается профилактика аллергических реакций при лечении стоматологических заболеваний.

Ответ к задаче 18

Аллергическая реакция на анестетик. Короткая уздечка языка. 2. Прекратить введение медикаментозных средств. Очистить полость рта от слюны. Повернуть голову ребенка набок и придать ей разгибательное положение. Освободить шею, грудь от стесняющей одежды, обеспечить приток свежего воздуха. Искусственное дыхание при необходимости. 3. Внутривенно вводят преднизолон внутривенно, внутримышечно либо подкожно 0,1 мл. 0,1% раствора адреналина. Внутривенно 1,0 мл. 1% раствора димедрола. 4. Вызов реанимационной бригады скорой помощи, госпитализация в реанимационное либо терапевтическое отделение стационара. В амбулаторной карте делается соответствующая запись проявлений аллергической реакции, указывается аллерген, записываются все неотложные мероприятия, которые проводились с указанием последовательности введения и дозировки лекарственных препаратов. На первой странице амбулаторной карты делается запись об аллергологическом анамнезе. 5. Тщательное выявление аллергологического анамнеза. Проведение операции под наркозом при отягощенном аллергологическом анамнезе.

Задача 19

В стоматологическую поликлинику обратилась страховая компания ЗАО «МАК-М» с просьбой о предоставлении информации о правах застрахованных. Вопросы (задание): 1. Где застрахованный может узнать о своих правах на получение медицинской помощи в данном медицинском учреждении? 2. Какова длительность времени ожидания пациентом первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме? 3. Каким образом предоставляется информация о состоянии здоровья застрахованного?

Ответ к задаче 19

1. На специально оформленном стенде у регистратуры поликлиники указано полное название стоматологической поликлиники, копия лицензии на право осуществления медицинской деятельности с указанием перечня разрешенных работ и услуг, права пациента, предусмотренные ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». На стенде указаны часы работы служб медицинской организации и специалистов; перечень оказываемых бесплатно видов медицинской помощи; правила пребывания пациента в медицинском учреждении; местонахождение и служебные телефоны вышестоящего органа управления медицинским учреждением;

наименование, местонахождение и телефоны страховых медицинских организаций, обеспечивающих обязательное медицинское страхование населения. Информация о режиме работы, видах оказываемой медицинской помощи размещена на официальном сайте поликлиники в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет». 2. Оказание первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме осуществляется в течение 2 часов с момента обращения, наличие очередности (в соответствии с листом ожидания). Информация размещена на информационном стенде для пациента. 3. Информация о состоянии здоровья застрахованного предоставляется лично лечащим врачом в устной или письменной форме о причинах заболевания, его течении и прогнозе, выборе лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья. В отношении лиц до 15 лет (страдающих наркоманиями – 16 лет) и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, информация о состоянии здоровья предоставляется их законным представителям.

Задача 20

Больная Л. 14 лет обратилась с жалобами на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке правой щеки. Постоянно прикусывает слизистую оболочку щеки в области 14 и 15 зубов. Полгода назад больная обратила внимание на наличие опухолевидного образования на слизистой оболочке щеки.

Объективные данные: конфигурация лица не нарушена. На фоне неизменной слизистой оболочки правой щеки по линии смыкания зубов определяется опухолевидное образование на ножке размером 0,3х0,5 см с белесоватой ворсинчатой поверхностью. Прикус ортогнатический.

С	П О О
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28	48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
П	П

На дистально-щечной поверхности 16 глубокая кариозная полость с острыми краями, дно плотное, пигментированно. Зондирование, перкуссия безболезненные, кратковременная боль на холодное. ЭОД – 16 мкА.

1. Поставьте развернутый стоматологический диагноз.
2. Определите объем хирургического вмешательства.
3. Последовательность действий при лечении 16.
4. возможная причина изменения слизистой оболочки полости рта.

Ответ к задаче 20.

Папиллома слизистой оболочки левой щечной области. Глубокий кариес 16.

2. Удаление опухолевидного образования в пределах здоровых тканей с гистологическим исследованием. 3. Проводниковая или инфильтрационная анестезия, препарирование кариозной полости, антисептическая обработка, высушивание, наложение лечебной прокладки с гидроокисью кальция, изолирующей прокладки (фосфат-цемент, стеклоиономер), пломбы силикофосфатного цемента, стеклоиономерного цемента, композита химического или светового отверждения. 4. Хроническая травма (прикусывание щеки в месте дефекта зубного ряда).

Задача 21

Пациент А. обратился в частную стоматологическую клинику для удаления ретинированного 8 зуба справа сверху. В ходе операции врачом стоматологом-хирургом была отломана часть коронки рядом стоящего 7 зуба. После удаления был наложен ватно-марлевый тампон и приложен местно холод на 20 мин. Придя домой, пациент обнаружил отсутствие коронковой части 7 зуба, о чем его врач не поставил в известность. Пациент обратился к главному врачу клиники с претензией о компенсации причинённого вреда.

Вопросы (задание): 1. Какой вид ответственности возник в данном случае? 2. Кто будет возмещать пациенту нанесенный ущерб?

Ответ к задаче 21

1. Гражданско-правовая ответственность (деликтная). 2. Материальную компенсацию пациенту будет возмещать стоматологическая поликлиника, т.к. согласно ст. 1068 ГК РФ ответственность за вред, причиненный работником, несет юридическое лицо. Если по результатам внутреннего контроля качества руководство поликлиники признает претензию пациента обоснованной и выплатит ему компенсацию, то потом может привлечь виновного в причинении ущерба врача к возмещению понесенных поликлиникой затрат.

Задача 22

У больного 47 лет, невралгия тройничного нерва. Жалобы: боль приступообразного характера в левой половине лица, появляющаяся в холодную ветреную погоду. Цель физиотерапии — обезболивание. Назначение: 0,5 % новокаин-электрофорез на левую половину лица. Трехлопастной электрод (полумаска Бергонье) площадью 250 см², под прокладку которого помещают смоченные раствором новокаина листки фильтровальной бумаги такой же формы, располагают на левой половине лица и соединяют с анодом. Второй электрод прямоугольной формы площадью 200 см² помещают в межлопаточной области и соединяют с катодом. Сила тока до 10 мА, 15 мин, ежедневно, № 15.

1. Выделите проблемы пациента.
2. Как фиксируют электрод на лице.
2. Обозначьте место наложения электродов.

Ответы к задаче 22

4. Боль в левой половине лица
5. Бинтованием
6. Трехлопастный электрод на левую половину лица, второй электрод накладывают на межлопаточную область

Задача 23

Больной К., 42 лет, обратился на прием к стоматологу с жалобами на сухость во рту, периодически появляющуюся припухлость в правой поднижнечелюстной области. Анамнез: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые во время приема пищи появились приступы боли и припухлость в правой поднижнечелюстной области. Объективно: конфигурация лица без видимых изменений, кожные покровы в цвете не изменены, рот открывает в полном объеме, слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, не достаточно увлажнена, в поднижнечелюстной области справа бимануально пальпируется увеличенная, уплотненная, слабо болезненная поднижнечелюстная слюнная железа, при массировании которой слюна из протока не выделяется. Коронка 16 зуба разрушена на 2/3, изменена в цвете, полость зуба вскрыта. Зондирование, перкуссия зуба безболезненны. На слизистой оболочке альвеолярной десны отмечается свищевой ход с гнойным отделяемым. Прикус ортогнатический.

2. Поставьте предварительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? 3. Спланируйте объем хирургического вмешательства, физиотерапевтического лечения

Ответы к задаче 23

1. Хронический калькулезный сиалоденит правой поднижнечелюстной слюнной железы. Хронический периодонтит 16. Вторичная частичная адентия левой верхней челюсти. 2. Необходимо выполнение рентгенограмм правой поднижнечелюстной слюнной железы в аксиальной и боковой проекциях с целью выявления конкрементов, контрастная сиалография, рентгенография или визиография 16. 3. Хирургическое лечение

слюннокаменной болезни (удаление камня), в зависимости от локализации конкремента (в протоке или в железе) и изменений тканей железы. Физиотерапия - Необходимо назначить амплипульс терапию. Электроды устанавливаются в области слюнной железы. При параметрах: режим переменный, частота 100 Гц, глубина модуляции 100%, III-IV род работы, длительность посылок по 3 сек. Время воздействия – 8-10 мин., 15 процедур на курс, ежедневно.

Задача 24

Больной Б., 6 лет жалуется на боли в нижней челюсти слева, припухлость в нижней трети левой щечной области, повышение температуры тела до 38°, общее недомогание. Из анамнеза: 75 болел в течение 3 дней, отек постепенно нарастал. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей левой щечной области, кожа в цвете не изменена, свободно собирается в складку. При пальпации в левой поднижнечелюстной области определяется плотное, умеренно болезненное образование округлой формы, не спаянное с окружающими тканями, около 1,5 см. в диаметре. Рот открывается на 2,5 см. Подвижность 75 – I степени, коронка разрушена на 2/3, зондирование безболезненно, перкуссия безболезненна. Переходная складка в области 74, 75 сглажена, слизистая отечна, гиперемирована, при пальпации флюктуирует. При осмотре полости рта определяется отсутствие физиологических трем и диастем на верхней и нижней челюстях.

2. Поставьте развернутый стоматологический диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза? 3. Составьте план хирургического лечения и физиотерапевтического лечения. 4. Тактика в отношении 75. 5. Составьте план ортодонтического лечения.

Ответ к задаче 24

1. Острый гнойный периостит нижней челюсти слева. Нагноившаяся киста нижней челюсти от 75. Острый серозный поднижнечелюстной лимфоденит слева. 2. ОПГ, ОАК. 3. Проведение периостотомии, назначить противовоспалительную терапию, цистэктомия, лечение лимфаденита, диспансеризация. УФ-облучение, начиная с 0,5 биодозы, доводя до 2 биодоз. Курс 4 процедуры. Параллельно проводят ИК-облучение лампой «Соллюкс» - 2 раза в день по 15-20 минут. 4. Сохранение 75 зуба. Раскрытие полости зуба, инструментальная и антисептическая обработка каналов, пломбирование каналов цинк-эвгеноловой пастой, восстановление коронки зуба. 5. Ортодонтическое лечение: для стимуляции роста челюстных костей используется функционально – действующие аппараты. Диспансерное наблюдение.

Задача 25

Пациент 20 лет обратился с жалобами на высыпания в полости рта, сопровождающиеся резкой болезненностью при приеме пищи, разговоре, обильное слюноотделение, боль в поднижнечелюстной области. Заболевание сопровождается повышением температуры тела до 38°C, недомоганием, головной болью. Считает себя больным 5 дней. Высыпания появились в день обращения к врачу. Ранее заболеваний слизистой оболочки полости рта не отмечает. При осмотре: поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены и болезненны. Красная кайма губ сухая, покрыта единичными чешуйками. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемирована и отечна. На спинке языка, прикрепленной десне, твердом небе определяются точечные эрозии, покрытые фибринозным налетом, резко болезненные при пальпации. Десна гиперемирована, отечна. Кариозные полости в зубах 17 16 37 36. Гигиена полости рта неудовлетворительная. Лабораторное исследование препаратов показало наличие полиморфно-ядерных нейтрофилов в стадии некробиоза и гигантские многоядерные клетки. Вопрос: 1. Поставьте правильный диагноз? 2. Что является возбудителем?

Ответ к задаче 25

1. Хронический рецидивирующий афтозный стоматит
2. Возбудителем заболевания является вирус простого герпеса

Вопросы для собеседования

1. Права и обязанности медицинских и фармацевтических работников в соответствии с Федеральным законом №323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в РФ».

Ответ:

1. Медицинские работники и фармацевтические работники имеют право на основные гарантии, предусмотренные трудовым законодательством и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, в том числе на:

- 1) создание руководителем медицинской организации соответствующих условий для выполнения работником своих трудовых обязанностей, включая обеспечение необходимым оборудованием, в порядке, определенном законодательством Российской Федерации;
- 2) профессиональную подготовку, переподготовку и повышение квалификации за счет средств работодателя в соответствии с трудовым законодательством Российской Федерации;
- 3) профессиональную переподготовку за счет средств работодателя или иных средств, предусмотренных на эти цели законодательством Российской Федерации, при невозможности выполнять трудовые обязанности по состоянию здоровья и при увольнении работников в связи с сокращением численности или штата, в связи с ликвидацией организации;
- 4) прохождение аттестации для получения квалификационной категории в порядке и в сроки, определяемые уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, а также на дифференциацию оплаты труда по результатам аттестации;
- 5) стимулирование труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности;
- 6) создание профессиональных некоммерческих организаций;
- 7) страхование риска своей профессиональной ответственности.

2. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к детям.

Ответ: Принципы стоматологической деонтологии:

Приветливость и доброжелательность, располагающие ребенка. Осторожность, выражающаяся в правильной подаче информации относительно патологии ребенка. Тактичность в обращении к ребенку и его родителям. Сдержанность, требующая контроля собственных эмоций перед ребенком.

2. Деонтологические особенности отношения врача-стоматолога к пожилым и престарелым пациентам.

Ответ: Прежде всего отметим, что возрастные психологические изменения у неработающих пожилых лиц часто приобретают деформированный, патологический вид. Известно, что многие старики чаще реагируют тревогой, страхом, депрессией на возникающие изменения и трудности жизни. Возможно появление переживаний, вызванных постепенным ослаблением физических и психических функций у пожилых и престарелых больных нередко возникают ипохондрические, фобические и депрессивные настроения. Отношение больных старческого возраста к своим заболеваниям отличается не столько их недооценкой, сколько переоценкой.

3. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это

определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

4. Основные виды правовых конфликтов в медицине и стоматологии.

Ответ: Медицинский конфликт делят на две группы:

а) межличностные конфликты, сторонами которых выступают: врач – пациент; врач – врач; врач – администратор, медработник – родственник пациента; б) межгрупповые: администрация ЛПУ – пациент; врач – родственники пациента; администрация ЛПУ – пациент.

5. Классификация периодонтита.

Ответ: Классификация периодонтита (МКБ-10)

К 04.4 - острый апикальный периодонтит

К 04.5 - хронический апикальный периодонтит

К 04.6 - периапикальный абсцесс со свищем

К 04.7 - периапикальный абсцесс без свища

К 04.8 - корневая киста апикальная и боковая

К 04.8 - корневая киста периапикальная

6. Методы лечения апикального периодонтита.

Ответ: Лечение периодонтита включает:

проведение местной анестезии (при необходимости и при отсутствии общих противопоказаний)

создание доступа к полости зуба

раскрытие полости зуба

создание прямого доступа к корневым каналам

прохождение канала (или его распломбирование в ранее депульпированных зубах)

определение рабочей длины корневого канала

обработку корневых каналов (механическую и медикаментозную).

применение физических методов (по потребности)

пломбирование корневых каналов временными и/или постоянными пломбировочными материалами

рентгенологический контроль на этапах лечения

реставрацию зубов после эндодонтического лечения.

7. Основные этапы эндодонтического лечения.

Ответ: Основные этапы современного эндодонтического лечения

Диагностика.

Обезболивание.

Изоляция операционного поля.

Препарирование.

Удаление пульпы.

Определение длины корневого канала.

Механическая (инструментальная) и медикаментозная обработка корневых каналов.

Пломбирование корневых каналов в трехмерном пространстве.

Оценка качества лечения в ближайшие и отдаленные сроки.

8. Физиотерапевтические методы в практической эндодонтии.

Ответ: Применяют для прекращения кровотечения после витальной экстрипации при лечении пульпита применяется диатермокоагуляция.

Для уменьшения риска проталкивания инфицированного содержимого корневого канала за верхушку, угнетения жизнедеятельности микрофлоры в корневых каналах, стимуляции репаративных процессов в периодонте применяется диатермокоагуляция и диатермия.

Необходимо проводить мероприятия по уменьшению болевых процессов, купирования острых воспалительных процессов в периодонте.

После купирования острых воспалительных процессов, необходимо нормализовать трофику и микроциркуляцию в периапикальных тканях, стимулировать репаративные процессы в костных тканях.

9. Строение и функции пародонта. Этиология заболеваний пародонта.

Ответ: Пародонт - сложный морфофункциональный комплекс тканей, окружающий и удерживающий зуб в кости. Все составляющие пародонт элементы (десна, периодонт, костная ткань альвеолы и цемент) тесно связаны в развитии и строении, что обеспечивает выполнение разнообразных и весьма сложных функций - барьерной, трофической, пластической, опорно-удерживающей и др. В то же время, каждый отдельный элемент имеет свои особенности.

10. Патогенез заболеваний пародонта, классификация.

Ответ: K05: Гингивит и болезни пародонта

K05.0 Острый гингивит

K05.1 Хронический гингивит

K05.2 Острый пародонтит

K05.3 Хронический пародонтит

K05.4 Пародонтоз

K05.5 Другие болезни пародонта

K05.6 Болезнь пародонта неуточненная

11. Гингивит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Ответ: Гингивит – воспаление ткани десны, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого соединения. В большинстве случаев гингивит становится следствием неудовлетворительной гигиены полости рта и скопления зубного налета, который раздражают слизистую. В результате формируются десневые карманы (увеличивается расстояние между зубом и мягкими тканями), в которых активно размножаются бактерии. Таким образом, воспаление десен имеет бактериальную природу.

Кроме того, гингивит может стать следствием аллергии, грибковых и вирусных инфекций.

12. Пародонтит, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Что такое пародонтит и как лечить?

Ответ: Пародонтит – это инфекционное воспаление пародонта. Чаще всего ему предшествует гингивит, при котором воспаляется поверхность десны. Появляются кровоточивость, дискомфортные ощущения. При пародонтите воспаление проникает глубже, симптомы могут усиливаться

13. Зубные отложения. Налеты, твердые зубные отложения. Диагностика.

Что такое зубные отложения?

Ответ: Зубные отложения – это твердый или мягкий налёт на поверхности эмали зубов, образующийся из микроорганизмов, паразитирующих в ротовой полости, продуктов их жизнедеятельности и компонентов химического состава внутренней среды полости рта.

14. Пародонтоз: этиология, патогенез. Патоморфология.

Ответ: Пародонтоз представляет собой невоспалительное хроническое заболевание тканей, которые окружают зуб: десен, периодонта, альвеолярных отростков. Характеризуется атрофией отдельных участков пародонта, склеротическими изменениями костной ткани, приводящими к обнажению шеек зубов.

15. Идиопатические заболевания пародонта с прогрессирующими лизисом пародонта. Особенности клинических проявлений.

Что такое идиопатические заболевания?

Ответ: Идиопатическое заболевание — это любое заболевание с неизвестной причиной или механизмом очевидного спонтанного происхождения. От греческого ἴδιος *idios* «свой» и πάθος *pathos* «страдающий» идиопатия означает примерно «заболевание себе подобного».

16. Хирургические методы лечения пародонтита направленные на устранения пародонтального кармана и нарушений строения мягких тканей преддверия полости рта.

Ответ: Лечение десен хирургическое - это пародонтологические операции, направленные на удаление инфекционных очагов в пародонте и общее лечение десен (пластика тяжей и уздечек, лоскутные операции, кюретаж, вестибулопластика, гингивэктомия, шинирование, удлинение коронковой части зуба).

17. Другие заболевания пародонта. Пародонтолиз.

Ответ: Пародонтолиз - воспалительная деструкция пародонта, протекающая на фоне некомпенсированного диабета 1 типа, агаммаглоблинемии, нейтропении, лейкоза, гистиоцитоза Х.

18. Избирательное шлифование зубов.

Ответ: Избирательное шлифование зуба — метод комплексного лечения, который применяется при заболеваниях пародонта. Процедура используется для коррекции окклюзии и артикуляции на естественных и искусственных зубах, позволяет равномерно распределить жевательную нагрузку на зубы.

19. Шинирование зубов.

Ответ: Шинирование зубов — это процедура, которая позволяет зафиксировать положение расшатавшихся зубных единиц, а также равномерно распределить на них жевательную нагрузку. За период ношения конструкции процесс расшатывания зубов прекращается, а ткани пародонта регенерируют и восстанавливают свои опорные свойства.

20. Строение слизистой оболочки полости рта.

Ответ: Слизистая оболочка рта состоит из 3 слоев: эпителиального, собственной пластинки слизистой оболочки и подслизистой основы. На всем протяжении слизистая оболочка рта выстлана многослойным плоским эпителием. Самый глубокий слой — базальный. Он состоит из цилиндрических или кубических клеток.

21. Травматические поражения слизистой оболочки рта.

Ответ: Травматические поражения СОПР в результате действия разных факторов (механических, физических, химических) возникают в том случае, если интенсивность их влияния превышает физиологический запас прочности слизистой оболочки (СО).

22. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Вирусные заболевания.

Что такое вирусная инфекция полости рта?

Ответ: Вирусное заболевание полости рта – инфекционный тип патологии, поражающий ткани полости рта. Вирусные заболевания могут возникать либо в результате разрушения клеток, либо в результате иммунной реакции на вирусные белки.

23. Инфекционные заболевания слизистой оболочки рта. Бактериальные инфекции.

Ответ: Бактериальные и вирусные инфекции языка и рта относительно распространены, и в большинстве случаев их можно вылечить при правильной диагностике и лечении. Некоторые инфекции, которые могут поражать рот и язык, включают: Камни миндалин. Также известные как тонзиллиты, это бактериальные инфекции, которые поражают ваши миндалины.

24. Аллергические заболевания слизистой оболочки рта. Приведите примеры.

Ответ: многоформная экссудативная эритема; синдром Стивенса-Джонсона; • болезнь Лайела; • хронический рецидивирующий афтозный стоматит; • синдром Бехчета; • синдром Шегрена.

25. Изменения слизистой оболочки рта при дерматозах. Примеры.

Ответ: Пузырчатка.

Красный плоский лишай.

Системная красная волчанка.

26. Заболевания губ.

Ответ: Хейлит – это изолированный воспалительный процесс в области слизистой оболочки, кожи и красной каймы губ. Внешне выглядит как отек с покраснением и

шелушением тканей. Может быть самостоятельным заболеванием или симптоматическим проявлением других патологий. Рано или поздно с ним сталкивается почти каждый человек, однако в молодом возрасте болезнь протекает заметно легче, реже рецидивирует и не имеет осложнений. У пожилых людей за счет ослабления иммунной системы периодические рецидивы хейлита могут стать причиной злокачественного перерождения тканей.

27. Состояние органов полости рта у людей пожилого возраста

Ответ: Слизистая оболочка полости рта и десен становится менее эластичной, тонкой и легко ранимой, а процессы заживления протекают гораздо медленнее. Сухость в полости рта. Уменьшение слюноотделения, как результат сухость слизистой оболочки полости рта – обычная проблема пожилых людей.

28. Неотложные состояния в амбулаторной стоматологической практике.

Ответ: Виды неотложных состояний:

1. Обморок.
2. Коллапс.
3. Аллергические реакции
4. Анафилактический шок.
5. Гипертонический криз.
6. Ишемия миокарда.
7. Аритмия.
8. Астматический статус.
9. Судорожные состояния.
10. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома.
11. Острая дыхательная недостаточность.

29. Уровни экспертизы качества медицинской помощи.

Ответ: Как контролируют качество медпомощи на разных уровнях

- 1 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заведующим ...
- 2 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи заместителем главного врача ...
- 3 уровень: внутренний контроль качества медицинской помощи врачебной комиссией

30. Принцип добровольного информированного согласия в стоматологии.

Ответ: Информированное добровольное согласие – письменное или устное уведомление пациента, соответствующее праву личности на получение информации о медицинском вмешательстве, в которой указываются цели, методы оказания медицинской помощи, риски и возможные негативные результаты лечения.

31. Основные источники финансирования здравоохранения в России.

Ответ: Основными источниками финансирования здравоохранения являются федеральный бюджет, бюджеты субъектов РФ, местные бюджеты и средства ОМС. Дополнительными источниками выступают добровольное медицинское страхование и платные услуги, однако их доля в структуре финансирования здравоохранения незначительна.

32. Понятие, виды и свойства медицинских услуг.

Ответ: В Федеральном законе «Об охране здоровья граждан», медицинские услуги – это комплекс специальных вмешательств, проводимых медицинскими специалистами для лечения пациента, диагностики у него заболеваний, а также в профилактических и реабилитационных целях.

33. Ценообразование в здравоохранении.

Ответ: Система ценообразования в здравоохранении базируется на экономически обоснованной калькуляции цен на медицинские услуги. Ценообразование – это определение уровня цен и возможных вариантов их изменения в зависимости от целей и задач в краткосрочном плане и в перспективе с учётом фактора спроса и предложения.

34. Условия допуска к трудовой деятельности в стоматологии.

Ответ: В соответствии со ст. 54 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан «право на занятие медицинской и фармацевтической деятельностью в РФ имеют лица, получившие высшее или среднее медицинское и фармацевтическое образование в РФ, имеющие диплом и специальное звание, а также сертификат специалиста и лицензию на осуществление медицинской или фармацевтической деятельности».

35. Основные характеристики качества медицинской помощи.

Ответ: Специалисты отмечают дополнительно такие характеристики качества медицинской помощи, как:

- профессиональные компетенции;
- доступность;
- безопасность;
- непрерывность;
- эффективность;
- межличностные отношения;
- удобство;
- соответствие ожиданиям пациентов.

36. Виды и характеристика медицинских услуг.

Ответ: По функционалу медицинской услуги их подразделяют на лечебно-диагностические, реабилитационные, профилактические, транспортные, санитарно-гигиенические. Также выделяют такие виды, как простые, сложные и комплексные услуги.

37. Автоматизированное рабочее место врача-стоматолога.

Ответ: Автоматизированное рабочее место (АРМ) – это совокупность программных продуктов и технических средств, обеспечивающих автоматизацию рабочих процессов врача. Программное обеспечение UNIVERSE-Медицина позволяет сотрудникам легко осуществлять доступ к электронной картотеке пациентов с историей болезни и лечения.

38. Виды юридической ответственности медицинских работников в стоматологии.

Ответ: Различают несколько видов юридической ответственности медицинских работников: уголовную, административную, дисциплинарную (в том числе - материальную) и гражданско-правовую.

39. Ведомственная экспертиза качества медицинской помощи в стоматологии.

Ответ: Экспертизу проводят по поручению фондов ОМС и страховых медицинских организаций эксперты КМП, включенные в территориальный реестр экспертов КМП. Ведомственная экспертиза КМП проводится штатными и внештатными экспертами-специалистами органов управления здравоохранением и подведомственных медицинских организаций.

40. Перечислите формы иммунитета организма

Ответ:

- Гуморальный иммунный ответ (В–лимфоцит);
- Клеточный иммунный ответ (Т–лимфоцит);
- Иммунологическая память (Т– и В–лимфоциты);
- Иммунологическая толерантность.

41. Классификация воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области.

Ответ: Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области:

- гаймориты (воспаление околоносовых пазух);
- лимфадениты (воспаление лимфатических узлов);
- остеомиелиты (воспаление костной ткани челюстей и других костей лица);
- корневые гранулемы и кисты (воспаление в области верхушек корней зубов).

42. Понятие о ретенции и дистопии зубов.

Ответ: Хирургическое лечение дистопированных зубов – это только лечение (удаление) в условиях стационара с предварительной предоперационной подготовкой пациента. Ретенция – затрудненное прорезывание зуба. Ретинированным может быть любой зуб. Наиболее часто затрудненное прорезывание встречается у нижних зубов «мудрости».

43. Перикоронит: причины развития.

Ответ: Перикоронит, или перикоронит, — это воспалительное заболевание, которое распространяется на ткани вокруг прорезывающегося зуба. Механизм развития воспаления состоит в том, что зуб при прорезывании преодолевает массу препятствий: костную ткань, надкостницу, мягкие ткани. При трудном и длительном прорезывании над зубом формируется своеобразный капюшон, под который попадают болезнетворные бактерии и остатки пищи. В результате развивается воспалительный процесс.

44. Одонтогенный остеомиелит челюстей

Ответ: Одонтогенный остеомиелит челюстей — это инфекционный гнойно-некротический воспалительный процесс, развивающийся в костной ткани под влиянием различных агрессивных факторов на фоне предварительной сенсибилизации организма и нейрогуморальных сдвигов, предшествующих началу развития заболевания.

45. Показания к удалению зубов и сберегательным хирургическим операциям.

Ответ: Показанием к удалению является безуспешное перелечивание каналов ранее неоднократно леченых зубов. Неправильное положение зубов мудрости и патологические процессы в них, запущенное выраженное кариозное разрушение зуба, который невозможно вылечить также являются показаниями для удаления.

46. Одонтогенный периостит челюстей: этиология, патогенез, клиническая картина,

Ответ: Одонтогенный периостит наиболее частое заболевание. Острый одонтогенный периостит относится к гнойному виду заболевания, характеризуется инфицированием надкостницы альвеолярного отростка с локализацией первичного очага воспаления в тканях пародонта. Наиболее часто гнойный периостит возникает в области нижней челюсти.

47. Классификация осложненных форм ретенции нижних третьих моляров, клиника, диагностика, принципы лечения.

Ответ: Прорезывание зубов является результатом взаимодействия активности ростковой зоны корня зуба и перестройки окружающей костной ткани. При нарушении взаимодействия этих факторов нарушается положение зуба, возникает дистопия. Один из вариантов дистопии - ретенция, наиболее часто встречается у нижних третьих моляров (НТМ).

Ретенция зуба - задержка прорезывания зуба относительно среднего срока прорезывания.

Различают следующие виды ретенции:

1. По отношению к полости рта:

частичная;

полная.

2. По отношению к костной ткани:

клиническая;

анатомическая.

48. Показания к удалению ретинированных и дистопированных зубов, комплексное лечение.

Ответ: Удаление ретинированного и дистопированного зуба мудрости – это сложная процедура, так как корни можно удалить только хирургическим вмешательством. На первом этапе стоматолог проводит детальный осмотр челюсти, определяя точное расположение корней и степень патологии. Деформация зуба мудрости называется ретенцией, которая может принимать различные формы:

Обычная форма. В этом случае прорезывание зуба связано с определенными трудностями и может сопровождаться воспалительным процессом.

Полная ретенция. Если коронка полностью скрыта десенной тканью, удаление осуществляется в срочном порядке, так как зуб начинает расти неправильно и нарушает положение роста соседних зубов.

Частичная ретенция. В том случае, когда коронка скрыта лишь частично, процесс извлечения становится проще, но корни обычно разрезаются на несколько частей для полного удаления.

Процедура удаления ретинированного и дистопированного зуба мудрости осуществляется под анестезией, так как стоматологам предстоит разрезать десны и извлекать коронку по частям. При этом процесс извлечения может проводиться в несколько этапов, и иногда требуется несколько отдельных операций для полного удаления зуба.

49. Понятие о репаративном остеогенезе.

Ответ: Репаративный остеогенез – это многокомпонентный процесс, основными этапами которого являются дифференцировка клеток, пролиферация, резорбция погибшей ткани и образование кости с ее ремоделированием, формирование органического внеклеточного матрикса и его минерализация.

50. Понятие о антибиотикорезистентности возбудителей

Ответ: Устойчивость к противомикробным препаратам возникает, когда микробы развивают механизмы, которые защищают их от воздействия противомикробных препаратов. Антибиотикорезистентность (от антибиотик и резистентность) — это частный случай устойчивости к противомикробным препаратам, когда бактерии становятся устойчивыми к антибиотикам. Устойчивые микробы труднее лечить, требуются более высокие дозы или альтернативные лекарства, которые могут оказаться более токсичными. Эти подходы также могут быть более дорогими.

51 Рентгенологическая диагностика в стоматологии.

Ответ: Рентгеновское исследование основано на свойстве рентгеновских лучей, открытых В. Рентгеном в 1896 г., в неодинаковой степени проникать через различные среды (ткани) человеческого тела, что позволяет на специальном экране, рентгеновской пленке или кинескопе электронно-оптического преобразователя (ЭОП) визуализировать дифференцированные изображения анатомических структур. Оно может быть выполнено как без специальной подготовки исследуемого (рутинные методики) – обзорная рентгеноскопия, флюорография, рентгенография костей, так и после искусственного введения в тот или иной орган или систему органов контрастных препаратов. Специальные методики рентгеновских контрастных исследований, применяемых в хирургической практике позволяют обследовать различные органы и системы человека.

Для контрастирования органов и систем человека могут быть использованы разные контрастные средства, которые делят на позитивные и негативные.

Негативные контрастные средства (воздух, кислород, углекислый газ, закись азота) ослабляют рентгеновские лучи меньше, чем мягкие ткани тела, поскольку газ содержит, по сравнению с мягкими тканями пациента, значительно меньшее число ослабляющих излучение атомов на единицу объема.

Позитивные контрастные средства и мягкие ткани содержат близкое число атомов на единицу объема. Они могут быть либо растворимы в воде, что в клинической практике реализуется в виде водных растворов органических соединений с йодом, либо в виде густых масс – барий, либо в виде таблеток или порошков (препараты иопаноиновой кислоты). Существует два способа введения контрастных средств в органы человеческого тела. Это определяется функцией, которую выполняет орган, и наличием сообщения

полости органа с окружающей средой или полостью другого органа, который имеет сообщение с окружающей средой.

Так, для контрастирования полости желудка густая масса бария вводится per os обычным проглатыванием его исследуемым. Для контрастирования толстого кишечника (ирригоскопии) бариевая масса вводится в просвет кишечника через анальное отверстие с помощью специального устройства – аппарата Боброва. Таким же способом в просвет толстого кишечника вводится и воздух.

Большинство методик рентгеноконтрастных исследований основано на использовании водорастворимых контрастных препаратов, которые в виде стерильных растворов вводят в полость органа через естественный ход, которым орган сообщается с окружающей средой (контрастирование полости мочевого пузыря, чашечно-лоханочной системы почек, бронхиального дерева) или с просветом кишечника (контрастирование желчного и панкреатического протоков – ретроградная холангио-панкреатикография), а также путем пункции тканей, окружающих орган (контрастирование полости сустава, кровеносных сосудов, введение контрастных растворов в просвет внутрипеченочных желчных протоков и желчного пузыря – чрескожная чреспеченочная холангиография и чрескожная холецистография).

Контрастировать внепеченочные желчные протоки и мочевыводящие пути удастся путем введения контрастного раствора в кровеносные сосуды и за счет выделения его через желчевыводящую и мочевыводящую системы получить контрастирование органов желче- и мочевыведения (внутривенная холангиография и внутривенная урография).

Большое диагностическое значение имеют методики рентгеноконтрастных исследований магистральных сосудов – ангиографии. При этом могут преследоваться две цели – исследование магистрального сосуда для определения его проходимости (аортография, портография, ангиография конечностей), а также исследование кровеносных сосудов внутренних органов для выявления степени нарушения кровотока в орган (целиакография, коронарография). Введение контрастных растворов в свищевые ходы (фистулография) дает возможность при рентгенографии получить информацию о свищевом ходе – его форме, протяженности и направлении его хода. Для этого лучше использовать масляные контрастные препараты.

В клинической практике для решения вопроса о возможности проникновения раневого канала в брюшную полость или в забрюшинное пространство при повреждении брюшной стенки широко применяется вальвернография – рентгенография брюшной полости или забрюшинного пространства после введения в раневой канал контрастного раствора.

Выбор методик рентгеновских исследований органов и систем органов определяется характером предполагаемого патологического процесса, его локализацией и наличием соответствующих условий для их выполнения.

Для проведения рентгеновских исследований применяются различные рентгеновские аппараты, снабженные специальными регистрирующими устройствами – электронно-оптическим преобразователем, видео- и киноприставками. Использование

регистрирующих устройств во многом облегчает возможность установления диагноза заболевания.

52. Компьютерная диагностика в стоматологии.

Ответ. Значительным достижением в радиологии явилось изобретение Годфри Хаунафильдом в начале 70-х годов текущего столетия компьютерной томографии (КТ), которая была воспринята многими радиологами как самое крупное достижение после открытия рентгеновских лучей. Это позволило выделить КТ в особый метод исследования.

Первые компьютерные томографы (1972 г.) сначала были сконструированы для обследования головного мозга. Однако вскоре появились сканеры, позволяющие обследовать любую область человеческого тела. В настоящее время роль КТ в диагностике патологического процесса различной локализации огромна.

Метод компьютерного томографического исследования основан на реконструкции изображения поперечного среза тела на дисплее (мониторе) с помощью ЭВМ. Срез строится на основе большого числа аксиальных проекций, где каждая ткань имеет свою плотность в зависимости от ее способности поглощать рентгеновские лучи. Поперечный срез является топографо-анатомическим образованием и позволяет четко определить форму, размеры, структуру и взаиморасположение внутренних органов.

КТ широко применяется для выявления патологических процессов в головном мозге, а также оказался результативным в распознавании заболеваний органов брюшной полости для выявления объемных образований печени, желчного пузыря, а также органов забрюшинного пространства (поджелудочной железы и почек) и малого таза.

Проекционное изображение на первых этапах применения КТ получали перемещением стола для обследования с находящимся на нем пациентом через пучок лучей без вращения трубки или детекторов. Недавно появившаяся новая концепция сканирования, названная спиральной КТ, значительно увеличила эффективность обследования и ускорила исследование выбранной анатомической области. В процессе исследования стол постоянно движется в линейном направлении. При этом одновременно происходит вращение рентгеновской трубки и массива детекторов вокруг исследуемого. Результатом этого является спиралевидное движение веерообразного луча через тело пациента, что дает возможность просканировать большую анатомическую область за один период задержки дыхания пациентом.

Использование при КТ контрастных средств, которые при внутрисосудистом введении избирательно поступают в соответствующие органы (органы желчевыводящей системы, системы мочевого выведения), а также контрастируют сосуды внутренних органов (печени, поджелудочной железы, почек, головного мозга и пр.), позволяет значительно повысить эффективность диагностики при этом методе исследования.

53. Магнито-резонансная томография в стоматологии

Ответ. Магнитно-резонансная томография (МРТ) – самый молодой из специальных методов исследования. В основе его лежит тот факт, что ядра водорода, находящиеся в тканях тела человека и именуемые в литературе протонами, являются очень маленькими

магнитными диполями с северным и южным полюсами. Когда пациента помещают внутрь сильного магнитного поля МР-томографа, все маленькие протонные магниты тела разворачиваются в направлении внешнего поля подобно компасной стрелке, ориентирующейся на магнитное поле Земли. Помимо этого магнитные оси каждого протона начинают вращаться вокруг направления внешнего магнитного поля. Это специфическое вращательное движение называют процессией, а его частоту – резонансной частотой или частотой Лармара (по имени французского физика Лармара).

В результате движения протонных магнитных тел в тканях пациента создается суммарный магнитный момент, ткани намагничиваются и их магнетизм ориентируется точно параллельно внешнему магнитному полю. Магнитный момент достаточно велик для того, чтобы индуцировать электрический ток в расположенной вне пациента принимающей катушке. Эти индуцированные «МР-сигналы» используются для получения МР-изображения.

Магнитно-резонансные томографы могут создать изображения сечения любой части тела.

Основными компонентами МР-томографа являются: сильный магнит, радиопередатчик, приемная радиочастотная катушка и компьютер. Внутренняя часть магнита часто сделана в форме туннеля, достаточно большого для размещения внутри его взрослого человека. Большинство магнитов имеют магнитное поле, ориентированное параллельно длинной оси тела пациента. МРТ, как и КТ обеспечивает хорошую визуализацию патологического процесса в любом органе, расположенном в полости человеческого тела – головном мозге, органах брюшной полости и забрюшинного пространства, а также в костях. Однако ввиду того, что эти методы исследования относятся к группе дорогостоящих и достаточно сложных, они чаще используются в нейрорадиологии (исследование тканей головного мозга) и для выявления патологических процессов в позвоночнике. При этом МРТ значительно превосходит по диагностической ценности КТ и является морфологическим методом.

54. Методы биопсии в стоматологии

Ответ. Биопсия (от греч. *bios* – жизнь и *ops, opsia* – глаз, зрение) – прижизненное взятие тканей различных органов для микроскопического исследования с целью выявления патологического процесса.

Практическая ценность биопсии огромна, так как она позволяет с большой точностью диагностировать морфологию патологического процесса на любой стадии его развития, что имеет особенно большое значение при опухолевых заболеваниях.

В хирургии существует правило – всякая ткань или орган, удаленные из организма человека должны подвергнуться микроскопическому исследованию. Благодаря этому удается выявить патологический процесс (особенно злокачественный) в органах, которые внешне не казались пораженными этим процессом.

Биопсия позволяет говорить о радикальности произведенных хирургических вмешательств, когда на периферии от опухолевого процесса опухолевых клеток не обнаруживают (опухоль удалена в пределах здоровых тканей). За последние годы в связи с успешным развитием хирургии почти не осталось органов и тканей, не доступных для биопсии.

В клинической практике применяют аспирационную и операционную биопсии.

Аспирационная биопсия основана на микроскопическом исследовании жидкостей, полученных из полостей органов (bronхи, желудок, мочевого пузыря и т.д.) и тканей (абсцессы, кисты).

Операционная биопсия выполняется с помощью оперативных вмешательств – удаление органа, иссечение (эксцизии) части ткани органа и путем пункции ткани органа. Пункционная биопсия выполняется с помощью иглы с большим внутренним диаметром (типа иглы Дюфо), насаженной на шприц с хорошо притертым поршнем. После прокола ткани в шприце создают отрицательное давление и столбик ткани, оказавшийся в просвете иглы, отрывается от основной массы ткани органа. Этот столбик ткани и подвергается микроскопическому исследованию. К эксцизионной биопсии следует относить такие способы получения биопсийного материала, при которых производят иссечение части ткани органа с помощью скальпеля или отсечения (откусывания ее с помощью специальных щипцов). Последний способ применяется при проведении эндоскопического исследования, когда патологический процесс обнаруживают в полости органа или в полости тела.

Как было указано выше, каждый удаленный из организма орган должен быть подвергнут микроскопическому исследованию как для подтверждения предполагаемого диагноза, так и для возможного обнаружения скрыто протекающего патологического процесса.

Все операционные биопсии должны выполняться с соблюдением строгой асептики и с применением мероприятий, предупреждающих развитие осложнений, главным из которых является кровотечение.

Особенно большое значение метод биопсии имеет в хирургии опухолей. Обнаружение в ткани органа клеток злокачественной опухоли заставляет хирурга установить стадию опухолевого процесса для выбора способа лечения больного – радикального хирургического вмешательства или консервативной химио- или лучевой терапии, которые проводят соответственно клеточному составу опухоли.

Учитывая большое диагностическое значение биопсии в хирургии опухолей и то, что от данных микроскопического исследования ткани зависит характер лечения больного, необходима высокая квалификация патоморфолога. В противном случае могут быть получены как ложно положительные, так и ложно отрицательные заключения. В заключении следует сказать, что знание основных методов исследования органов и систем человека, их возможностей для выявления патологических процессов в каждом органе, позволит хирургу целенаправленно использовать тот метод исследования, который в каждом конкретном случае будет наиболее информативным, что обеспечит своевременность установления диагноза и его точность.

55. Ультразвуковое исследование в стоматологии

Ответ. В 1880 году братья Кюри открыли пьезоэлектрический эффект – переход электрической энергии в ультразвук и обратно, а в 1928 году русский физик С.Я. Соколов на базе промышленного дефектоскопа разработал метод ультразвукового исследования (УЗИ).

Ультразвуковое исследование основано на фиксации на специальном регистрирующем устройстве отраженных от изучаемого объекта ультразвуковых колебаний, созданных и направленных на этот объект высокочастотным генератором – датчиком. В качестве регистрирующего устройства используется электронно-лучевая трубка. Сигналы на трубке возникают тогда, когда ультразвуковые волны попадают на границу, разделяющую две среды с различной акустической плотностью.

Ультразвук используют в радиологии для решения двух основных задач: формирования секционных изображений и измерения скорости тока крови. Методику ультразвуковой визуализации называют доплеровской сонографией или доплеровской флуометрией) *ультрасонографией*, а технологию измерения скорости потока крови

называют *доплерографией* (доплеровской сонографией или доплеровской флуометрией). Ультрасонография (УС) - один из наиболее широко распространенных в лучевой диагностике метод исследования. Она осуществляется путем пропускания через тело пациента узконаправленного ультразвукового луча от датчика. Ультразвук отражается от различных тканей и возвращается в виде эха, которое создает основу для формирования секционного ультразвукового изображения.

Доплерография основана на общем физическом явлении, согласно которому частота восприятия звука, издаваемого движущимся объектом, изменяется при ее восприятии неподвижным приемником. Это – проявление *доплеровского эффекта*.

При доплеровском исследовании кровеносных сосудов через тело пропускается генерируемый доплеровским датчиком направленный ультразвуковой луч. При пересечении им сосуда или сердечной камеры небольшая часть ультразвуковых волн отражается от эритроцитов крови.

Современные ультразвуковые установки, так называемые дуплексные сканеры, позволяют выполнить ультрасонографию в режиме реального времени благодаря сложному движению излучателя волн – поступательному и колебательному, а также импульсную доплеровскую сонографию. Дальнейшее развитие дуплексного сканирования – цветная визуализация кровотока. При этом цвета накладываются на изображение, полученное в масштабе реального времени, показывая наличие перемещающейся крови. Неподвижные ткани показываются оттенками серой шкалы, а сосуды – цветной (оттенками голубого, красного, желтого, зеленого цвета).

УЗИ широко применяется в клинической практике для выявления патологических процессов в полости черепа (смещение срединных структур головного мозга – М-ЭХО), в печени, желчном пузыре и желчных протоках, в поджелудочной железе, почках, щитовидной и молочной железе, в мочевом пузыре, предстательной железе, матке и ее придатках. С помощью доплеровской сонографии удастся обнаружить участки окклюзии в сосудах конечностей и в брюшной аорте. Противопоказаний к применению этого метода исследования практически не существует.

При ультразвуковом исследовании оказывается возможным:

- определить положение органа в брюшной полости и забрюшинном пространстве, установить его
- размеры и конфигурацию;
- выявить плотность патологического очага в органе и плотность ткани самого органа;
- обнаружить смещение хода магистрального кровеносного сосуда и определить место сужения его просвета;
- установить наличие скопления жидкости в брюшной полости, в мягких тканях;
- произвести пункцию полостного образования с последующей аспирацией его содержимого и дренирования полости;
- выполнить пункцию опухолевого образования для микроскопического исследования его тканей.

Поскольку УЗИ является достаточно безопасным методом исследования, широкое внедрение его в практику работы поликлинической службы позволило значительно улучшить диагностику многих хирургических заболеваний на догоспитальном этапе.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
<p>Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.</p>	<p>Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке</p>	<p>Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.</p>

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

	ошибки в содержании ответа		
--	-------------------------------	--	--

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует