

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

Стоматологический факультет

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине **КЛИНИЧЕСКАЯ
СТОМАТОЛОГИЯ**

Специальность (Стоматология) 31.05.03

Ростов-на-Дону

2023г.

**Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)
Общепрофессиональных : 5,6,8,9,11
профессиональных 5,6,8,**

ОПК-5. Способен проводить обследование пациента с целью установления диагноза при решении профессиональных задач

ОПК-6. Способен назначать, осуществлять контроль эффективности и безопасности немедикаментозного и медикаментозного лечения при решении профессиональных задач

ОПК-8. Способен использовать основные физико-химические, математические и естественно-научные понятия и методы при решении профессиональных задач

ОПК-9. Способен оценивать морфофункциональные состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

ОПК-11. Способен реализовывать принципы менеджмента качества в профессиональной деятельности

ПК-5. Способен к проведению медицинских экспертиз в отношении детей и взрослых со стоматологическими заболеваниями

ПК-6. Способен к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины, к участию в проведении научных исследований, к внедрению новых методов и методик, направленных на охрану здоровья населения

ПК-8. Способен к ведению санитарно-гигиенического просвещения среди населения, обучению пациентов и медицинских работников с целью предупреждения возникновения (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития

1. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Собеседование

Практическое занятие № 1

«Клинические аспекты неотложных состояний в стоматологии».

Перечень учебных вопросов:

1. Перечислить группы витаминов, используемых в клинической стоматологии.
2. Показания к применению витаминов, используемых в клинической стоматологии.
3. Перечислить группы антибиотиков, используемых в клинической стоматологии.
4. Перечислить основные группы анальгетиков, используемых в клинической стоматологии.
5. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях органов кроветворения (нарушение свертываемости крови).
6. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях обмена веществ (сахарный диабет).
7. Оказание стоматологической помощи пациентам состояния после лучевой терапии.
8. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: алгоритм проведения экстренной диагностики.
9. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: анафилактический шок. Клиника, диагностика, лечение.
10. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при анафилактическом шоке.
11. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при развитии асфиксий, виды асфиксий.

12. Терапевтический алгоритмы при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе стенокардии.
13. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе бронхиальной астмы,
14. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при гипертоническом криз.
15. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при судорожном приступе.
16. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при передозировка местного анестетика.
17. Схема вызова бригады «скорой помощи».

Практическое занятие № 2

«Клинические аспекты обследования стоматологического пациента» Клинические аспекты кариеса зубов»

Перечень учебных вопросов:

1. Принципы клинического обследования стоматологического пациента.
2. Понятие «Общего анамнеза».
3. Понятие «Анамнез заболевания».
4. Описать порядок проведения обследования: осмотр, пальпация.
5. Описать порядок проведения методов функциональной диагностики.
6. Внеротовое обследование: порядок проведения обследования.
7. Внутриротовое обследование: порядок проведения обследования.

Практическое занятие № 3

«Клинические аспекты обследования стоматологического пациента» Клинические аспекты кариеса зубов тема 2»

Перечень учебных вопросов:

1. Индекс Распространенности кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
2. Индекс Интенсивность кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
3. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной. Методика проведения, Интерпретация.
4. Индекс эффективности гигиены. Методика проведения, Интерпретация.
5. Описать методику комплексного фторирования при кариесе зубов.
6. Описать методику местного фторирования при кариесе зубов.
7. Дайте характеристику фторсодержащим препаратам, используемых в клинической стоматологии.
8. Герметизация фиссур: перечислить показания, материалы, описать методику
9. Описать современные методики и принципы препарирования кариозных полостей.
10. В чем заключается адгезивная техника пломбирования.
11. Техника пломбирования современными композитными материалами.
12. Техника пломбирования с использованием современных стеклоиономерных цементов.

Письменный контроль

Практическое занятие № 4

«Рубежный контроль знаний»

1. Перечислить группы витаминов, используемых в клинической стоматологии.
2. Показания к применению витаминов, используемых в клинической стоматологии.
3. Перечислить группы антибиотиков, используемых в клинической стоматологии.
4. Перечислить основные группы анальгетиков, используемых в клинической стоматологии.

5. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях органов кроветворения (нарушение свертываемости крови).
6. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях обмена веществ (сахарный диабет).
7. Оказание стоматологической помощи пациентам состояния после лучевой терапии.
8. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: алгоритм проведения экстренной диагностики.
9. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: анафилактический шок. Клиника, диагностика, лечение.
10. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при анафилактическом шоке.
11. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при развитии асфиксий, виды асфиксий.
12. Терапевтический алгоритмы при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе стенокардии.
13. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе бронхиальной астмы,
14. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при гипертоническом криз.
15. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при судорожном приступе.
16. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при передозировка местного анестетика.
17. Схема вызова бригады «скорой помощи».
18. Принципы клинического обследования стоматологического пациента.
19. Понятие «Общего анамнеза».
20. Понятие «Анамнез заболевания».
21. Описать порядок проведения обследования: осмотр, пальпация.
22. Описать порядок проведения методов функциональной диагностики.
23. Внеротовое обследование: порядок проведения обследования.
24. Внутриротовое обследование: порядок проведения обследования.
25. Индекс Распространенности кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
26. Индекс Интенсивность кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
27. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной. Методика проведения, Интерпретация.
28. Индекс эффективности гигиены. Методика проведения, Интерпретация.
29. Описать методику комплексного фторирования при кариесе зубов.
30. Описать методику местного фторирования при кариесе зубов.
31. Дайте характеристику фторсодержащим препаратам, используемых в клинической стоматологии.
32. Герметизация фиссур: перечислить показания, материалы, описать методику
33. Описать современные методики и принципы препарирования кариозных полостей.
34. В чем заключается адгезивная техника пломбирования.
35. Техника пломбирования современными композитными материалами.
36. Техника пломбирования с использованием современных стеклоиномерных цементав.

Собеседование

Практическое занятие № 1 «Клинические аспекты заболеваний эндодонта и пародонта»

Перечень учебных вопросов:

1. Перечислите основные симптомы заболеваний эндодонта.
2. Перечислите и опишите методы клинической диагностики при заболеваниях эндодонта.

3. Антисептическая обработка корневых каналов: цель, методика проведения.
4. Цель и принципы проведения обработки корневых каналов.
5. Перечислить ошибки при обработке корневых каналов.
6. Методика проведения витальной ампутации. Показания.
7. Методика проведения девитальной ампутации. Показания.
8. Методика проведения девитальной экстирпации. Показания.
9. Перечислить ошибки при пломбировании корневого канала.
 Диагностика фуракационных изменений тканей пародонта, методика проведения.
10. Рентгенологическая диагностика тканей пародонта: показания, задачи, методики.
11. Бактериологическая диагностика заболеваний пародонта: задачи, методики.
12. Опишите современные принципы лечения воспалительных заболеваний пародонта.
13. Показания к проведению гингивэктомии.
14. Противопоказания к проведению гингивэктомии.
15. Показания к проведению гингивопластике.
16. Противопоказания к проведению гингивопластике.

Практическое занятие № 2 «Клинические аспекты дефектов зубных рядов» «Клинические аспекты диспансеризации беременных женщин»

Перечень учебных вопросов:

1. Классификация Кеннеди разновидностей дефектов зубных рядов.
2. Определение понятия модель челюсти.
3. Определение понятие протезное ложе.
4. Характеристика сагиттальной плоскости.
5. Характеристика окклюзионной плоскости.
6. Клинические показания для ортопедического лечения зубов и зубных рядов.
7. Классификация частичной вторичной адентии.
8. Перечислить факторы, способствующие отягощению стоматологического статуса беременных женщин.
9. Описать план диспансеризации беременных женщин.
10. Основные направления стоматологической диспансеризации беременных женщин.
11. Стоматологические вмешательства при беременности: защита от воздействия ионизирующего излучения.

Практическое занятие № 3 «Клинические аспекты травматических поражений ЧЛЮ» «Клинические аспекты лечения на имплантатах»

Перечень учебных вопросов:

1. Осложнения, возникающие при сложном оперативном удалении зуба.
2. Перечислить методы клинической диагностики травматических поражений лица.
3. Порядок проведения исследований у пациентов с переломами костей лицевого черепа.
4. Принципы лечения травматических поражений ЧЛЮ.
5. Виды лечения травматических поражений ЧЛЮ.
6. Классификация черепно-лицевых переломов.
7. Переломы нижней челюсти: классификации.
8. Переломы нижней челюсти: основные симптомы.
9. Этапы проведения консервативного лечения переломов нижней челюсти.
10. Этапы проведения хирургического лечения переломов нижней челюсти.
11. Осложнения, возникающие при лечении переломов костей лицевого черепа.
12. Классификация травм височно-нижнечелюстного сустава.
13. Перелом суставного отростка нижней челюсти: классификации.
14. Перелом суставного отростка нижней челюсти: симптоматика.
15. Перелом суставного отростка нижней челюсти: диагностика.

16. Перелом суставного отростка нижней челюсти: консервативное и хирургическое лечение.
17. Показания к ортопедическому лечению на имплантатах.
18. Противопоказания к ортопедическому лечению на имплантатах.
19. Классификация систем имплантатов.
20. Описать структуру и строение имплантатов.
21. Тканевая реакция и процесс интеграции имплантата.
22. Типы костной ткани.
23. Сроки проведения операции имплантации.
24. Этапы вживления.
25. Осложнения вовремя проведения операции имплантации.
26. Осложнения возникающие после проведения операции имплантации.
27. Ведение послеоперационного периода, диспансеризация и оценка результатов лечения.

Письменный контроль

Практическое занятие № 4

Рубежный контроль знаний

1. Перечислите основные симптомы заболеваний эндодонта.
2. Перечислите и опишите методы клинической диагностики при заболеваниях эндодонта.
3. Антисептическая обработка корневых каналов: цель, методика проведения.
4. Цель и принципы проведения обработки корневых каналов.
5. Перечислить ошибки при обработке корневых каналов.
6. Методика проведения витальной ампутации. Показания.
7. Методика проведения девитальной ампутации. Показания.
8. Методика проведения девитальной экстирпации. Показания.
9. Перечислить ошибки при пломбировании корневого канала.
10. Диагностика фуркационных изменений тканей пародонта, методика проведения.
11. Рентгенологическая диагностика тканей пародонта: показания, задачи, методики.
12. Бактериологическая диагностика заболеваний пародонта: задачи, методики.
13. Опишите современные принципы лечения воспалительных заболеваний пародонта.
14. Показания к проведению гингивэктомии.
15. Противопоказания к проведению гингивэктомии.
16. Показания к проведению гингивопластике.
17. Противопоказания к проведению гингивопластике.
18. Классификация Кеннеди разновидностей дефектов зубных рядов.
19. Определение понятия модель челюсти.
20. Определение понятие протезное ложе.
21. Характеристика сагиттальной плоскости.
22. Характеристика окклюзионной плоскости.
23. Клинические показания для ортопедического лечения зубов и зубных рядов.
24. Классификация частичной вторичной адентии.
25. Перечислить факторы, способствующие отягощению стоматологического статуса беременных женщин.
26. Описать план диспансеризации беременных женщин.
27. Основные направления стоматологической диспансеризации беременных женщин.
28. Стоматологические вмешательства при беременности: защита от воздействия ионизирующего излучения.
29. Осложнения, возникающие при сложном оперативном удалении зуба.
30. Перечислить методы клинической диагностики травматических поражений лица.
31. Порядок проведения исследований у пациентов с переломами костей лицевого черепа.
32. Принципы лечения травматических поражений ЧЛЮ.

33. Виды лечения травматических поражений ЧЛЮ.
34. Классификация черепно-лицевых переломов.
35. Переломы нижней челюсти: классификации.
36. Переломы нижней челюсти: основные симптомы.
37. Этапы проведения консервативного лечения переломов нижней челюсти.
38. Этапы проведения хирургического лечения переломов нижней челюсти.
39. Осложнения, возникающие при лечении переломов костей лицевого черепа.
40. Классификация травм височно-нижнечелюстного сустава.
41. Перелом суставного отростка нижней челюсти: классификации.
42. Перелом суставного отростка нижней челюсти: симптоматика.
43. Перелом суставного отростка нижней челюсти: диагностика.
44. Перелом суставного отростка нижней челюсти: консервативное и хирургическое лечение.
45. Показания к ортопедическому лечению на имплантатах.
46. Противопоказания к ортопедическому лечению на имплантатах.
47. Классификация систем имплантатов.
48. Описать структуру и строение имплантатов.
49. Тканевая реакция и процесс интеграции имплантата.
50. Типы костной ткани.
51. Сроки проведения операции имплантации.
52. Этапы вживления.
53. Осложнения во время проведения операции имплантации.
54. Осложнения возникающие после проведения операции имплантации.
55. Ведение послеоперационного периода, диспансеризация и оценка результатов лечения.

8. Промежуточная аттестация

<i>Форма промежуточной аттестации из РПД дисциплины</i>	<i>количество примерных заданий</i>
<i>Письменный контроль</i>	<i>Все контрольные вопросы по дисциплине</i>

Перечень вопросов

«Рубежный контроль знаний»

1. Перечислить группы витаминов, используемых в клинической стоматологии.
 1. Показания к применению витаминов, используемых в клинической стоматологии.
 2. Перечислить группы антибиотиков, используемых в клинической стоматологии.
 3. Перечислить основные группы анальгетиков, используемых в клинической стоматологии.
 4. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях органов кроветворения (нарушение свертываемости крови).
 5. Оказание стоматологической помощи пациентам с сопутствующей патологией: при заболеваниях обмена веществ (сахарный диабет).
 6. Оказание стоматологической помощи пациентам состояния после лучевой терапии.
 7. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: алгоритм проведения экстренной диагностики.
 8. Неотложные состояния на стоматологическом приеме: анафилактический шок. Клиника, диагностика, лечение.
 9. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при анафилактическом шоке.
 10. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при развитии асфиксий, виды асфиксий.

11. Терапевтический алгоритмы при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе стенокардии.
12. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при приступе бронхиальной астмы,
13. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при гипертоническом кризе.
14. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при судорожном приступе.
15. Терапевтический алгоритм при неотложных состояниях на амбулаторном стоматологическом приеме при передозировка местного анестетика.
16. Схема вызова бригады «скорой помощи».
17. Принципы клинического обследования стоматологического пациента.
18. Понятие «Общего анамнеза».
19. Понятие «Анамнез заболевания».
20. Описать порядок проведения обследования: осмотр, пальпация.
21. Описать порядок проведения методов функциональной диагностики.
22. Внеротовое обследование: порядок проведения обследования.
23. Внутриротовое обследование: порядок проведения обследования.
24. Индекс Распространенности кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
25. Индекс Интенсивность кариеса зубов. Методика проведения, Интерпретация.
26. Гигиенический индекс Федорова-Володкиной. Методика проведения, Интерпретация.
27. Индекс эффективности гигиены. Методика проведения, Интерпретация.
28. Описать методику комплексного фторирования при кариесе зубов.
29. Описать методику местного фторирования при кариесе зубов.
30. Дайте характеристику фторсодержащим препаратам, используемых в клинической стоматологии.
31. Герметизация фиссур: перечислить показания, материалы, описать методику
32. Описать современные методики и принципы препарирования кариозных полостей.
33. В чем заключается адгезивная техника пломбирования.
34. Техника пломбирования современными композитными материалами.
35. Техника пломбирования с использованием современных стеклоиномерных цемента.

«Рубежный контроль знаний»

1. Перечислите основные симптомы заболеваний эндодонта.
2. Перечислите и опишите методы клинической диагностики при заболеваниях эндодонта.
3. Антисептическая обработка корневых каналов: цель, методика проведения.
4. Цель и принципы проведения обработки корневых каналов.
5. Перечислите ошибки при обработке корневых каналов.
6. Методика проведения витальной ампутации. Показания.
7. Методика проведения девитальной ампутации. Показания.
8. Методика проведения девитальной экстирпации. Показания.
9. Перечислите ошибки при пломбировании корневого канала.
10. Диагностика фуркационных изменений тканей пародонта, методика проведения.
11. Рентгенологическая диагностика тканей пародонта: показания, задачи, методики.
12. Бактериологическая диагностика заболеваний пародонта: задачи, методики.
13. Опишите современные принципы лечения воспалительных заболеваний пародонта.
14. Показания к проведению гингивэктомии.
15. Противопоказания к проведению гингивэктомии.
16. Показания к проведению гингивопластике.

17. Противопоказания к проведению гингивопластике.
18. Классификация Кеннеди разновидностей дефектов зубных рядов.
19. Определение понятия модель челюсти.
20. Определение понятие протезное ложе.
21. Характеристика сагиттальной плоскости.
22. Характеристика окклюзионной плоскости.
23. Клинические показания для ортопедического лечения зубов и зубных рядов.
24. Классификация частичной вторичной адентии.
25. Перечислить факторы, способствующие отягощению стоматологического статуса беременных женщин.
26. Описать план диспансеризации беременных женщин.
27. Основные направления стоматологической диспансеризации беременных женщин.
28. Стоматологические вмешательства при беременности: защита от воздействия ионизирующего излучения.
29. Осложнения, возникающие при сложном оперативном удалении зуба.
30. Перечислить методы клинической диагностики травматических поражений лица.
31. Порядок проведения исследований у пациентов с переломами костей лицевого черепа.
32. Принципы лечения травматических поражений ЧЛЮ.
33. Виды лечения травматических поражений ЧЛЮ.
34. Классификация черепно-лицевых переломов.
35. Переломы нижней челюсти: классификации.
36. Переломы нижней челюсти: основные симптомы.
37. Этапы проведения консервативного лечения переломов нижней челюсти.
38. Этапы проведения хирургического лечения переломов нижней челюсти.
39. Осложнения, возникающие при лечении переломов костей лицевого черепа.
40. Классификация травм височно-нижнечелюстного сустава.
41. Перелом суставного отростка нижней челюсти: классификации.
42. Перелом суставного отростка нижней челюсти: симптоматика.
43. Перелом суставного отростка нижней челюсти: диагностика.
44. Перелом суставного отростка нижней челюсти: консервативное и хирургическое лечение.
45. Показания к ортопедическому лечению на имплантатах.
46. Противопоказания к ортопедическому лечению на имплантатах.
47. Классификация систем имплантатов.
48. Описать структуру и строение имплантатов.
49. Тканевая реакция и процесс интеграции имплантата.
50. Типы костной ткани.
51. Сроки проведения операции имплантации.
52. Этапы вживления.
53. Осложнения вовремя проведения операции имплантации.
54. Осложнения возникающие после проведения операции имплантации.
55. Ведение послеоперационного периода, диспансеризация и оценка результатов лечения.

Задания закрытого типа:

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Какие лимфатические узлы составляют группу лицевых узлов:

1. околоушные
2. затылочные
3. задние шейные.

Эталон ответа: 1. околоушные

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Осмотр, перкуссия, пальпация относят к методам обследования:

1. функциональным
2. физическим
3. клиническим

Эталон ответа: 3. клиническим

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тактика стоматолога при проталкивании корня в нижнечелюстной канал:

1. извлечь корень через лунку
2. оставить корень в канале
3. извлечь корень через созданное "окно" в наружной кортикальной пластинке

Эталон ответа: 3. извлечь корень через созданное "окно" в наружной кортикальной пластинке

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тактика врача в случае вывиха нижней челюсти при неполном удалении зуба:

1. вправить вывих, не удаляя корень
2. вправить вывих, удалить корень
3. удалить корень, вправить вывих, наложить фиксирующую повязку

Эталон ответа: 3. удалить корень, вправить вывих, наложить фиксирующую повязку

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Тактика врача при отрыве бугра верхней челюсти при удалении зуба:

1. наложить шину-скобу на верхнюю челюсть
2. наложить двучелюстные шины с межчелюстным вытяжением
3. удалить бугор верхней челюсти, ушить рану

Эталон ответа: 3. удалить бугор верхней челюсти, ушить рану

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Правильный способ устранения перфорации дна верхнечелюстной пазухи:

1. сшить края лунки
2. затампонировать лунку иодоформенной марлей
3. провести пластику перфорации лоскутом с переходной складки

Эталон ответа: 3. провести пластику перфорации лоскутом с переходной складки

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Одномоментный объем оперативного вмешательства больному с гемофилией:

1. полная хирургическая санация полости рта
2. удаление одного зуба
3. удаление двух зубов

Эталон ответа: 1. полная хирургическая санация полости рта

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Где необходимо проводить операцию удаления зуба больному с гемофилией:

1. в отделении гематологии

2. в отделении общей хирургии
3. в стоматологической поликлинике

Эталон ответа: 1. в отделении гематологии

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Инструменты, которыми удобнее удалять нижние зубы «мудрости»:

1. щипцами, изогнутыми по плоскости
2. боковыми элеваторами
3. клювовидными щипцами

Эталон ответа: 1. щипцами, изогнутыми по плоскости

Гипертонический криз, болезни крови для удаления зубов являются:

1. абсолютными противопоказаниями
2. относительными противопоказаниями
3. не являются противопоказаниями

Эталон ответа: 2. относительными противопоказаниями

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При удалении каких зубов возможен перелом нижней челюсти:

1. резцов
2. премоляров
3. нижних третьих моляров

Эталон ответа: 3. нижних третьих моляров

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Для рентгенологической картины радикулярной кисты характерна деструкция:

1. в виде "тающего сахара"
2. с нечеткими границами в области образования
3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Эталон ответа: 3. с четкими контурами в области верхушек одного или нескольких зубов

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Фолликулярную кисту дифференцируют:

1. с одонтомой
2. с цементомой
3. с амелобластомой

Эталон ответа: 3. с амелобластомой

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основной метод лечения кист челюстей:

1. цистэктомия
2. химиотерапия
3. склерозирование.

Эталон ответа: 1. цистэктомия

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Фиброма - это:

1. опухоль слизистой полости рта на ножке
2. опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани
3. опухоль, состоящая из жировой ткани.

Эталон ответа: 2. опухоль, состоящая из зрелой волокнистой соединительной ткани

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Гемангиома-это:

1. опухоль, состоящая из клеток эпителия
2. опухоль, состоящая из мышечной ткани
3. опухоль, состоящая из кровеносных сосудов

Эталон ответа: 3. опухоль, состоящая из кровеносных сосудов

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Клиническая картина фиброзного эпюлиса характеризуется:

1. плотным болезненным инфильтратом в области нескольких зубов
2. рыхлым болезненным кровоточащим образованием десны
3. плотным безболезненным образованием на широком основании

Эталон ответа: 3. плотным безболезненным образованием на широком основании

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Типичный клинический признак абсцесса челюстно-язычного желобка:

1. отек и гиперемия щечных областей
2. гиперемия кожи в области нижней губы
3. отек и гиперемия тканей дна полости рта

Эталон ответа: 3. отек и гиперемия тканей дна полости рта.

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При периостите гнойный процесс локализуется:

1. под кожей
2. под мышцей
3. под надкостницей

Эталон ответа: 3. под надкостницей

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Клиническая картина острого одонтогенного остеомиелита челюсти:

1. боли в зубах, недомогание, свищевые ходы на коже
2. ознобы, повышение температуры тела до 40° С, симптом Венсана, подвижность зубов
3. острые пульсирующие боли в зубе, головные боли, положительной симптом нагрузки.

Эталон ответа: 2. ознобы, повышение температуры тела до 40° С, симптом Венсана, подвижность зубов

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Клинический признак хронического одонтогенного остеомиелита челюсти:

1. гиперемия кожных покровов
2. наличие свищевых ходов
3. повышение температуры тела.

Эталон ответа: 2. наличие свищевых ходов

Фурункул-это:

1. гнойно-некротический процесс в области волосяного фолликула
2. воспалительный процесс сальной железы
3. воспалительной процесс малой слюнной железы

Эталон ответа: 1. гнойно-некротический процесс в области волосяного фолликула

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Карбункул - это:

1. гнойно-некротический процесс в области нескольких волосяных фолликулов

2. воспалительный процесс сальной железы
3. воспалительный процесс малой слюнной железы

Эталон ответа: 1. гнойно-некротический процесс в области нескольких волосяных фолликулов

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Аденофлегмоны развиваются по причине

1. абсцедирующего фурункула
2. периапикального воспаления
3. распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

Эталон ответа: 3. распространения воспалительного процесса за пределы лимфатического узла

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Пунктат радикулярной кисты вне воспаления имеет вид:

1. лимфы
2. крови
3. прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

Эталон ответа: 3. прозрачной жидкости с кристаллами холестерина

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Основным методом лечения фиброзного эпюлиса является:

1. криодеструкция
2. химиотерапия
3. иссечение образования

Эталон ответа: 3. иссечение образования

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

Типичный клинический признак абсцесса челюстно-язычного желобка:

1. гиперемия кожи в области нижней губы
2. боль при глотании, ограничение открывания рта
3. инфильтрат мягких тканей в позадичелюстной области

Эталон ответа: 2. боль при глотании, ограничение открывания рта

Ситуационные задачи

Задание 1.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 19 лет, с жалобами на эстетический недостаток — вестибулярное положение зуба 1.3 — и с просьбой удалить данный зуб. При проведении осмотра врач констатировал следующее: у пациента дистальный прикус, все зубы интактны, отмечается скученность резцов на верхней и нижней челюстях. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

В данной клинической ситуации пациенту необходимо рекомендовать консультацию ортодонта, который при необходимости удаления какого-либо зуба по ортодонтическим показаниям должен выдать пациенту письменное заключение.

Задание 2.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы

физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации необходимо поставить диагноз обострение хронического пульпита зуба 2.8.
2. Учитывая, что зуб 2.8, пораженный хроническим пульпитом, является очагом хронической одонтогенной инфекции, а его лечение не представляется возможным из-за затрудненного доступа, а также принимая во внимание тот факт, что третьи моляры не участвуют в акте жевания, данный зуб следует удалить. С целью дообследования пациентке необходимо назначить лучевые методы исследования (прицельный дентальный рентгеновский снимок зуба 2.8, или ортопантограмму, или радиовизиографию) для уточнения числа корней, их формы и пространственного расположения по отношению к корням зуба 2.7 и нижнечелюстному каналу. Затем с учетом данных лучевых методов исследования требуется удалить зуб 2.8 под местной анестезией в условиях поликлиники.

Задание 3.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации необходимо поставить диагноз хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.4.
2. С учетом того, что имеется продольный перелом коронки и корня зуба 2.4, а также очаг хронической одонтогенной инфекции в периапикальных тканях зуба 2.4, данный зуб должен быть удален под местным обезболиванием в условиях поликлиники

Задание 4.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 56 лет, с жалобами на то, что коронка зуба 3.8, имеющего наклон в язычную сторону, постоянно травмирует язык. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел слева ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и 19 подлежащими

тканями не спаянный. При осмотре полости рта: коронка зуба 3.8 наклонена в язычную сторону (лингвоверсия). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 физиологической окраски. Перкуссия зуба 3.8 отрицательна. На боковой поверхности языка по линии смыкания зубных рядов на уровне коронки зуба 3.8 определяется эрозия слизистой оболочки ($0,7 \times 1,0$ см).

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

Учитывая, что хроническая травма слизистой оболочки языка может привести к малигнизации, зуб 3.8 следует удалить. С целью дообследования пациентке необходимо назначить лучевые методы исследования (прицельный дентальный рентгеновский снимок зуба 3.8, или ортопантограмму, или радиовизиографию зуба 3.8) для уточнения числа корней, их формы и пространственного расположения по отношению к корням зуба 3.7 и нижнечелюстному каналу. Затем с учетом данных лучевых методов исследования требуется удалить зуб 3.8 под местной анестезией в условиях поликлиники. Кроме того, пациентке с целью лечения эрозии боковой поверхности языка слева следует рекомендовать применять местно на область поражения кератопластические средства (масло облепихи, масло шиповника, масляный раствор витамина А) и назначить контрольный осмотр через 7 дней. При отсутствии положительной динамики со стороны эрозии боковой поверхности языка слева, несмотря на устранение причины (удаление зуба 3.8) и проводимое лечение, пациентке ввиду онкологической настороженности следует назначить биопсию.

Задание 5.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Д., 51 год, с жалобами на подвижность зубов 4.1, 4.2. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков гиперемирована, отечна, в том числе и в области зубов 4.1 и 4.2. Определяются обильные над- и поддесневые зубные отложения. Рецессия десны в области указанных зубов составляет $\frac{1}{2}$ длины корня. Перкуссия зубов 4.1, 4.2 отрицательна. Зубы 4.1, 4.2 патологически подвижны (III степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет $\frac{2}{3}$ зубов 4.1 и 4.2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

Принимая во внимание плохую гигиену полости рта пациента, стоматолог-хирург обязан направить пациента в кабинет профилактики для проведения профессиональной гигиены и назначения курса контролируемых профилактических мероприятий. Учитывая изложенную клиническую картину, зубы 4.1 и 4.2 следует удалить под местным обезболиванием в условиях поликлиники в плановом порядке после улучшения гигиенического состояния полости рта, что является профилактикой развития гнойно-воспалительных осложнений в послеоперационном периоде.

Задание 6.

Пациентка А., 42 года, обратилась к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.5 по ортопедическим показаниям. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Зуб 3.5 под фотополимерной пломбой, которая восстанавливает $\frac{2}{3}$ коронки. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения

двусторонней инфильтрационной анестезии приступил к удалению зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щечками. Однако в процессе удаления произошел отлом коронки зуба 3.5.

1. С помощью каких инструментов может быть продолжена операция удаления зуба 3.5?
2. Какие этапы операции удаления корня зуба 3.5 при помощи избранных врачом инструментов можно выделить в указанной клинической ситуации?
3. Каковы условия продвижения щипцов при удалении корня зуба 3.5?

Эталон ответа:

1. Операция удаления корня зуба 3.5 может быть продолжена при помощи клювовидных щипцов со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти) или при помощи прямого элеватора.
2. В указанной клинической ситуации следует выделить следующие этапы операции удаления корня зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти): наложение щипцов, их продвижение, фиксация (смыкание щечек щипцов), вывихивание корня зуба путем люксационных и ротационных движений, извлечение из лунки (тракция) корня зуба 3.5, ревизия лунки, сближение краев лунки, гемостаз. При удалении корня зуба 3.5 с помощью прямого элеватора можно выделить следующие этапы операции: введение элеватора в периодонтальную щель, вывихивание корня зуба 3.5, тракция корня при помощи клювовидных щипцов со сходящимися щечками, ревизия лунки, сближение краев лунки, гемостаз.
3. При удалении корня зуба 3.5 клювовидные щипцы со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти) следует продвинуть под десну вдоль альвеолярного отростка на глубину 0,4–0,5 см, захватывая костный край альвеолы.

Задание 7.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 27 лет, по поводу удаления зуба 4.6. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 4.6 отрицательные. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.6 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.

1. По поводу какого диагноза будет производиться операция удаления зуба 4.6?
2. Каково правильное положение стоматолога-хирурга относительно пациента при выполнении операции удаления зуба 4.6 в соответствии с данными эргономики?
3. Какими инструментами может быть выполнена операция удаления зуба 4.6 в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации следует использовать изогнутый под углом (боковой) элеватор «на себя». Инструмент вводят в лунку удаленного дистального корня зуба 3.7 и движениями по направлению к себе вывихивают медиальный корень зуба 3.7. Тракцию корня выполняют при помощи клювовидных щипцов со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти). Затем осуществляют ревизию лунки удаленного зуба, сближение ее краев и гемостаз.

Задание 8.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Р., 44 года, которому по ортопедическим показаниям необходимо удалить зуб 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические

узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.7 физиологической окраски. Коронка зуба 3.7 разрушена на 2/3. Перкуссия и зондирование зуба 3.7 безболезненны. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется разрушение бифуркации корней зуба 3.7, в области бифуркации визуализируется очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,2$ см) с четкими ровными контурами. Врач после проведения анестезии выполнил синдесмотомию, а затем клювовидными щипцами со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти) удалил дистальный корень зуба 3.7. Какой инструментарий следует использовать в данной клинической ситуации? Какова правильная последовательность удаления медиального корня зуба 3.7 при условии, что он разрушен на 1/3?

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации следует использовать изогнутый под углом (боковой) элеватор «на себя». Инструмент вводят в лунку удаленного дистального корня зуба 3.7 и движениями по направлению к себе вывихивают медиальный корень зуба 3.7. Тракцию корня выполняют при помощи клювовидных щипцов со сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти). Затем осуществляют ревизию лунки удаленного зуба, сближение ее краев и гемостаз.

Задание 9.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент П., 51 год, для удаления зуба 3.6 с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.6 физиологической окраски. Коронка зуба 3.6 сохранена, на его жевательной поверхности имеется пломба из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.6 отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) дистальный канал зуба 3.6 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Медиальный канал запломбирован на 1/2 длины, в просвете канала определяется сломленная часть эндодонтического инструмента, перфорирующая стенку канала. В периапикальных тканях в области апексов дистального и медиального корней определяется расширение периодонтальной щели. Врач, выполнив анестезию, попросил медицинскую сестру приготовить клювовидные щипцы с несходящимися щечками и шипами. Правильно ли были выбраны стоматологом-хирургом щипцы для удаления зуба 3.6? Если выбор врача был верным, обоснуйте его.

Эталон ответа:

Инструментарий для удаления зуба 3.6 стоматологом-хирургом был выбран правильно, так как щипцы для удаления первых и вторых моляров нижней челюсти характеризуются широкими несходящимися щечками с шипами. При продвижении щипцов под десну шипы должны входить в борозды между медиальными и дистальными корнями (бифуркацию) и таким образом обеспечивать более надежную фиксацию инструмента на корнях зуба.

Задание 10.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ш., 33 года, с жалобами на боли в области зуба 4.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области справа пальпируется увеличенный лимфатический узел ($0,5 \times 0,8$ см), слегка болезненный, мягкой, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.7 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.7 сохранена, на его жевательной поверхности

имеется пломба из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 4.7 болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в области апекса дистального корня зуба 4.7 определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,3$ см) с четкими ровными контурами. Врач выполнил анестезию для проведения операции удаления зуба и выбрал клювовидные щипцы с узкими несходящимися щечками без шипов. Затем, последовательно выполняя этапы операции (синдесмотомию, наложение щипцов, продвижение их и фиксацию), первое движение при вывихивании зуба 4.7 произвел в вестибулярном направлении. При этом произошла фрактура дистального корня зуба.

1. Какие ошибки были сделаны врачом при выборе инструмента для удаления зуба 4.7 и в процессе операции?

2. Какова правильная тактика врача при вывихивании зуба 4.7? Ответ поясните.

Эталон ответа:

1. Стоматологом-хирургом были допущены следующие ошибки:

1) неправильно выбраны щипцы для удаления второго моляра. Щипцы для удаления первых и вторых моляров нижней челюсти характеризуются клювовидными широкими несходящимися щечками с шипами. При продвижении щипцов под десну шипы должны входить в борозды между медиальными и дистальными корнями (бифуркацию) и таким образом обеспечивать более надежную фиксацию инструмента;

2) в процессе операции первое вывихивающее зуб движение было выполнено в вестибулярном направлении.

2. Правильная тактика при вывихивании зуба 4.7 заключается в том, что первое люксирующее движение проводится в язычном направлении, так как в области вторых и третьих моляров нижней челюсти костный массив наружной кривой усиливает прочность наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка.

Задание 11.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Т., 34 года, с жалобами на боль в области зуба 3.8, усиливающуюся при накусывании на зуб, и ограничение открывания рта в течение последних суток. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области слева пальпируется увеличенный лимфатический узел ($0,6 \times 1$ см), болезненный, мягкой, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. Открывание рта ограничено за счет воспалительной контрактуры жевательной мускулатуры. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 гиперемирована, отечна. При пальпации определяется незначительная сглаженность переходной складки в области зуба 3.8. Коронка зуба 3.8 разрушена на $\frac{2}{3}$. Перкуссия 3.8 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальной области определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,3$ см) с четкими ровными контурами. Врач после выполнения анестезии попросил медсестру приготовить для удаления зуба 3.8 щипцы, изогнутые по плоскости.

1. Правильно ли стоматолог-хирург выбрал щипцы для удаления зуба 4.8? Дайте характеристику данному инструменту.

2. Укажите составные части щипцов, изогнутых по плоскости.

3. Какие зубы нижней челюсти и в какой клинической ситуации могут быть удалены щипцами, изогнутыми по плоскости?

Эталон ответа:

1. Стоматолог-хирург правильно выбрал щипцы для удаления зуба 4.8 с частично сохраненной коронкой. С этой целью, как правило, используются щипцы, изогнутые по плоскости, именуемые плоскостными или горизонтальными. В рабочем положении ось

ручек указанных щипцов находится в горизонтальном положении, а ось щечек — в вертикальной плоскости.

2. Щипцы, изогнутые по плоскости, для удаления третьих моляров нижней челюсти состоят из следующего:

- 1) щечек с шипами, которые должны входить в борозды между медиальными и дистальными корнями (бифуркацию) и таким образом обеспечивать более надежную фиксацию инструмента;
- 2) замка;
- 3) ручек.

3. Щипцами, изогнутыми по плоскости, могут быть удалены первые и вторые моляры при развитии и наличии у пациента воспалительной контрактуры жевательной мускулатуры или других причин, вследствие которых ограничено открывание рта.

Задание 12.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ч., 48 лет, с жалобами на частично разрушившийся зуб 1.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.8 физиологической окраски. Коронка зуба 1.8 разрушена на $\frac{1}{3}$. Перкуссия зуба 1.8 отрицательная. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях зуба 1.8 определяется расширение периодонтальной щели. Врач выполнил анестезию и приступил к удалению зуба 1.8. В процессе выполнения операции верхняя челюсть пациента находилась на уровне локтевого сустава хирурга при свободно опущенной руке последнего. 23

1. Соответствует ли принципам эргономики указанное в условии задачи положение врача и пациента в процессе выполнения операции удаления зуба 1.8?

2. Какое положение врача и пациента в процессе выполнения операции удаления зуба 1.8 следует считать правильным с точки зрения эргономики?

Эталон ответа:

1. Указанное в условии задачи положение врача и пациента в процессе выполнения операции удаления зуба 1.8 не соответствует принципам эргономики. Операционное поле находится слишком низко для врача, и ему придется затрачивать дополнительные усилия, нагибаясь для того, чтобы улучшить обзор места оперативного вмешательства.

2. С точки зрения эргономики, при выполнении операции удаления зуба 1.8 следует считать правильным следующее положение врача и пациента: пациент сидит в кресле со слегка откинутой спинкой до 45° , его голова упирается в подголовник, стоматологическое кресло поднято так, что удаляемый зуб находится на уровне плечевого сустава врача.

Врач при выполнении операции располагается справа и спереди от пациента.

Задание 13.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент З., 58 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 1.3. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков физиологической окраски, в области зуба 1.3 гиперемирована, отечна. В проекции верхушки корня зуба 1.3 на слизистой оболочке визуализируется функционирующий свищ, из которого выделяется небольшое количество гнойного отделяемого. С небной стороны зуба 1.3 определяется кариозная полость, сообщающаяся с полостью зуба. Из кариозной полости истекает скудное гнойное отделяемое с неприятным запахом. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия зуба 1.3 резко положительна. Зуб 1.3 патологически подвижен (I степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) корень 1.3

конической формы, в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Врач, выполнив анестезию, приступил к операции удаления зуба 1.3. После синдесмотомии, наложения прямых щипцов с узкими сходящимися щечками, продвижения их под десну и фиксации вывихивание зуба начал в небную сторону, а затем в вестибулярную, в результате чего произошел отлом коронки 1.3.

1. Правильно ли были выбраны щипцы для удаления зуба 1.3?

2. Правильно ли осуществлялось вывихивание зуба 1.3? Какие правила необходимо соблюдать при выполнении вывихивания клыков верхней челюсти?

Эталон ответа:

1. Прямые щипцы с узкими сходящимися щечками для удаления зуба 1.3 с сохраненной коронкой, как следует из условия задачи, были выбраны неправильно. Для удаления клыков верхней челюсти с сохраненной коронкой следует использовать прямые щипцы с широкими несходящимися щечками или универсальные (штыковидные) щипцы для удаления корней и зубов на верхней челюсти. 128 2. Вывихивание зуба 1.3 выполнялось неправильно. Вывихивание клыков на верхней челюсти следует осуществлять вращательными (ротационными) движениями, так как зуб имеет один корень, чаще конической формы. При изогнутом сплюсненном корне (что определяется при помощи лучевых методов исследования) вывихивание рекомендуется осуществлять маятникообразными движениями, выполняя первое движение в вестибулярном направлении.

Задание 14.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Р., 42 года, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.5 физиологической окраски. В проекции верхушки корня визуализируется зарубцевавшийся свищ. Коронка зуба 2.5 на $\frac{1}{3}$ восстановлена при помощи фотополимерной пломбы, герметизм которой сохранен. Перкуссия зуба 2.5 отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапи- 25 кальных тканях в области апекса 2.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Врач после выполнения анестезии приступил к операции удаления зуба 2.5, выбрав для этого несходящиеся S-образные щипцы с шипом на левой (по отношению к пациенту) щеке. После синдесмотомии, наложения щипцов, продвижения их под десну и фиксации вывихивание зуба начал в небную сторону, в результате чего произошел отлом коронки зуба.

1. Какие тактические ошибки были допущены врачом при проведении операции удаления зуба 2.5?

2. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в сложившейся клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. При проведении операции удаления зуба 2.5 стоматологом хирургом были допущены следующие тактические ошибки:

1) для удаления зуба 2.5 неправильно были выбраны S-образные щипцы с несходящимися щечками и шипом на левой (по отношению к пациенту) щеке. Несходящиеся S-образные щипцы с шипом на левой (по отношению к пациенту) или на правой щеке используются для удаления первых и вторых моляров верхней челюсти. Для удаления первых и вторых премоляров верхней челюсти с сохраненной коронкой следует использовать S-образные щипцы с несходящимися закругленными щечками;

2) неверно было избрано направление первого движения при вывихивании зуба 2.5. Вывихивание первых премоляров, как правило, осуществляют люксирующими (маятникообразными) движениями. Первое движение и преимущественные усилия врача при этом всегда должны быть направлены в вестибулярную сторону.

2. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан закончить удаление зуба 2.5. Для этого необходимо выбрать универсальные (штыковидные) щипцы с узкими щечками и выполнить последовательно следующие этапы: наложение щипцов, их продвижение под десну, фиксацию, люксацию (первое движение) в вестибулярном направлении, тракцию, удаление корня зуба 1.5. Затем следует выполнить ревизию лунки удаленного зуба, убедиться в том, что отсутствует сообщение с верхнечелюстной пазухой, сблизить края лунки и обеспечить гемостаз.

Задание 15.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Ю., 41 год, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.7 физиологической окраски. Коронка зуба 2.7 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное количество размягченных тканей зуба 2.7. Его перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях дистального щечного корня зуба 2.7 определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения анестезии приступил к операции удаления зуба 2.7. Однако в процессе операции произошло осложнение — фрактура дистального щечного корня ниже уровня $\frac{1}{3}$ от верхушки корня зуба.

1. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в сложившейся клинической ситуации?

2. Укажите этапы операции сложного удаления дистального щечного корня зуба 2.7 в последовательности их выполнения.

Эталон ответа:

1. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан закончить удаление дистального щечного корня зуба 2.7. Для этого необходимо выполнить оперативное вмешательство — сложное удаление дистального щечного корня зуба 2.7. 2. Для проведения операции сложного удаления дистального щечного корня зуба 2.7 необходимо, чтобы пациентка прополаскала полость рта слабо розовым раствором перманганата калия. Затем врач пропитанным этим же раствором марлевым шариком с помощью пинцета протирает зубы пациентки и слизистую оболочку полости рта. Голову и грудь пациентки закрывают стерильной простыней, оставляя только свободный доступ к операционному полю — полости рта. Врач при необходимости, с обязательным учетом предельных разовых доз анестетика, выполняет анестезию. Медсестра подготавливает стерильный стол. На нем она располагает инструменты, необходимые для выполнения операции: зажимы для белья, шприцы с иглами, крючки Фарабефа для отведения и удерживания мягких тканей, в том числе слизисто-надкостничного лоскута, анатомические и стоматологические пинцеты, маленькие острые кюретажные ложечки Фолькмана, костные кусачки, ножницы, хирургические изогнутые и круглые иглы, шовный материал, стоматологическое зеркало, зонды, распатор, универсальные (штыковидные) щипцы, прямой элеватор, стоматологические фрезы и боры.

Подготавливают физиодиспенсер или бормашину: на рукав надевают стерильный чехол, после чего врач присоединяет стерильный прямой наконечник. Пациентку укладывают в кресло полулежа на такой высоте, чтобы операционное поле находилось на уровне плечевого сустава врача. Голова пациентки должна быть повернута в сторону хирурга. Врач при выполнении операции располагается справа и спереди от пациентки. Следует

предусмотреть достаточное освещение операционного поля. Стоматолог-хирург выполняет угловой разрез с таким расчетом, чтобы слизисто-надкостничный лоскут захватывал область соседних зубов, в данной ситуации зубов 2.8 и 2.6. Угловой разрез выполняют в два движения, рассекая ткани до кости. Затем с помощью распатора отслаивают слизисто-надкостничный лоскут по направлению к переходной складке. После отделения лоскута его удерживают крючком для разведения краев раны. В проекции дистального щечного корня зуба 2.7 удаляют кортикальную пластинку. С этой целью при помощи физиодиспенсера или бормашины (шаровидного бора) просверливают ряд отверстий, которые соединяют между собой фиссурным бором. Долотом, элеватором или зажимом Миллера удаляют отделенную часть наружной кортикальной пластинки, прикрывающую дистальный щечный корень зуба 2.7. В просвет периодонтальной щели вводят прямой элеватор и вывихивают корень. После этого выполняют его тракцию при помощи универсальных (штыковидных) щипцов. При помощи кюретажной костной ложечки Фолькмана проводят ревизию раны с удалением грануляции и костных осколков. Стоматологической фрезой сглаживают острые края раны. Инстиллируют костную рану 3%-ной перекисью водорода с целью удаления мелких осколков кости. Повторно инстиллируют рану 0,05%-ным водным раствором хлоргексидина биглюконата. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут при необходимости мобилизуют при помощи хирургических ножниц. Лоскут укладывают на прежнее место без натяжения и фиксируют отдельными узловатыми швами. Необходимо помнить о том, что при наложении швов иглу следует вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать его на неподвижной стороне раны. После наложения 3–4 швов требуется выполнить репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Для этого, надавливая кончиками пальцев, плотно адаптируют надкостницу к кости альвеолярного отростка, что способствует удалению из операционной раны излишних крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей лоскута. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы снимают их через 7–8 суток.

Задание 16.

Пациент В., 24 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на периодические ноющие боли в области нижней челюсти слева, которые беспокоят около года. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается безболезненно, в пределах физиологической нормы. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.8 физиологической окраски, коронка зуба 3.8 прорезалась на $\frac{1}{3}$ дистальным бугром. Зуб 3.8 находится в горизонтальном положении, он расположен в передней части края ветви нижней челюсти на $\frac{1}{3}$ длины зуба. Острых воспалительных явлений в полости рта на момент осмотра не констатируется. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня зуба 3.8 на границы нижнечелюстного канала.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите объем предоперационного обследования пациента.
3. Изложите тактику оперативного вмешательства в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. Диагноз в указанной клинической ситуации будет следующий: полуретенция, дистопия зуба 3.8, горизонтальное положение.
2. Оперативное вмешательство — сложное удаление зуба 3.8 — следует выполнять в плановом порядке с обязательным. Планировать указанное оперативное вмешательство следует на операционный день. Для обеспечения прохождения пациентом указанного обследования в поликлинике по месту жительства стоматолог-хирург обязан выдать ему на руки консультативное заключение с прилагаемым перечнем обследования. Кроме того, учитывая, что по данным дентальной рентгенограммы определяется наложение проекции

апекса корня 3.8 на границы нижнечелюстного канала, пациенту целесообразно назначить лучевое исследование, проводимое в двух проекциях. Для проведения операции сложного удаления зуба 3.8 необходимо, чтобы пациент прополаскал рот слабо розовым раствором перманганата калия. Затем врач пропитанным этим же раствором марлевым шариком с помощью пинцета протирает зубы пациента и слизистую оболочку полости рта. Пациента укладывают в кресло полулежа на такой высоте, чтобы операционное поле находилось на уровне локтевого сустава врача. Кресло наклоняют под углом 20° от горизонтального положения. Голова пациента должна быть немного наклонена влево. Стоматолог-хирург находится в положении между «4 и 5 часами». Следует предусмотреть достаточное освещение операционного поля. Голову и грудь пациента закрывают стерильной простыней, оставляя только свободный доступ к операционному полю — полости рта. Врач выполняет анестезию. Изогнутым скальпелем дистальнее зуба 3.7 проводят разрез длиной 1,5 см с рассечением циркулярных волокон периодонтальной связки со щечной и дистальной стороны. В медиально-щечной области второго моляра следует выполнить вертикальный разрез по направлению книзу и впереди. При пальпаторном контроле поверхности кости проводят дистальный разрез между наружной и внутренней косыми линиями в щечном направлении. Распатором скелетируют кортикальную пластинку и формируют слизисто-надкостничный лоскут, который удерживают крючком Фарабефа. Щечный и дистальный участки кости, покрывающие коронку, иссекают при помощи бормашины, фрезы, боров. Ключевым аспектом удаления горизонтально ретинированных третьих моляров является секционирование коронки. При этом предпочтительно использовать турбинный наконечник, которым аккуратно выполняют распил в области шейки зуба в щечно-язычном направлении с обязательным соблюдением следующих правил:

- 1) бор следует наклонять в дистальном направлении. Если указанное условие не выполняется, то могут возникнуть значительные затруднения при удалении секционированной части коронки, несмотря на подвижность последней;
- 2) бор нельзя наклонять в медиальном направлении даже тогда, когда из-за недостаточного межжюкклюзионного пространства головка турбинного наконечника контактирует с зубами верхней челюсти;
- 3) в отдельных наблюдениях при недостаточном пространстве в области дистальной поверхности второго моляра допустимо, чтобы наконечник упирался в переднюю границу ветви нижней челюсти;
- 4) не следует пытаться сепарировать коронку кончиком бора. При работе с бором турбинного наконечника необходимо стараться использовать всю его длину по принципу «кисти»;
- 5) распил требуется выполнять не на всю глубину, оставляя небольшое количество тканей зуба с язычной поверхности или подлежащей части коронки;
- 6) если на рентгенограмме обнаруживается, что к коронке третьего моляра близко расположена стенка нижнечелюстного канала, во избежание перфорации последнего следует оставлять небольшой слой тканей зуба на прилежащей части коронки, а в последующем раскалывать его при помощи долота с прямым лезвием или прямого элеватора;
- 7) при глубине распила, составляющей приблизительно 3 мм, секционированная часть коронки может быть достаточно легко удалена с помощью элеватора. При отсутствии достаточного пространства для введения элеватора в области периодонтальной связки со щечной поверхности оставшегося корня прибегают к удалению малого количества костной ткани при помощи бора в прямом наконечнике. Корень следует вывихивать и удалять поворотом элеватора против часовой стрелки. Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут при необходимости мобилизуют при помощи хирургических ножниц. Лоскут укладывают на место без натяжения и фиксируют его отдельными

узловатыми швами. Необходимо помнить о том, что при наложении швов иглу требуется вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать его к неподвижной стороне. После наложения 3–4 швов следует выполнить репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Для этого, надавливая кончиками пальцев, плотно адаптируют надкостницу к кости альвеолярного отростка, что способствует удалению из-под лоскута излишних крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы снимают их через 7–8 суток.

Задание 17.

Пациентка Д., 36 лет, обратилась на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на периодически обостряющийся перикоронарит от зуба 4.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается безболезненно, в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 4.8 физиологической окраски, коронка зуба 4.8 прорезалась на $\frac{1}{2}$ дистальными буграми. Зуб 4.8 находится в медиально наклоненном положении, угол наклона 40° , глубина залегания в костной ткани челюсти средняя. Острых воспалительных явлений в полости рта на момент осмотра не констатируется. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется патологический зубодесневой карман с дистальной стороны зуба, расширение периодонтальной щели 4.8. Корень зуба 4.8 находится на значительном удалении (0,5–0,6 см) от визуализирующихся на рентгенограмме стенок нижнечелюстного канала.

1. Поставьте диагноз.

2. Изложите тактику оперативного вмешательства в указанной клинической ситуации

Эталон ответа:

1. Диагноз в указанной клинической ситуации будет следующий: полуретенция, дистопия зуба 4.8, медиально наклоненное положение.

2. Для проведения операции сложного удаления зуба 4.8 необходимо, чтобы пациентка прополаскала рот слабо розовым раствором перманганата калия. Затем врач пропитанным этим же раствором марлевым шариком с помощью пинцета протирает зубы пациентки и слизистую оболочку полости рта. Пациентку укладывают в кресло полулежа на такой высоте, чтобы операционное поле находилось на уровне локтевого сустава врача. Кресло наклоняют под углом 20° от горизонтального положения. Голова пациентки должна быть немного наклонена влево. Стоматолог хирург находится в положении на «8 часов». Следует предусмотреть достаточное освещение операционного поля. Для успешного удаления медиально наклоненного ретинированного зуба 4.8 исключительно важно обеспечить адекватный доступ к операционному полю. Голову и грудь пациента закрывают стерильной простыней, оставляя свободной только зону оперативного вмешательства — полость рта. Врач выполняет анестезию. Скальпелем проводят разрез длиной 1,5 см позади второго моляра, чтобы сформировать слизисто-надкостничный лоскут, покрывающий третий моляр. Разрез должен быть выполнен после пальпаторного исследования поверхности кости и локализован между наружной и внутренней косыми линиями или несколько в щечном направлении. Затем проводят вертикальный разрез приблизительно на 0,5 см медиальнее центра щечной поверхности второго моляра по направлению книзу и впереди. После этого отделяют циркулярные волокна связки серповидным лезвием вдоль пришеечной области зуба 4.7. Очень важно провести разрез точно в области надкостницы. Начинать скелетирование наружной кортикальной пластинки, покрывающей третий моляр, следует в области вертикального разреза при помощи распатора. Затем костным долотом с закругленным лезвием или при помощи физиодиспенсора с прямым наконечником и фиссурным бором резецируют покрывающий зуб щечный участок кости до тех пор, пока не удастся обеспечить условия, позволяющие

избежать поднурения в области коронки. Далее следует отделить десну с язычной стороны для того, чтобы не повредить последнюю бором во время секционирования зуба. Секционирование коронки чаще выполняют в щечно-язычном направлении при помощи турбинного наконечника. Легкими прикосновениями и аккуратными вибрирующими движениями наконечника в вертикальном направлении разделяют зуб на части. При этом необходимо избегать дистального наклона бора. Если это произойдет, то отделенную коронку третьего моляра удалить будет весьма сложно, так как она окажется «заклиненной» в поднурении. Особенно осторожным стоматологу-хирургу следует быть при выраженном наклоне зуба и тогда, когда зуб 4.7 наклонен в дистальную сторону. Нижнюю язычную часть коронки 4.8 секционируют, наклоняя кончик бора в язычную сторону. Полного рассечения коронки не проводят с целью профилактики повреждения альвеолярной кости. Оставшуюся подлежащую часть коронки раскалывают при помощи долота с прямым лезвием или прямого элеватора. Для этого устанавливают долото, направляя его медиально. Затем вводят инструмент под отделенную часть коронки и удаляют ее. Оставшуюся часть корня удаляют, вывихивая ее наружу. При этом элеватор следует вводить в пространство периодонтальной связки вдоль щечной поверхности корня. В случае затруднения вывихивания рекомендуется при помощи бормашин с прямым наконечником иссечь небольшое количество костной ткани и повторить попытку.

138 Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут при необходимости мобилизуют при помощи хирургических ножниц. Лоскут укладывают на рану без натяжения и фиксируют его отдельными узловатыми швами. Необходимо помнить о том, что при наложении швов круглую иглу требуется вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать его на неподвижной стороне. После наложения 3–4 швов следует выполнить репозицию слизисто-надкостничного лоскута. Для этого, надавливая кончиками пальцев, плотно адаптируют надкостницу к кости альвеолярного отростка, что способствует удалению из-под лоскута излишних крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы снимают их через 7–8 суток.

Задание 18.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент П., 52 года, с консультативным заключением стоматолога-ортопеда, в котором значилось, что с целью подготовки к протезированию и санации полости рта необходимо удалить зуб 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зуб 3.7 разрушен на $\frac{1}{2}$, на его жевательной поверхности обнаружена глубокая, распространяющаяся под десну кариозная полость, выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 3.7 отрицательна. Зондирование кариозной полости безболезненно. Патологической подвижности зуба 3.7 не определяется. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области верхушки дистального корня зуба 3.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Медиальный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, констатируется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения анестезии приступил к удалению зуба 3.7 при помощи клювовидных щипцов с несходящиеся щечками и шипами. Однако в процессе выполнения операции (фиксации щипцов, вывихивания зуба 3.7 и его тракции) произошло осложнение — разрыв слизистой оболочки десны и подъязычной области протяженностью 2,5 см.

1. Каковы возможные причины возникшего осложнения?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. К возможным причинам осложнения — разрыва слизистой оболочки десны и подъязычной области протяженностью 2,5 см — следует относить:
 - недостаточное освещение;
 - несоблюдение врачом правил эргономики при выполнении операции удаления зуба 3.7, что затрудняет обзор операционного поля;
 - недостаточную синдесмотомию с язычной стороны;
 - захват щипцами для удаления зубов слизистой оболочки;
 - отсутствие фиксации врачом края альвеолы пальцами левой руки.
2. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан осмотреть область повреждения. Обнаруженный участок разорванной слизистой оболочки десны и подъязычной области протяженностью 2,5 см следует уложить на место и фиксировать отдельными узловатыми швами. Необходимо помнить о том, что при наложении швов иглу требуется вводить со стороны подвижной части слизистой и стабилизировать его на неподвижной стороне. Учитывая анамнез заболевания (наличие очага хронической одонтогенной инфекции от зуба 3.7) и принимая во внимание то, что повреждение слизистой оболочки подъязычной области нередко ведет к развитию воспалительного процесса, пациенту необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Снять швы следует через 7–8 суток.

Задание 19.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Ж., 32 года, с жалобами на постоянные боли в области зуба 4.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области определяется увеличенный лимфатический узел (0,7 × 0,8 см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.7 физиологической окраски. Коронка зуба 4.7 разрушена на 2/3. Врач после проведения анестезии выполнил синдесмотомию, а затем при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щечками и шипами удалил зуб 4.7. Однако в процессе выполнения операции произошло осложнение, при котором пациентка предъявляла жалобы на боли в области височнонижнечелюстных суставов и невозможность закрыть рот. Объективно: рот открыт, подбородок выдвинут вперед, передние зубы не смыкаются, щеки уплощены и напряжены, возможность боковых движений нижней челюсти отсутствует. При пальпации вперед от козелка уха ощущается западение (отсутствие головки мышечного отростка, которая легко здесь прощупывается в норме), а под скуловой дугой, в переднем отделе, констатируется выбухание — смещенная головка мышечного отростка.

1. Какое местное осложнение возникло в процессе удаления зуба 4.7?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. В процессе удаления зуба 4.7 возникло местное осложнение — передний двусторонний вывих нижней челюсти.
2. К возможным причинам осложнения — переднего двустороннего вывиха нижней челюсти — следует относить:
 - отсутствие фиксации нижней челюсти левой рукой хирурга в момент выполнения операции удаления зуба 4.7;
 - чрезмерное усилие врача при удалении зуба 4.7;
 - чрезмерное открывание рта пациентом;

– особенность анатомического строения височно-нижнечелюстного сустава (плоский суставной бугорок, слабость связочного аппарата и т. д.).

3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан устранить возникшее осложнение — вправить передний двусторонний вывих нижней челюсти. Пациентку следует усадить в кресло с таким расчетом, чтобы ее нижняя челюсть находилась на уровне локтевого сустава опущенной руки врача. Стоматолог-хирург становится впереди пациентки, вводит большие пальцы обеих рук, обернутые стерильным полотенцем, в полость рта и укладывает их на жевательные поверхности моляров. Остальными пальцами захватывает нижний край тела нижней челюсти снаружи. Затем, надавливая большими пальцами на моляры, смещает нижнюю челюсть кзади. Одновременно другими пальцами, помещенными под край тела нижней челюсти, приподнимает ее передний отдел. Постепенно головка нижней челюсти перемещается книзу и, соскользнув по заднему скату суставного бугорка, входит в суставную впадину. Вправление головок сопровождается характерным щелчком, при этом происходит плотное смыкание зубов. Во избежание прикусывания пальцев врачу следует быстро переместить их кнаружи от альвеолярного отростка. После вправления вывиха нижней челюсти пациентке накладывается мягкая пращевидная повязка на 1–2 недели и рекомендуется принимать жидкую и полужидкую пищу.

Задание 20.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ж., 28 лет, с жалобами на боли в области лунки зуба 2.5, который, со слов пациента, был удален сутки назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в 31 поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел (0,3 × 0,2 см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 2.5 гиперемирована, отечна. Кровяной сгусток в лунке отсутствует, ее дно покрыто сероватым налетом. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 2.5 и костных осколков не обнаружено.

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 2.5?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. После удаления зуба 2.5 возникло местное осложнение — луночковая послеоперационная боль.
2. К возможным причинам осложнения — луночковой послеоперационной боли — следует относить:
 - прекращение действия анестетика;
 - травматичное удаление зуба 2.5;
 - отсутствие кровяного сгустка в лунке удаленного зуба;
 - выступающие острые края костной стенки лунки;
 - несоблюдение назначений врача;
 - совокупность всех или некоторых указанных факторов.
3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан осмотреть лунку удаленного зуба 2.5. Затем под местным обезболиванием следует ее инстиллировать 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюканата или слабо розовым раствором перманганата калия. При этом удаляются остатки распавшегося сгустка крови и пищи. Кюретажной ложечкой Фолькмана осторожно, без усилий, необходимо удалить невымывшиеся остатки распада сгустка и инородные тела, если таковые имеются. Затем повторно требуется инстиллировать лунку растворами антисептиков и рыхло ввести в нее

препарат «Альвожел». Кроме того, с целью профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений пациенту необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (предпочтение следует отдавать остеотропным антибиотикам), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства.

Задание 21.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 31 год, с жалобами на сильные боли неврологического характера в области лунки зуба 4.4, который, со слов пациентки, был удален 4 дня назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области справа пальпируется лимфатический узел (0,3 × 0,5 см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка физиологической окраски. Визуализируется выступающий неровный край стенки альвеолы в области лунки 4.4. При пальпации острого выступающего края стенки альвеолы пациентка ощущает резкую боль. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 4.4 и костных остатков не обнаружено.

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.4?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. После удаления зуба 4.4 возникло местное осложнение — луночковая послеоперационная боль, обусловленная острыми костными краями стенки лунки удаленного зуба 4.4.
2. К возможной причине осложнения — луночковой послеоперационной боли — следует относить острые костные края стенки лунки удаленного зуба 4.4, которые не были своевременно сошлифованы или скошены в процессе операции удаления зуба.
3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан выполнить оперативное вмешательство — альвеолэктомию (удаление выступающих острых костных краев стенки альвеолы). Операцию следует проводить под местным обезболиванием. После выполнения анестезии осуществляют разрез над выступающим костным краем стенки альвеолы, отслаивают при помощи узкого распатора слизисто-надкостничный лоскут. Удаляют костными кусачками, или сбивают долотом, или срезают фрезой при помощи физиодиспенсора или бормашины острые костные края. Лоскут укладывают на место и фиксируют отдельными узловатыми швами. Необходимо помнить о том, что при наложении швов иглу следует вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать его на неподвижной стороне. С целью профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений пациентке необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (предпочтение следует отдавать остеотропным антибиотикам), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Швы снимают через 7–8 суток.

Задание 22.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка С., 30 лет, с жалобами на то, что после удаления зуба 3.7 в первой половине дня она до вечера сплевывала слюну с прожилками сукровицы. Со слов пациентки, удаление было сложным. Сукровица начала сочиться сразу после удаления, но пациентка за помощью не обращалась, думая, что это скоро пройдет. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При

осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 3.7 гиперемирована. Лунка выполнена сгустком на $\frac{1}{2}$ глубины, она слабо кровоточит.

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 3.7?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. После удаления зуба 3.7 возникло местное осложнение — первичное луночковое кровотечение.
2. К возможным причинам осложнения — первичного луночкового кровотечения — следует относить:
 - травматичное удаление зуба 3.7; – травматизацию внутрикостного сосуда;
 - прекращение действия адреналина, используемого в качестве вазоконстриктора в составе раствора анестетика, что способно вызвать дилатацию сосудов.
3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан осмотреть кровоточащую лунку и определить степень кровотечения и его причину. Необходимо заполнить паспорт кровотечения: время кровотечения (начало – конец), АД, пульс. Причиной является повреждение внутрикостного сосуда в процессе травматичного удаления зуба 3.7. Для остановки кровотечения следует кюретажной ложечкой Фолькмана осторожно удалить кровяной сгусток из лунки, инстиллировать костную рану 3%-ной перекисью водорода и при помощи стерильных марлевых шариков высушить. Марлевой турундой, пропитанной тромбином или аминокaproновой кислотой, требуется выполнить тугую тампонаду лунки, излишек турунды отрезать при помощи хирургических ножниц. Необходимо убедиться в том, что кровотечение остановлено. Одновременно с местной остановкой кровотечения следует применять лекарственные средства, повышающие свертывание крови, например 12,4%-ный раствор этамзилата (дицинон) внутримышечно по 2–4 мл на инъекцию. Пациентке следует назначать контрольные осмотры и перевязки каждые 2–3 дня. Турунду требуется извлекать осторожно, постепенно, по мере выполнения лунки грануляционной тканью.

Задание 23.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка К., 32 года, с жалобами на онемение альвеолярного отростка, нескольких зубов нижней челюсти справа, подбородочной области до правого угла рта, которое появилось вчера после травматичного удаления зуба 4.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 4.8 гиперемирована. Лунка выполнена кровяным сгустком. При исследовании чувствительности констатируется парестезия альвеолярного отростка нижней челюсти справа, подбородочной области справа, зоны в области правого угла рта. Отмечается снижение данных электроодонтодиагностики (ЭОД) зубов 4.7, 4.6, 4.5, 4.4. 33

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.8?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.

Эталон ответа:

1. После удаления зуба 4.8 возникло местное осложнение — травматическое повреждение (неврит) нижнего альвеолярного нерва справа.
2. К возможным причинам осложнения — травматического повреждения (неврита) нижнего альвеолярного нерва справа — следует относить: травматичное удаление зуба 4.8, анатомические варианты расположения нижнечелюстного канала.
3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан назначить консультацию невролога

Задание 24.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 64 года, у которого по ортопедическим показаниям в плановом порядке должен быть удален зуб 1.8. Из анамнеза жизни пациента известно, что ему 10 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца и по поводу данного заболевания он постоянно принимает лекарственные средства (поддерживающая терапия).

1. Можно ли приступить к операции удаления зуба 1.8 сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу?
2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, проводимых пациенту с ишемической болезнью сердца перед указанным оперативным вмешательством?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба невозможно.
2. Оперативному вмешательству у лиц с ишемической болезнью сердца, осуществляемому стоматологом-хирургом в плановом порядке в амбулаторных условиях, обязательно должны предшествовать диагностическое обследование и лечебные мероприятия, выполняемые по следующему плану: – стандартное физикальное обследование терапевтом с оценкой нейропсихологического статуса пациента;
– дополнительное обследование пациента у кардиолога (ЭКГ, холтеровское мониторирование, УЗИ сердца с определением функциональных возможностей левого желудочка, велоэргометрия, стресс-экскардиография);
– коррекция лекарственной кардиотропной терапии перед амбулаторным хирургическим вмешательством.

Задание 25.

В поликлинике на прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 58 лет, с диагнозом радикулярная киста (1,0 × 0,8 см) нижней челюсти в области апекса зуба 4.3. Из анамнеза жизни пациентки известно, что с детства у нее имеется ревматический порок сердца, по поводу которого она постоянно принимает поддерживающую лекарственную терапию. Хирург назначил пациентке операцию в плановом порядке, указав в перечне необходимого предоперационного обследования: осмотр терапевта и ЭКГ.

1. Можно ли считать действия врача правильными?
2. Каким должен быть алгоритм диагностических и лечебных мероприятий у пациентки с ревматическим пороком сердца при подготовке к оперативному вмешательству?

Эталон ответа:

1. Врач правильно определил плановый характер оперативного вмешательства и обоснованно назначил пациентке консультацию терапевта и ЭКГ. Однако указанное обследование для пациентки данной категории нельзя считать достаточным. В нем упущен ряд важных позиций, без учета которых операция может привести к тяжелым осложнениям, как в процессе ее проведения, так и в послеоперационном периоде.
2. Алгоритм диагностических и лечебных мероприятий, предшествующих амбулаторному оперативному вмешательству у пациентки с ревматическим пороком сердца, должен включать:
– стандартное физикальное обследование у терапевта с оценкой нейропсихологического статуса пациентки;
– дополнительное обследование у кардиолога (ЭКГ, УЗИ сердца с определением функциональных возможностей левого желудочка);
– контроль лабораторных показателей функции внутренних органов и свертывающейся системы; – коррекцию лекарственной кардиотропной терапии перед операцией.

Задание 26.

Стоматологу-хирургу, работающему в специализированном отделении многопрофильной больницы, предстоит провести хирургическую санацию полости рта у пациентки К., 58 лет, которая 5 лет назад перенесла инфекционный эндокардит. Известно, что после полного комплексного предварительного обследования пациентке рекомендовано удаление следующих зубов: 1) 4.8 по поводу диагноза хронический гранулематозный периодонтит вне обострения; 2) 4.5 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения; 3) 2.4 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения; 4) 2.5 по поводу диагноза хронический фиброзный периодонтит вне обострения. Из анамнеза известно, что зуб 2.5 неоднократно подвергался эндодонтическому лечению, которое нельзя считать успешным, так как процесс периодически обострялся. Однако стоматолог-ортопед настаивает на сохранении указанного зуба из-за изменения конструкции ранее планируемого протеза.

1. К какой группе риска развития бактериального эндокардита относится пациентка?

2. Какой тактики должен придерживаться стоматолог-хирург по отношению к зубу 2.5?

Эталон ответа:

1. Пациентку следует отнести к группе значительного риска развития бактериального эндокардита.

2. Стоматологу-хирургу следует удалить зуб 2.5, учитывая, что у пациентов со значительным риском развития бактериального эндокардита следует провести хирургическую санацию полости рта по расширенным показаниям, и рекомендуется обязательное удаление зубов с очагами хронической одонтогенной инфекции.

Предварительно врачу следует мотивировать к данному решению пациентку и в тактичной форме убедить в правильности такого подхода коллег.

Задание 27.

На прием к стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях обратился пациент Л., 48 лет, по поводу удаления корня разрушенного ниже уровня десны зуба 4.5. После опроса и осмотра, выполнения специальных методов исследования (дентальный снимок зуба 4.5) был поставлен диагноз хронический фиброзный периодонтит зуба 4.5. Кроме того, пациент сообщил, что в течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом (тип 2). Какие анестетики следует предпочесть для выполнения анестезии пациенту?

Эталон ответа:

В связи с тем, что у пациентов с сахарным диабетом противопоказано применение анестетиков с вазоконстрикторами, препаратом выбора следует считать мипивокаин, который может быть использован без вазоконстриктора, а в ряде ситуаций — лидокаин без вазоконстриктора.

Задание 28.

К стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 41 год, с диагнозом острый гнойный периостит от зуба 4.6. Из анамнеза известно, что она на протяжении последних 20 лет страдает бронхиальной астмой. Пациентка напряжена, она заметно нервничает и постоянно акцентирует внимание врача на страхе перед предстоящим вмешательством. Какой тактики следует придерживаться стоматологу-хирургу при решении вопроса о подготовке к операции и при ее выполнении?

Эталон ответа:

Врачу предстоит не только удалить зуб 4.6, но и выполнить периостеотомию, учитывая то обстоятельство, что гнойно-воспалительный процесс за счет кислой среды будет способствовать частичной инаktivации анестезирующего вещества. В данной ситуации необходимо провести примедикацию с помощью препарата «Диазепам» («Сибазон», «Седуксен», «Реланиум», «Валиум»), разовая доза которого при приеме per os за 30–45

минут до вмешательства составляет 5–15 мг. Указанную примедикацию следует считать целесообразной, так как она избавит пациентку от стрессовой реакции и страха, которые способны спровоцировать приступ заболевания — бронхиальной

Задание 29.

Пациент А., 30 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области зуба 2.4, которые усиливаются при накусывании и надавливании на зуб. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (0,2 × 0,2 см), слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.4 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 2.4 на 1/3 восстановлена фотополимерной пломбой, герметизм которой не нарушен. Перкуссия зуба 2.4 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.4 определяется расширение периодонтальной щели. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения.

Задание 30.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 22 года, с жалобами на интенсивные, пульсирующие боли в зубе 4.5, иррадиирующие в ухо, висок, глаз. У пациента создалось впечатление, что зуб 4.5 как бы вырос и при смыкании челюстей испытывает повышенную нагрузку, что провоцирует болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области причинного зуба десна гиперемирована, отечна. На дистальной контактной поверхности зуба 4.5 в пришеечной области определяется глубокая кариозная полость, выполненная обилием размягченного дентина. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия зуба 4.5 резко положительна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 4.5 определяется расширение периодонтальной щели. Температура тела пациента 37,1 °С.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу хирургу.
2. Какова основная задача лечения данного заболевания?
3. Назовите пути эвакуации гнойного экссудата из периапикальных тканей.
4. Какой должна быть тактика оперативного вмешательства в указанной клинической ситуации?
5. В какой клинической ситуации при рассматриваемом заболевании может быть показано удаление зуба 4.5?

Эталон ответа:

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый гнойный периодонтит зуба 4.5.
2. Основной задачей лечения острого гнойного периодонтита является эвакуация гнойного экссудата из периапикальных тканей зуба 4.5.
3. Известны следующие пути эвакуации гнойного экссудата из периапикальных тканей: – через корневой канал (при раскрытии полости зуба и удалении из корневого канала некротизированной пульпы);

– трепанация наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка в ситуациях, когда корень изогнут, корневым канал искривлен, просвет канала obturирован сломанным эндодонтическим инструментом или облитерирован вследствие изменений минерального обмена в организме;

– обеспечение оттока через канал корня зуба и наложение трепанационного отверстия на наружной кортикальной пластинке;

– через лунку удаленного причинного зуба.

4. Тактика оперативного вмешательства при трепанации наружной кортикальной пластинки заключается в том, что под местной анестезией производят разрез слизистой оболочки по переходной складке преддверия полости рта в проекции апекса зуба 4.5, рассекают надкостницу, трепанируют наружную кортикальную пластинку при помощи физиодиспенсора или бормашины и прямого наконечника с шаровидным или фиссурным бором. Затем проводят инстилляцию раны растворами антисептиков.

5. При остром гнойном периодонтите зуба 4.5 его удаление показано в такой клинической ситуации, когда купировать воспалительный процесс не представляется возможным и все средства и способы для этого исчерпаны.

Задание 31.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Д., 25 лет, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Коронка зуба 3.5 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 3.5 отрицательны. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.5 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,3 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневым канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.5 вне обострения.

Задание 32.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Е., 34 года, по поводу санации полости рта перед протезированием. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.7 физиологической окраски. В проекции верхушки дистального щечного корня визуализируется зарубцевавшийся свищ. Коронка зуба 2.7 разрушена на $\frac{2}{3}$. Зондирование зуба 2.7 безболезненно, определяется обилие его размягченных тканей. Перкуссия зуба 2.7 слабо положительна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях в области верхушки дистального щечного корня зуба 2.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Медиальный щечный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, констатируется расширение периодонтальной щели. Небный корень изогнут, запломбирован на $\frac{1}{3}$, в просвете незапломбированной части корневого канала визуализируется отломок эндодонтического инструмента. Периодонтальная щель в области апекса небного корня

расширена. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз. Ответ поясните.

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования (ортопантограммы) может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит в области дистального щечного корня зуба 2.7 и хронический апикальный фиброзный периодонтит в области медиального щечного и небного корней. Учитывая, что хронический апикальный гранулирующий периодонтит является более активным патологическим процессом и в значительно большем числе наблюдений дает обострения и осложнения, окончательный диагноз должен быть следующим: хронический апикальный гранулирующий периодонтит зуба 2.7 вне обострения.

Задание 33.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Ю., 36 лет, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.6 физиологической окраски. Коронка зуба 1.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлена пломбой из композиционного материала, герметизм которой нарушен. Зондирование зуба 1.6 безболезненно. Его перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях в области апекса медиального щечного корня зуба 1.6 определяется очаг деструкции костной ткани ($0,9 \times 1$ см) округлой формы с четкими ровными контурами. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

Эталон ответа:

В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз радикулярная киста альвеолярного отростка верхней челюсти справа от зуба 1.6.

Задание 34.

Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на $\frac{1}{3}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) корневого канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса 46 корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.3?

3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?

4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения.
2. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — резекция верхушки корня зуба 3.3 в плановом порядке.
3. Операция — резекция верхушки корня зуба — относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, сохраняющим коронку зуба и целостность его периодонта.
4. Операция — резекция верхушки корня зуба — включает следующие этапы:
 - выполнение местной анестезии;
 - выкраивание слизисто-надкостничного лоскута (для фронтальной группы зубов лоскуты могут быть прямые, S-образные, овальные, трапециевидные, для зубов бокового отдела необходимо выкраивать угловые лоскуты, отступя от края десны 3–4 мм);
 - отслаивание слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора;
 - трепанацию наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка;
 - расширение костного дефекта при помощи фрезы или фиссурного бора до полного обнажения верхушки корня и очага деструкции костной ткани;
 - резекцию верхушки корня зуба, выполняемую фиссурным бором строго перпендикулярно оси корня плавными горизонтальными движениями;
 - удаление оболочки гранулемы или грануляций при помощи кюретажной ложки Фолькмана;
 - сглаживание фрезой острых краев костной раны и поверхности опиленного корня;
 - гемостаз; – инстилляцию костной раны растворами антисептиков;
 - введение в костную полость остеопластического материала для стимуляции и обеспечения наилучших условий для остеорегенерации;
 - укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами, которые снимают через 7–8 суток.

Задание 35.

Пациент О., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 4.6 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса медиального корня зуба 4.6 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный корневого канала зуба 4.6 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Медиальный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, апикальное отверстие не obturировано. В периапикальных тканях в области апекса медиального корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см) с четкими ровными контурами.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.
2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 4.6?
3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?
4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 4.6 вне обострения.
2. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — гемисекция зуба 4.6 с удалением его медиального корня.
3. Операция — гемисекция зуба — относится к оперативным органосохраняющим вмешательствам, частично сохраняющим коронковую часть зуба и его периодонт.
4. Операция — гемисекция зуба — включает следующие этапы:
 - выполнение местной анестезии;
 - разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута;
 - с помощью алмазного диска и тонких фиссурных боров рассечение коронки зуба 4.6 через бифуркационную зону, осуществляемое так, чтобы не травмировалась межкорневая перегородка и стенки альвеолы;
 - синдесмотомию в области медиального корня зуба 4.6;
 - клювовидными щипцами с узкими закругленными сходящимися щечками (корневыми) удаление медиального корня зуба 4.6 вместе с прилегающей к нему коронковой частью и ревизию лунки удаленного корня;
 - гемостаз;
 - с помощью алмазных фасонных головок и боров сглаживание нависающих краев оставшейся коронковой части зуба, прилегающей к ране;
 - окончательный гемостаз и туалет операционной раны;
 - укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами;
 - наложение на рану стерильного марлевого шарика на 10–15 минут;
 - снятие швов через 7–8 суток.

Задание 36.

Пациентка З., 28 лет, обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании и приеме горячей пищи в области зуба 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.7 физиологической окраски. Коронка 47 зуба 3.7 на $\frac{1}{4}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.7 отрицательна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный и медиальный корневые каналы зуба 3.7 качественно запломбированы, апикальные отверстия obturated. В области бифуркации корней определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами ($0,2 \times 0,2$ см). В периапикальных тканях в области апексов медиального и дистального корней определяется незначительное расширение периодонтальной щели.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.
2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.7?
3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациентке?
4. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.7 с локализацией очага деструкции костной ткани в области бифуркации корней.

2. В данной клинической ситуации пациентке показана операция — короноро-радикулярная сепарация зуба 3.7.
3. Операция — короноро-радикулярная сепарация зуба относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, частично сохраняющим коронковую часть зуба и его периодонт.
4. Операция — короноро-радикулярная сепарация зуба — включает следующие этапы:
 - выполнение местной анестезии;
 - разрез и отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, осуществляемые так, чтобы обеспечивался хороший обзор места бифуркации;
 - при помощи алмазных дисков, боров и фасонных головок распиливание коронки зуба пополам и сглаживание острых и нависающих краев коронковой части;
 - кюретаж в области бифуркации корня зуба при помощи малой ложки Фолькмана;
 - гемостаз и туалет раны растворами антисептиков;
 - укладывание слизисто-надкостничного лоскута на место, при необходимости его мобилизацию и фиксацию отдельными узловатыми швами;
 - наложение на рану стерильного марлевого шарика на 10–15 минут;
 - швы снимают через 7–8 суток.

Задание 37.

Пациентка С., 25 лет, обратилась на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на интенсивные, пульсирующие боли в зубе 3.5, иррадиирующие в ухо, висок, глаз. У пациентки появилось ощущение, что зуб 3.5 как бы вырос и при смыкании челюстей испытывает повышенную нагрузку, провоцирующую сильный болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,3 × 0,4 см), при пальпации болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области причинного зуба 3.5 десна гиперемирована, отечна. В проекции апекса зуба 3.5 визуализируется формирующийся свищевой ход. На жевательной поверхности зуба 3.5 определяется пломба из композиционного пломбирочного материала. Перкуссия зуба 3.5 резко положительна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 3.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Температура тела пациентки 37,2 °С. Пациентке проводилось повторное эндодонтическое лечение зуба 3.5 и был назначен курс комплексной противовоспалительной терапии, включающий антибактериальные (предпочтение было отдано остеотропным антибиотикам), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Однако купировать воспалительный процесс не представилось возможным.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз. 48
2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 3.5?
3. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациентке?

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит зуба 3.5 в стадии обострения.
2. В данной клинической ситуации пациентке показана операция — удаление зуба 3.5.
3. Операция — удаление зуба — относится к оперативным вмешательствам, не сохраняющим зуб и его периодонт.

Задание 38.

У пациента Н., 26 лет, активно занимающегося восточными единоборствами, в процессе тренировки произошел травматический вывих зуба 1.3. В связи с этим пациент обратился в стоматологическую поликлинику по месту жительства к стоматологу-хирургу.

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 1.3?
2. К какому классу оперативных вмешательств, проводимых при лечении апикальных периодонтитов с сохранением коронковой части зуба и его периодонта, относится операция, планируемая пациенту?
3. Последовательно изложите этапы оперативного вмешательства.

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — первичная реплантация зуба 1.3.
2. Операция — первичная реплантация зуба — относится к оперативным вмешательствам, сохраняющим коронковую часть зуба при нарушении целостности периодонта.
3. Операция — первичная реплантация зуба — включает следующие этапы:
 - выполнение местной анестезии;
 - отслаивание десны от шейки зуба с помощью гладилки;
 - удаление зуба прямыми щипцами с несходящимися щечками, при этом необходимо стараться минимально повредить альвеолу и сам зуб;
 - погружение зуба в изотонический раствор хлорида натрия с антибиотиками и наложение на лунку зуба стерильного марлевого шарика;
 - обработку реплантата: пломбирование канала корня зуба и резекцию верхушки корня зуба с последующим ретроградным пломбированием при необходимости;
 - тщательное удаление с реплантата зубных отложений, остатков десны;
 - погружение реплантата в изотонический раствор и осторожное проведение кюретажа лунки (не повреждая остатков периодонта, присутствующих в альвеоле);
 - инстилляцию лунки зуба раствором антисептика, после чего в альвеолу помещают реплантат;
 - при необходимости иммобилизацию реплантата с помощью проволочной или пластмассовой шины;
 - наложение на реплантированный зуб стерильного шарика, после чего пациенту требуется сомкнуть челюсти и удерживать их в таком положении в течение 1–5 минут.

Тема 22.

Задание 39.

У пациента П., 50 лет, во время подготовки к протезированию полости рта была сделана ортопантограмма, на которой в области угла нижней челюсти был обнаружен зуб 3.8, располагающийся в горизонтальном положении по отношению к зубу 3.7. Жалоб пациент не предъявляет. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пациент рот открывает свободно, в пределах физиологических возможностей. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области непрорезавшегося зуба 3.8 физиологической окраски, пальпация безболезненна. Констатируется частичная вторичная адентия (II класс по Кеннеди). Из перенесенных заболеваний пациент отмечает простудные, он страдает сахарным диабетом (II тип) средней степени тяжести.

1. На основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.
2. Определите дальнейшую тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 3.8, горизонтальное положение.

2. С учетом возраста, наличия сопутствующей патологии, отсутствия жалоб пациента и каких-либо осложнений, связанных с ретенцией и дистопией зуба 3.8, показана постановка пациента на диспансерный учет с целью динамического наблюдения.

Задание 40.

Пациент К., 19 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на тупые ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие припухлости правой половины лица в области угла нижней челюсти. Боли усиливаются при глотании и открывании рта. Пациент считает себя больным в течение 2 дней, с момента, когда появились боли в области нижней челюсти справа. Боли носят нарастающий характер. Температура тела по вечерам достигает 37,3 °С. Ранее пациент ничем не болел. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти справа. Кожные покровы физиологической окраски. Кожа свободно собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены (0,3 × 0,4 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности, при этом отмечается болезненность. При осмотре полости рта: зуб 3.8 в стадии прорезывания — визуализируются два медиальных бугра, дистальные покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. При надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры зуба 3.8, из-под него выделяется серозное отделяемое.

1. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации?
2. На основании данных клинического осмотра поставьте диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации и составьте план комплексного лечения.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантограммы).
2. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый серозный перикоронарит от зуба 3.8.
3. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации будет реализована в следующем плане комплексного лечения:
 - экстренное хирургическое вмешательство — перикоронарозктомия в области зуба 3.8;
 - назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
 - местно — перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков и при необходимости применением препаратов «Альвогель» или «Линкомициновая пленка»;
 - назначение курса физиотерапевтического лечения (ФТЛ) или рефлексотерапии.

Задание 41.

Пациент Г., 30 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на тупые боли в области проекции зуба 4.8, которые носят периодический характер и беспокоят в течение трех лет. За этот период было около 5 обострений воспалительного процесса в области нижней челюсти справа. При обострениях температура тела повышалась в пределах субфебрильных значений. К врачу пациент не обращался, лечился самостоятельно, используя полоскания и компрессы. Со стороны внутренних органов и систем какой-либо патологии не отмечает. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы

справа увеличены ($0,3 \times 0,5$ см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: зуб 4.8 частично прорезался двумя медиальными буграми, дистальные бугры покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна. Имеется патологический зубодесневой карман в области капюшона с дистальной стороны от зуба 4.8. При зондировании из патологического зубодесневого кармана зуба 4.8 выделяется капля гнойного отделяемого с кровью. Рядом стоящие зубы интактны.

1. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации?
2. На основании данных клинического осмотра поставьте диагноз.
3. Определите дальнейшую тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации и составьте план комплексного лечения.

Эталон ответа:

1. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантограммы).
2. На основании данных клинического осмотра пациента в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз обострение хронического перикоронарита от зуба 4.8.
3. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации будет реализована в следующем плане комплексного лечения:
 - экстренное хирургическое вмешательство — перикоронарэктомия в области зуба 4.8;
 - назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
 - местно — ежедневные перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков и применением препаратов «Альвогель» или «Линкомициновая пленка»;
 - назначение курса ФТЛ или рефлексотерапии.

Задание 42.

Пациент С., 25 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на стойкую боль в области нижней челюсти справа. Боли носят тупой характер, беспокоят в течение двух недель. Со стороны внутренних органов и систем пациент патологии не отмечает. Объективно: конфигурация изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти справа, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены ($0,4 \times 0,4$ см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот безболезненно, в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 4.8 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.8 прорезалась на $\frac{1}{2}$ медиальными буграми. Зуб 4.8 дистально наклонен. При надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры зуба 4.8, из-под него выделяется серозное отделяемое. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня 4.8 на тень нижнечелюстного канала.

1. На основании данных клинического осмотра поставьте диагноз.
2. Проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации?

3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации? Составьте план комплексного лечения.
4. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) пациенту должна быть оказана специализированная помощь (выполнена операция удаления зуба 4.8)?
5. Какие возможны осложнения при проведении операции сложного удаления зуба 4.8 в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 4.8, дистальный наклон, осложненный острым серозным перикоронаритом.

2. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования. Учитывая то, что по данным дентальной рентгенограммы определяется наложение проекции апекса корня зуба 4.8 на тень нижнечелюстного канала, пациенту целесообразно назначить лучевое исследование, проводимое в двух проекциях. Один снимок должен быть выполнен в параллельной проекции, а другой — в эксцентрической (под углом 15° при направлении пучка излучения снизу вверх). Указанный прием даст возможность более точно определить проекцию апекса корня зуба, наслаивающуюся на тень нижнечелюстного канала, когда в действительности она располагается в язычном направлении от последнего. На рентгеновском снимке, выполненном в эксцентрической проекции, верхушка корня будет определяться несколько выше тени нижнечелюстного канала. В тех наблюдениях, когда апекс корня третьего моляра отклоняется в щечном направлении от нижнечелюстного канала, на снимке в эксцентрической проекции верхушка корня зуба будет располагаться несколько ниже тени канала.

3. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации будет реализована в следующем плане комплексного лечения:

- экстренное хирургическое вмешательство — перикоронаротомия в области зуба 4.8;
- назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
- местно — ежедневные перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков и применением препаратов «Альвогель», «Линкомициновая пленка», «Бемалид»;
- назначение курса ФТЛ или рефлексотерапии.

4. После купирования острых воспалительных явлений в послеоперационном периоде пациенту должно быть рекомендовано плановое оперативное вмешательство — сложное удаление зуба 4.8, которое следует выполнять в условиях стационара в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии.

5. При проведении операции сложного удаления зуба 4.8 в указанной клинической ситуации могут развиваться следующие осложнения: перелом нижней челюсти, нарушение целостности сосудисто-нервного пучка, профузное кровотечение, травматический неврит нижнего альвеолярного нерва.

Задание 43.

Пациент Р., 29 лет, жалоб не предъявляет. Он был направлен на консультацию к стоматологу-хирургу из отделения ортопедической стоматологии, куда обратился в связи с высокой степенью разрушения коронки 51 зуба 2.3. После проведения лучевых методов исследования (ортопантомограммы) был поставлен диагноз ретенция, горизонтальная дистопия зуба 2.3. Указанный зуб располагается ближе к слизистой оболочке верхнего свода преддверья полости рта.

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации по отношению к зубу 2.3?

2. Укажите план комплексного послеоперационного лечения пациента.
3. Назовите средние сроки временной утраты трудоспособности (ВУТ) после операции сложного удаления ретенированного, дистопированного зуба 2.3.

Эталон ответа:

1. После проведения местной анестезии выполняют разрез со стороны преддверия полости рта с образованием трапецевидного, полуовального или углообразного слизисто-надкостничного лоскута, который отслаивают при помощи распатора и удерживают крючком Фарабефа. С помощью физиодиспенсора или бормашины, прямого наконечника, стоматологических боров и фрез удаляют костную ткань в проекции ретенированного, дистопированного зуба 2.3, обнажая последний. В зависимости от расположения удаляют сам зуб элеватором или универсальными (штыковидными) щипцами. В зависимости от клинической ситуации, складывающейся в момент оперативного вмешательства, зуб 2.3 может быть удален как целым, так и с применением его секционирования на две части (коронку и корень). При этом удалению в первую очередь подлежит коронка зуба, а затем корень. При помощи боров и фрез сглаживают острые и нависающие края костной раны. Рану инстиллируют растворами антисептиков. При необходимости осуществляют мобилизацию слизисто-надкостничного лоскута, укладывают его на место и фиксируют отдельными узловатыми швами. Накладывают давящую повязку. Снимают швы через 7–8 суток.

2. План комплексного послеоперационного лечения пациента должен включать:
– назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
– местно — ежедневные перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков; – назначение курса ФТЛ или рефлексотерапии.

3. Средние сроки ВУТ после операции сложного удаления ретенированного дистопированного зуба 2.3 должны составлять 4–7 суток.

Задание 44.

Пациент Ф., 35 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области верхней челюсти слева, отек, припухлость щеки слева. Пациенту 2 дня назад заболел зуб 2.7, затем появилась припухлость в области верхней челюсти слева, отек мягких тканей щеки слева, ухудшилось самочувствие, повысилась температура тела до 37,5 °С. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей щечной и околоушно-жевательной областей слева. Кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (1 × 1 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пальпаторно определяется пастозность мягких тканей щечной и околоушно-жевательной областей слева. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки, выбухание переходной складки в области верхней челюсти слева в проекции зубов 2.5, 2.6, 2.7. Коронка зуба 2.7 разрушена на $\frac{2}{3}$, зуб патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациенту?

Эталон ответа:

На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней.

Задание 45.

Пациент Ю., 38 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли, отек верхней губы и носа справа. Пациент заболел два дня назад, когда появились боли в области зуба

1.1. Затем повысилась температура тела до 38,0 °С, возникли боли в области верхней челюсти, верхней губы. За медицинской помощью пациент не обращался. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека верхней губы и крыла носа справа. Кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (1,2 × 1,2 см), болезненны при пальпации, 52 мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пальпаторно определяется отек, пастозность верхней губы, крыла носа справа. При осмотре полости рта: определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация, выбухание переходной складки в проекции зубов 2.2, 2.1, 1.1, 1.2. Зуб 1.1 патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациенту?

2. Какие осложнения данного заболевания могут развиваться при неблагоприятном течении патологического процесса?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти справа, осложненный абсцессом твердого неба справа.

2. Причиной развития острого гнойного периостита верхней челюсти справа явился зуб 1.4, так как по данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки небного корня зуба 1.4 имеется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами (0,5 × 0,5 см). Зуб патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна.

Задание 46.

Пациент Ж., 43 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области верхней челюсти и твердого неба справа, повышение температуры до 37,8 °С, ухудшение общего самочувствия. Пациент отмечает, что боли усиливаются при дотрагивании языком до твердого неба. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (1,5 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка преддверия полости рта физиологической окраски. В области твердого неба справа слизистая оболочка гиперемирована, имеется плотный, резко болезненный при пальпации инфильтрат овальной формы (2 × 2 см), в центре которого отмечается размягчение. Зубы 1.4, 1.5 имеют кариозные полости, зондирование которых безболезненно. Зуб 1.4 патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна. Зуб 1.5 неподвижен, его перкуссия болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки небного корня зуба 1.4 имеется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами (0,5 × 0,5 см). В проекции апекса корня 1.5 определяется расширение периодонтальной щели. По данным общего анализа периферической крови констатируется лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациенту?

2. Какой зуб явился причиной развития гнойно-воспалительного осложнения?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти справа, осложненный абсцессом твердого неба справа.

2. Причиной развития острого гнойного периостита верхней челюсти справа явился зуб 1.4, так как по данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки небного корня зуба 1.4 имеется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами (0,5 × 0,5 см). Зуб патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна.

Задание 47.

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка С., 41 год, с жалобами на отек, боли в области нижней губы, подбородка, неприятный привкус в полости рта. Пациентка считает себя больной в течение четырех 53 дней, когда возникли боли в области зуба 4.1. Затем появился отек нижней губы, подбородка, температура тела повысилась до 37,7 °С. На четвертые сутки произошло истечение гноя из-под десны в области нижней челюсти в полость рта, после чего пациентка обратилась к стоматологу-хирургу. После прорыва гноя в полость рта пациентка отмечала улучшение самочувствия, уменьшение отека мягких тканей нижней губы и подбородка. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека околочелюстных тканей нижней челюсти во фронтальном отделе — нижней губы и подбородка. Кожные покровы физиологической окраски.

Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (1,5 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: в проекции зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 слизистая оболочка гиперемирована, инфильтрирована, отечна. При пальпации альвеолярного отростка нижней челюсти в проекции зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 определяется диффузное утолщение тканей, покрывающих кость, имеется свищ в области альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны. При надавливании на альвеолярный отросток нижней челюсти во фронтальном отделе появляется выделение скудного гнойного отделяемого. Зуб 4.1 патологически подвижен (II степень), его перкуссия болезненна, рецессия десны составляет $\frac{2}{3}$ длины корня. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Температура тела 37,3 °С.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациентке?

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга по отношению к причинному зубу в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз острый гнойный периостит фронтального отдела нижней челюсти от зуба 4.1. 2. В указанной клинической ситуации зуб 4.1 подлежит удалению.

Задание 48.

Пациент Н., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области нижней челюсти справа, отек правой щеки, ограничение открывания рта. Из анамнеза известно, что пациент заболел остро, когда появились боли в области зуба 4.6. За медицинской помощью он не обращался. Через сутки появился отек правой щеки и отек под челюстью. Затем ограничилось открывание рта, повысилась температура тела до 37,9 °С, ухудшилось общее самочувствие. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека правой околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областей. Кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (1,2 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта пациентом ограничено (2 см). При осмотре полости рта определяется отек, инфильтрация, гиперемия слизистой оболочки, выбухание переходной складки в проекции зубов 4.7, 54 4.6, 4.5. Коронка зуба 4.6 разрушена на $\frac{2}{3}$. Указанный зуб патологически подвижен (II степень), его перкуссия

болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в области дистального корня зуба 4.6 определяется очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,6$ см) с нечеткими контурами в виде языков пламени.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациенту?

2. Почему у пациента ограничено открывание рта?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит нижней челюсти справа от зуба 4.6.

2. У пациента ограничено открывание рта, так как присутствует воспалительная контрактура, которая может иметь место при периостите нижней челюсти, если гнойный экссудат и воспалительная инфильтрация распространяются к углу и ветви челюсти и на прикрепляющиеся здесь мышцы — жевательную и медиальную крыловидную.

Задание 49.

Пациентка Е., 18 лет, обратилась в поликлинику к стоматологу хирургу с жалобами на боль в течение 3 дней при накусывании на зуб 1.2, припухлость верхней губы справа, появившуюся день назад. Объективно: общая реакция организма выражена умеренно, температура тела $37,5$ °С. При внешнем осмотре определяется асимметрия лица за счет отека мягких тканей в области верхней губы справа. Кожные покровы в данной области физиологической окраски. При пальпации в глубине отека мягких тканей определяется ограниченный, плотный, болезненный инфильтрат ($1,5 \times 1,5$ см). Регионарные лимфатические узлы (поднижнечелюстные справа) увеличены ($1,5 \times 1,0$ см), слегка болезненны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.2 гиперемирована, отечна, при пальпации болезненна. Переходная складка в области зуба 1.2 сглажена. В зубе 1.2 имеется глубокая кариозная полость, зондирование которой безболезненно. Перкуссия зуба 1.2 резко болезненна. Зуб патологически подвижен (II степень). Перкуссия зубов 1.3 и 1.4 безболезненна, их патологической подвижности не определяется.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациентке?

2. Какое обследование необходимо провести пациентке для определения тактики в отношении причинного зуба?

3. Укажите этапы первичной хирургической обработки гнойного очага.

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти справа во фронтальном отделе от зуба 1.2.

2. Для определения тактики в отношении причинного зуба необходимо провести рентгенологическое обследование (дентальный снимок зуба 1.2).

3. Этапы первичной хирургической обработки гнойного очага следующие:

- адекватное обезболивание;
- рассечение слизистой оболочки, надкостницы (длина разреза должна соответствовать протяженности воспалительного инфильтрата);
- разведение краев раны и опорожнение гнойного очага;
- инстилляционная обработка раны раствором антисептика;
- для свободного оттока гнойного экссудата и предупреждения сращения краев раны введение резинового дренажа, ширина которого должна соответствовать длине операционной раны.

Задание 50.

Пациентка Ж., 68 лет, предъявляет жалобы на боль в области верхней челюсти справа и припухлость щеки справа, которая появилась один день назад. Объективно: конфигурация

лица изменена за счет отека мягких тканей щечной области справа. Кожные покровы в данной области физиологической окраски, пальпация тканей болезненна. Регионарные лимфатические узлы (поднижнечелюстные, подбородочные и околоушные) увеличены ($1,0 \times 1,2$ см), эластичной консистенции, слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области зуба 1.6 с вестибулярной стороны слизистая оболочка гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена, симптом флюктуации положительный. При пальпации определяется ограниченный болезненный плотный инфильтрат протяженностью 1,5 см. Зуб 1.6 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, реставрация коронки выполнена пломбой из композици- 56 онного материала. Перкуссия зуба 1.6 незначительно болезненна. Указанный зуб патологически подвижен (II степень). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки небного корня определяется очаг разрежения костной ткани с четкими контурами размером до 0,3 см в диаметре. В канале небного корня на $\frac{2}{3}$ его длины констатируются следы рентгенконтрастного пломбировочного материала. Медиальный и дистальный щечные корни зуба искривлены, их каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины. Температура тела пациента утром $37,1^\circ\text{C}$, вечером $38,2^\circ\text{C}$. В периферической крови определяется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево и С-реактивный белок (до ++).

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования следует поставить пациентке?

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении причинного зуба?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз хронический гранулематозный периодонтит 1.6 в стадии обострения, осложненный острым гнойным периоститом верхней челюсти справа.

2. Зуб 1.6 подлежит удалению в экстренном порядке на основании клинических проявлений (гиперэргической реакции организма) и данных лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы).

Задание 52.

Пациент Р., 31 год, находится на лечении у стоматолога-хирурга. Три дня назад пациенту был удален зуб 4.6 и выполнена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти от зуба 4.6. Врач назначил пациенту местное лечение: гипотермию и ванночки с гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в день. Через три дня пациент, придя на прием, отметил, что его беспокоят головные боли, бессонница, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Он указал, что боли в области нижней челюсти и отек мягких околочелюстных тканей сохраняются. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены ($1 \times 1,2$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти справа. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 4.5, 4.7, лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной сторон. Лунка удаленного зуба 4.6 выполнена серым фибринозным налетом. В преддверии полости рта по переходной складке визуализируется рана протяженностью 1,5 см с дренажом из перчаточной резины, по которому выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента $38,2^\circ\text{C}$. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной

формулы влево, повышенная СОЭ (16 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+).

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.
2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога при ведении данного пациента.

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа, ограниченный пределами лунки зуба 4.6.

2. Стоматологом-хирургом при ведении пациента были допущены следующие тактические ошибки:

- не назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные (в данной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
- не назначены ежедневные перевязки с обязательной заменой дренажа и инстилляцией раны растворами антисептиков.

Задание 53.

Пациент Л., 45 лет, обратился с жалобами на боли в области нижней челюсти слева, озноб, слабость, затрудненное открывание рта, боль в горле слева, чувство онемения подбородка и нижней губы слева. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных мягких тканей в области нижней челюсти слева.

Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1,2 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот с трудом из-за сильной боли в нижней челюсти слева и воспалительной контрактуры жевательных мышц. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 3.8 и 3.7 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с язычной стороны. Зуб 3.8 на жевательной поверхности имеет глубокую кариозную полость, выполненную размягченным дентином, ее зондирование безболезненно. Перкуссия зубов 3.8 и 3.7 болезненна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). В области зуба 3.8 с дистальной поверхности имеется патологический зубодесневой карман, из которого при надавливании на зуб выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области, вовлеченной в гнойно-воспалительный процесс участков костной ткани нижней челюсти, патологических изменений не выявлено. Температура тела пациента 38,1 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки, С-реактивный белок (+).

1. На основании данных клинического обследования пациента поставьте диагноз.
2. Как именуется симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева? Клиническим признаком каких изменений он является в данной ситуации?

Эталон ответа:

1. На основании данных клинического обследования пациенту должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный ограниченный остеомиелит нижней челюсти слева от зуба 3.8.

2. Симптом, свидетельствующий об онемении подбородка и нижней губы слева, именуется симптомом Венсана, который является клиническим признаком вовлечения в патологический процесс сосудисто-нервного пучка, расположенного в нижнечелюстном канале.

Задание 54.

В отделение челюстно-лицевой хирургии поступил пациент Н., 50 лет, с жалобами на наличие свища в поднижнечелюстной области справа. Из анамнеза установлено, что 3 месяца назад по поводу хронического апикального периодонтита был удален зуб 4.8, после чего через два дня пациент поступил в отделение септической челюстно-лицевой хирургии с жалобами на сильные боли в области лунки удаленного зуба 4.8, асимметрию лица за счет коллатерального отека правой половины лица, неприятный запах изо рта, слабость, озноб, неоднократно повторяющийся в течение суток. Ему был поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от удаленного зуба 4.8, осложненный флегмоной крылонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. В клинике была произведена операция — первичная хирургическая обработка гнойного очага. В течение двух недель проводилось комплексное противовоспалительное лечение. Лучевые методы исследования не выполнялись. Пациент был выписан на амбулаторное долечивание под наблюдением стоматолога-хирурга поликлиники по месту жительства. Через 2,5 месяца после операции (первичной хирургической обработки гнойного очага) в области послеоперационного рубца открылся свищ, из которого выделялся гнойный экссудат.

1. На основании данных, представленных в условии задачи, поставьте пациенту предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования должны быть проведены пациенту для верификации диагноза?
3. Какая ошибка в обследовании пациента была допущена челюстно-лицевыми хирургами в стационаре?

Эталон ответа:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен предположительный диагноз хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа.
2. Для верификации диагноза пациенту необходимо назначить лучевые методы исследования.
3. Челюстно-лицевыми хирургами в стационаре была допущена ошибка в обследовании пациента, заключающаяся в том, что ему не были проведены лучевые методы исследования.

Задание 55.

Пациент Ю., 28 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на тупые боли в области проекции зуба 3.8, которые носят периодический характер и беспокоят в течение недели. К врачу пациент не обращался, лечился самостоятельно, используя полоскания полости рта и компрессы на область угла нижней челюсти. Однако сутки назад состояние ухудшилось, начали беспокоить боли в горле слева. Ограничилось открывание рта, а в поднижнечелюстной области проявилось округлое подвижное образование небольшой величины. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,5 × 0,7 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта ограничено (2–2,5 см) за счет воспалительной контрактуры жевательных мышц слева. При осмотре полости рта: зуб 3.8 частично прорезался двумя медиальными буграми, дистальные бугры покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна. Имеется патологический зубодесневой карман в области капюшона с дистальной поверхности от зуба 3.8. При зондировании из патологического зубодесневого кармана зуба 3.8 выделяется гнойный экссудат с кровью. Какой полный диагноз должен быть поставлен пациенту в соответствии с данными, представленными в условии задачи?

Эталон ответа:

Учитывая данные, представленные в условии задачи, и принимая во внимание тот факт, что лимфаденит челюстно-лицевой области редко бывает первичным заболеванием и преимущественно развивается как реакция регионарных лимфатических узлов на какой-либо воспалительный процесс, пациенту должен быть поставлен следующий полный диагноз: острый гнойный перикоронарит от зуба 3.8, осложненный серозным одонтогенным лимфаденитом поднижнечелюстной области слева.

Задание 56.

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ш., 47 лет, с жалобами на появление три недели назад в поднижнечелюстной области слева округлого, болезненного при пальпации образования, которое не изменяется в размерах на протяжении указанного времени. Из анамнеза известно, что у пациента имел место туберкулез. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование (1,2 × 1,2 см), эластичной консистенции, подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков физиологической окраски. Полость рта санирована и запротезирована. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) очагов хронической одонтогенной инфекции не выявлено. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Эталон ответа:

Учитывая данные, представленные в условии задачи, и принимая во внимание тот факт, что лимфаденит челюстно-лицевой области редко бывает первичным заболеванием и преимущественно развивается как реакция лимфатических узлов на какой-либо воспалительный процесс, в том числе и специфического генеза, у пациента следует исключить туберкулезный лимфаденит. С этой целью стоматолог-хирург должен направить пациента в туберкулезный диспансер, где ему будет выполнена пункция лимфатического узла с последующим исследованием пунктата на наличие возбудителя туберкулеза.

Задание 57.

Пациент А., 18 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на припухлость лица слева, незначительные тупые боли в области припухлости, повышение температуры тела до 37,2 °С. Из анамнеза известно, что у пациента на лице периодически появляется гнойничковая сыпь. Один из гнойничков он выдавил. Через день в месте локализации этого гнойничка появилось уплотнение мягких тканей, покраснение кожных покровов в области уплотнения. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека подглазничной области слева, а также наличия инфильтрата округлой формы в левой щечной области. В центре инфильтрата 72 определяется некротический стержень. Кожа над инфильтратом красного цвета, она спаяна с подлежащими тканями. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,4 × 0,7 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Составьте план комплексного лечения пациента.

Эталон ответа:

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз фурункул щечной области слева.

2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.
3. План комплексного лечения пациента должен включать следующие пункты:
 - первичную хирургическую обработку гнойного очага (разрез, опорожнение гнойного очага тупым путем при помощи зажима-маскиста, удаление некротического стержня, некрэктомию, инстилляцию раны растворами антисептиков, дренирование раны марлевой турундой с гипертоническим раствором);
 - использование антикоагулянтов (с учетом данных коагулограммы) прямого или непрямого действия;
 - комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
 - дезинтоксикационную терапию;
 - общеукрепляющую терапию;
 - иммунокорректирующую терапию;
 - ФТЛ или рефлексотерапию.

Задание 58.

Пациент В., 52 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на припухлость лица справа в области носогубной складки, повышенную температуру тела (37,8–38 °С), боли в области припухлости, головную боль, слабость, плохой сон. Пациент отмечает, что боли в области припухлости носят пульсирующий характер и иррадиируют в ухо, висок, глаз. Он считает себя больным в течение последних трех дней, когда в области носогубной складки справа после бритья появилось покраснение кожных покровов, чувство дискомфорта и покалывания. Из анамнеза пациента известно, что он в течение 10 лет страдает сахарным диабетом. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека в области носогубной складки справа, распространяющегося на прилежащие ткани. Инфильтрат болезненный при пальпации. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. В области инфильтрата определяются три некротических стержня. Констатируется отек щечной и подглазничной областей справа с распространением на внутренний угол правого глаза. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,5 × 0,8 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,9 °С. Пациент бледный, вялый, апатичный. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Какое обследование должно быть назначено пациенту в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз карбункул носогубной складки справа.
2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.
3. В указанной клинической ситуации пациенту должно быть назначено следующее обследование:
 - общий развернутый анализ крови;
 - общий анализ мочи;
 - биохимический анализ крови;
 - развернутая коагулограмма;

- определение ПТИ;
- анализ крови на сахар;
- консультация эндокринолога.

Задание 59.

Пациент Э., 42 года, работающий сантехником, находился на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии с диагнозом фурункул верхней губы справа. На седьмые сутки после завершения курса комплексного лечения, включавшего первичную хирургическую обработку гнойного очага, послеоперационного медикаментозного и физиотерапевтического лечения пациент в удовлетворительном состоянии был выписан под наблюдение стоматолога-хирурга в поликлинике по месту жительства для продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.

1. Обоснуйте выписку пациента под наблюдение стоматолога хирурга в поликлинике по месту жительства для продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.
2. Дайте пациенту рекомендации по медикаментозному и физиотерапевтическому лечению.

Эталон ответа:

1. Принимая во внимание, что курс комплексного лечения (хирургического, медикаментозного и физиотерапевтического), соответствующего диагнозу, завершен, и учитывая удовлетворительное состояние пациента, отсутствие у него жалоб, а также то, что клинически констатируется значительное улучшение и результаты лабораторного обследования (общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, развернутая коагулограмма, ПТИ, анализ крови на сахар) в норме, можно выписать пациента под наблюдение стоматолога-хирурга в поликлинике по месту жительства для продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий.
2. Пациенту с целью продолжения курса лечебно-реабилитационных мероприятий рекомендуются:
 - поливитамины с микроэлементами («Теравит тоник» — по 1 драже в день во время завтрака в течение 30 дней);
 - фонофорез с гидрокартизоном на область послеоперационной раны (курс 5 сеансов, ежедневно).

Задание 60.

Пациент Ш., 39 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на боль и припухлость мягких тканей правой половины лица, ограничение открывания рта, повышение температуры тела до 38,4 о С, слабость, тошноту, недомогание. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека и инфильтрации мягких тканей в поднижнечелюстной, щечной, околоушно-жевательной и височной областях справа. В отдельных участках инфильтрата имеются очаги размягчения. Кожа над ним синюшного цвета, она спаяна с подлежащими тканями. Через свищи истекает тягучее гнойное отделяемое, содержащее мелкие белесоватые зерна. Открывание рта ограничено до 1,5 см между центральными резцами. Полость рта не санирована, присутствуют множественные очаги хронической одонтогенной инфекции.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациенту?
3. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Эталон ответа:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен диагноз подочно-межмышечная (глубокая) форма актиномикоза

поднижнечелюстной, щечной, околоушно-жевательной, височной областей справа, стадия абсцедирования.

2. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования: микроскопическое исследование мазка отделяемого, бактериологическое исследование, иммунологическое исследование (кожно-аллергическая проба с актинолизатом).

3. План лечения пациента в указанной клинической ситуации должен включать следующие позиции:

- первичную хирургическую обработку абсцесса с дренированием раны;
- обязательную санацию полости рта, в том числе и хирургическую (по показаниям);
- обеспечение специфического иммунитета при помощи актинолизата или ПАВ;
- комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
- повышение общей реактивности организма (витамины, адаптогены, препараты пуринового и пиримидинового ряда);
- лечение сопутствующих заболеваний (по показаниям);
- физиотерапию и ЛФК.

Задание 61.

Пациент К., 40 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на болезненные высыпания в полости рта, затрудненный прием пищи. Из анамнеза установлено, что около месяца пациент страдает лихорадочным состоянием, отмечает потливость, потерю аппетита, резкое похудение. На протяжении нескольких месяцев наблюдались высыпания на губах в виде пузырьков, корочек, но к стоматологу пациент не обращался. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски.

Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,4 × 0,4 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта отмечается поражение слизистой оболочки в области твердого и мягкого неба, переходных складок в виде язв неправильных очертаний, покрытых серовато-белым налетом. На нижней губе определяются пузырьки, заполненные серозным экссудатом, на гиперемизированном основании.

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?

2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

Эталон ответа:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен предварительный диагноз рецидивирующий герпетический стоматит на ВИЧ-инфекции.

2. В указанной клинической ситуации врач должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования:

- на обнаружение вирусных антигенов (метод флуоресцирующих антител, молекулярная гибридизация);
- на обнаружение антител к ВИЧ (иммуноферментный анализ, метод флуоресцирующих антител, иммуноблоттинг, радиоиммунореципитация).

Задание 62.

Пациентка Н., 23 года, обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие язвы в области красной каймы нижней губы. Пациентка считает себя больной в течение четырех недель. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической

окраски. Подподбородочные, поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, подвижны, безболезненны, плотноэластичной консистенции, кожа над ними в цвете не изменена. При осмотре в области нижней губы определяется язва округлой формы с ровными неподрытыми краями, четко отграниченная от окружающих тканей. Ее дно имеет цвет красного мяса. Язва покрыта небольшим количеством прозрачного серозного отделяемого. По ее периферии определяется застойно-гиперемированная кайма. Под язвой пальпируется ограниченный, безболезненный, хрящеподобный инфильтрат.

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?

2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациентке?

Эталон ответа:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке должен быть поставлен предварительный диагноз сифилис (первичный период).

2. Диагноз необходимо подтвердить выявлением бледной трепонемы. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен назначить пациентке следующие дополнительные методы обследования:

- микроскопию в темном поле (исследование мазков, взятых с поверхности первичной сифиломы, или изучение пунктата регионарных лимфатических узлов);
- серологические реакции (анализ крови на RW).

Задание 63.

Пациент З., 57 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие резко болезненной язвы в области языка, увеличенные и болезненные подподбородочные и поднижнечелюстные узлы, повышение температуры тела. Пациент считает себя больным в течение трех недель. В анамнезе имеется туберкулез легких. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы слегка болезненные, плотноватые, бугристые, плохо подвижные, с кожей не спаянные. При осмотре полости рта: в области корня языка определяется язва (1 × 1,5 см), дно и края которой уплотненные, неровные, отечные, покрытые грязно-серым налетом.

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?

2. Какие дополнительные методы обследования в указанной клинической ситуации должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

Эталон ответа:

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен предварительный диагноз туберкулезная язва корня языка.

2. В указанной клинической ситуации для уточнения диагноза врач должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования: пробы Пирке, Манту, Коха, микроскопическое, бактериоскопическое исследования.

Задание 64.

У пациента К., 48 лет, имеются три увеличенных лимфатических узла (в поднижнечелюстной, подмышечной и подколенной областях). Они 93 подвижные, плотноватые, размером до 3 см в диаметре, с кожей и подлежащими тканями не спаянные. Кожные покровы над поверхностью указанных лимфатических узлов в цвете не изменены. У пациента констатирован многоочаговый опоясывающий лишай. Из анамнеза известно, что за последний год пациент значительно потерял вес. По данным лабораторных методов исследования установлен уровень CD4-лимфоцитов крови, равный 450 кл/мкл, отмечается лейкопения и лимфопения. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?

Эталон ответа:

Учитывая, что у пациента имеется три клинических признака (персистирующая генерализованная лимфаденопатия; многоочаговый опоясывающий лишай; значительное снижение массы тела), а также отмечается два лабораторно-диагностических признака (уровень CD4-лимфоцитов крови, равный 450 кл/мкл; лейкопения и лимфопения), ему может быть поставлен диагноз СПИД-ассоциированный комплекс.

Задание 65.

На консультацию пациента С., 29 лет, находящегося на стационарном лечении в общем терапевтическом отделении, пригласили стоматолога хирурга. Пациент предъявляет жалобы на повышение температуры тела различной интенсивности (чаще 37,5–38 °С, реже 39 °С), которое сопровождается познабливанием и потливостью; на боли и першение в горле, изъязвления на слизистой оболочке полости рта, боли в суставах и головные боли, высыпания на лице, туловище, конечностях. Из анамнеза удалось установить, что пациент относится к группе риска и употребляет наркотические вещества, причем наиболее часто вводит их внутривенно. Объективно: температура тела 37,9 °С, определены острый тонзиллит и фарингит, эритема и изъязвления на слизистой оболочке полости рта и глотки, полиаденопатия, увеличение печени и селезенки. На лице, туловище и конечностях констатированы петехиальные высыпания. В периферической крови отмечается незначительный лейкоцитоз, невысокий лимфоцитоз, появление молодых форм лимфоцитов, показатели СОЭ в пределах нормы.

1. Какой диагноз должен предположить консультант в данной клинической ситуации?
2. Какую стадию заболевания должен предположительно определить стоматолог-хирург?

Эталон ответа:

1. В данной клинической ситуации консультант должен предположить диагноз ВИЧ-инфекция.
2. В данной клинической ситуации стоматолог-хирург должен предположительно определить острую фазу ВИЧ-инфекции.

Вопросы (устный опрос, собеседование)

1. Операция удаления зуба. Показания и противопоказания, этапы, методика удаления с использованием щипцов, элеваторов, бормашины.
2. Особенности удаления зубов у лиц с сопутствующими заболеваниями и пожилым и старческим возрасте.
3. Заживление лунки после удаления зуба. Зубосохраняющие операции.
4. Осложнения, возникающие во время и после удаления зуба и корней.
5. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстей.
6. Болезни прорезывания зубов.
7. Одонтогенный остеомиелит челюстей. Классификация. Клинические проявления. Дифференциальная диагностика, лечение.
8. Изменения в кости, выявляемые в различных стадиях остеомиелита при рентгенологическом исследовании челюсти.
9. Лимфаденит лица и шеи. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, методы лечения.
10. Одонтогенный верхнечелюстной синусит.

11. 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
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	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.	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	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.

12.

13. *Критерии оценивания тестового контроля:*

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

14.

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

16. *Критерии оценивания собеседования:*

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа
отлично	прочность знаний, знание основных	высокое умение объяснять сущность,	высокая логичность и

	процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	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 ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

17.

18. 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