

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Сборник задач



Минск БГМУ 2012

УДК [616.716.8 + 616.31]-089 (075.8)
ББК 56.6 я73
Ч-34

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
сборника задач 09.11.2011 г., протокол № 2

Авторы: И. О. Походенько-Чудакова, О. П. Чудаков, А. З. Бармуцкая, В. Л. Евтухов, Н. Н. Чешко, Ю. М. Казакова, Е. А. Авдеева, Т. Л. Шевела, Е. В. Максимович, И. Ю. Федченко

Рецензенты: зав. каф. хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Харьковского национального медицинского университета д-р мед. наук, проф. Г. П. Рузин; доц. каф. стоматологии детского возраста Белорусского государственного медицинского университета канд. мед. наук А. Н. Кушнер

Челюстно-лицевая хирургия и хирургическая стоматология: сб. задач / Ч-34 И. О. Походенько-Чудакова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2012. – 212 с.
ISBN 978-985-528-540-4.

Содержит ситуационные задачи по разделам: введение в челюстно-лицевую хирургию и хирургическую стоматологию, обезболивание в челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии, дентальная хирургия, одонтогенные воспалительные процессы, специфические воспалительные процессы челюстно-лицевой области, болезни верхнечелюстной пазухи. В сборник ситуационных задач включены правильные ответы, что позволяет использовать данное издание для самостоятельной подготовки студентов и определения конечного уровня их знаний.

Предназначено для студентов 3-го курса стоматологического факультета и студентов-стоматологов медицинского факультета иностранных учащихся для использования при обучении на элективных курсах по выбору, клинических ординаторов, аспирантов.

УДК [616.716.8 + 616.31]-089 (075.8)
ББК 56.6 я73

ISBN 978-985-528-540-4

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2012

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД — артериальное давление
ВУТ — временная утрата трудоспособности
ОЦГ МРЭК — Областная центральная городская медико-реабилитационная экспертная комиссия
ОЦП СПИД — областной центр профилактики СПИДа
ПАВ — поливалентная актиномицетная вакцина
ПТИ — протромбиновый индекс
РЦП СПИД — Республиканский центр профилактики СПИДа
ФТЛ — физиотерапевтическое лечение
ЧСС — число сердечных сокращений
ЭОД — электроодонтодиагностика
RW — реакция Вассермана
ЛИИ — лейкоцитарный индекс интоксикации
ИПТ — интегральный показатель тяжести

ЧАСТЬ 1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Тема 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТОВ) ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ И СТАЦИОНАРЕ

Задача 1

Стоматолога-хирурга пригласили для консультации по вопросу требований к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности. Хирургический кабинет планируется разместить в помещении площадью 12 м². Стены кабинета хирургической стоматологии планируется на 1,5 м в высоту от пола облицевать кафелем темно-фиолетового цвета, а далее до потолка произвести окраску масляной краской, полы выстлать линолеумом, который будет подниматься на стены на 5–10 см, заделываться со стеной заподлицо и сверху фиксироваться пластиковым плинтусом.

Какие требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке будут нарушены в открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности?

Задача 2

В отчете учреждения здравоохранения стоматологического профиля отмечено, что поликлиника относится ко второй категории и в ней имеется от 20 до 24 врачебных должностей.

1. Какая ошибка в отчете учреждения здравоохранения?
2. Что характеризует категория стоматологической поликлиники?
3. Укажите перечень установленных категорий стоматологических поликлиник.

Задача 3

В контрольной работе студента 3-го курса стоматологического факультета по теме «Организация службы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» указано, что в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь предусмотрено выделение 5 должностей стоматологов на 10 000 населения. В стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7–12 штатных должностей, дополнительно выделяется ставка заведующего отделением. Стоматологи-хирурги подчиняются заведующему лечебно-профилактическим отделением учреждения здравоохранения.

Какие ошибки были допущены учащимся в контрольной работе?

Задача 4

В стоматологическом хирургическом кабинете на два хирургических кресла параллельно ведут прием два стоматолога-хирурга. Им помогают в выполнении работы 1 медсестра и 1 младшая медсестра.

Имеются ли нарушения штатного расписания при указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета? Укажите правильный расчет ставок и должностей.

Задача 5

Стоматолога-хирурга включили в комиссию по поводу введения в эксплуатацию хирургического стоматологического кабинета. Кабинет расположен на цокольном этаже жилого здания. Площадь помещения составляет 24 м². На указанной площади размещено два стоматологических хирургических кресла. Высота кабинета 3 м. Стены на 2 м от пола облицованы светло-серой плиткой с коэффициентом отражения не менее 40 %, а выше покрашены белой масляной краской. Полы покрыты линолеумом, поднятым на стены на высоту 5–10 см и заделанным со стеной заподлицо. Пластиковые плинтусы расположены под линолеумом. Двери и окна в кабинете окрашены белой масляной краской. Имеется непрозрачная перегородка высотой 2 м, разделяющая рабочие места стоматологов-хирургов. Световой коэффициент (отношение остекленной поверхности окон к площади пола) составляет 1 : 7.

Может ли стоматолог-хирург подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета? Ответ поясните.

Тема 2. ПОДГОТОВКА РУК ХИРУРГА И ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ. ДЕЗИНФЕКЦИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 25 лет, по поводу удаления зуба 3.6. Из анамнеза известно, что с 5 лет пациент болен гепатитом С.

Следует ли в данной клинической ситуации проводить специальную дезинфекцию и стерилизацию хирургического инструментария после приема пациента?

Задача 2

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился пациент С., 25 лет. Из анамнеза стало известно, что он ВИЧ-инфицирован. Однако врач продолжил осмотр пациента без маски и перчаток.

1. Какие нарушения санитарно-эпидемиологического режима были допущены врачом?

2. Следует ли проводить дополнительную обработку инструментария, использованного при осмотре пациента?

Задача 3

В хирургическом стоматологическом кабинете при проверке санитарно-эпидемиологического режима установлено: рабочий раствор для обработки хирургического инструментария «Гексодекон» заменяли через 48 часов. Плановая замена дезинфицирующих средств препаратами другого типа осуществлялась через 6 месяцев.

1. Каков срок замены рабочего раствора?

2. Через какой период времени должна осуществляться плановая замена одного вида дезинфицирующих средств другим?

3. Какие современные дезинфицирующие средства применяются в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии?

Задача 4

Стоматологу-хирургу при удалении зуба дополнительно потребовался прямой элеватор, которого не оказалось среди подготовленных к работе стерильных инструментов. Врач попросил медсестру подать ему необходимый инструмент из числа прошедших дезинфекцию.

1. Можно ли использовать хирургический инструментарий, прошедший только дезинфекцию?

2. В чем отличие дезинфекции от стерилизации?

Задача 5

При проверке санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом стоматологическом кабинете выявлено использование хирургического инструментария. При проверке качества его обработки была констатирована положительная проба на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

1. Какая проба позволяет выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии?
2. Какова методика проведения пробы на скрытую кровь?

Тема 3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Задача 1

К стоматологу-хирургу обратился пациент с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1.

1. Каков план обследования данного пациента?
2. Какие субъективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
3. Какие объективные методы обследования следует использовать у данного пациента?

Задача 2

Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 °С в течение 2–3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на 1/2. Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована.

1. Как именуется симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата?
2. Какова методика определения симптома, указывающего на наличие гнойного экссудата в области инфильтрата?

Задача 3

Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюннно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Задача 4

Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа.

1. Какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

2. Какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

3. Какие из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

Задача 5

Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи.

1. Какую ошибку допустил стоматолог-хирург при обследовании пациентки?

2. Какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

Тема 4. ВИДЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ИНСТРУМЕНТЫ, МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

1. Какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?

2. Какому обезболиванию следует отдать предпочтение? Ответ поясните.

3. Какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезбоживания?

Задача 2

При проведении амбулаторного хирургического вмешательства по поводу поверхностной папилломы слизистой оболочки альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны пациент был практически здоров, аллергологический анамнез неотягощен. После выполнения аппликационной (терминальной) анестезии при помощи 10%-ного раствора лидокаина в аэрозоле у пациента начало снижаться артериальное давление (АД).

1. Каков механизм развития указанного симптома?

2. Какие профилактические мероприятия следует осуществлять для предотвращения подобных явлений и последующих осложнений (коллапса)?

Задача 3

Стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.7 необходимо выполнить проводниковую анестезию. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения анестезии и предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какой шприц готовить для проведения анестезии?»

1. Какие шприцы могут быть использованы для проведения инъекционного обезбоживания?

2. Каким шприцам следует отдавать предпочтение при выполнении проводниковой анестезии? Ответ поясните.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 27 лет, с жалобами на постпломбировочные боли в области зуба 1.5. Из анамнеза известно, что зуб был запломбирован вчера во второй половине дня. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез неотягощен. Она настаивает на обезболивании или удалении зуба из-за мучительного, непрекращающегося болевого приступа. После обследования врач констатирует следующее: конфигурация лица пациентки не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.5 в цвете не изменена, зуб 1.5 под пломбой из фотополимера, он неподвижен, его перкуссия слегка положительна. На рентгенограмме: зуб 1.5 запломбирован до верхушки. Очагов деструкции в области периапикальных тканей не наблюдается.

1. Какой вид обезболивания следует рекомендовать пациентке в данной клинической ситуации?
2. Как осуществляется данный вид обезболивания?

Задача 5

Стоматолог-хирург должен выполнить пункцию верхнечелюстной пазухи у пациентки Д., 29 лет, с диагнозом острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева. Пациентка не имеет соматических заболеваний, аллергологический анамнез не отягощен.

1. Какую анестезию следует провести в данной клинической ситуации?
2. К какому виду местного обезболивания относится данная анестезия?
3. Какие анестетики могут быть использованы в данной клинической ситуации?
4. Каковы максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых?

Тема 5. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Задача 1

Пациент М., 58 лет, обратился к стоматологу-хирургу с направлением от стоматолога-ортопеда, в котором рекомендуется удалить зубы 2.1, 2.2 с целью санации полости рта перед протезированием. Объективно: зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), рецессия десны на $\frac{2}{3}$ длины корня. Слизистая оболочка десны в области указанных зубов гиперемирована, отечна, легко кровоточит при дотрагивании.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?
2. Какому из видов инфильтрационной анестезии следует отдать предпочтение? Ответ поясните.

Задача 2

Пациент П., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью хирургической санации полости рта перед протезированием. В анамнезе у данного пациента имеется аллергическая реакция на новокаин. Он был обследован у врача-аллерголога и получил следующие результаты: новокаин — 22 %; лидокаин — 15 %; ультракаин — 5 %. Пациент предъявляет жалобы на разрушение коронки зуба 2.4. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.4 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 2.4 безболезненны. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение

ние периодонтальной щели в проекции апекса корней зуба 2.4, каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины.

1. Какие виды инфильтрационной анестезии могут быть применены в данной клинической ситуации?
2. Какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?
3. Какова максимальная разовая доза избранного анестетика?

Задача 3

Пациенту К., 42 года, назначена операция по поводу удаления ретенционной кисты малой слюнной железы, локализующейся в преддверии полости рта в области нижней губы слева.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 4

Пациент Л., 49 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Пациент предъявляет жалобы на разрушенный ниже уровня десны зуб 2.5, который периодически беспокоит. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.5 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. В проекции апекса верхушки корня зуба 2.5 виден функционирующий свищевой ход. Зондирование зуба 2.5 безболезненно, перкуссия слабо положительна. На рентгенограмме в области апекса корня зуба 2.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Канал корня зуба 2.5 не пломбирован.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?
3. Какому инструментарию следует отдавать предпочтение при выполнении избранной анестезии?

Задача 5

Пациенту П., 34 года, поставлен диагноз фурункул щечной области слева. Необходимо провести первичную хирургическую обработку гнойного очага.

1. Какую анестезию следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какие особые условия следует соблюдать при выполнении избранной анестезии в данной клинической ситуации?

Тема 6. ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Задача 1

В приемный покой учреждения здравоохранения к дежурному стоматологу-хирургу обратился пациент В., 37 лет, с жалобами на ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, на боль в области нижней челюсти, а также при глотании справа, при движениях языком, болезненное, несколько затрудненное открывание рта. Объективно: конфигурация лица изменена с правой стороны за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области. Кожные покровы челюстно-лицевой области сохранили физиологическую окраску и легко собираются в складку. Констатировано острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов справа на стороне поражения. Открывание рта сопровождается болью, оно ограничено. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат, флюктуация. Причинный зуб 4.6 патологически подвижен, на $\frac{2}{3}$ разрушен кариозным процессом. При его перкуссии выявляется болезненность. Для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать в данной клинической ситуации?
2. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка З., 29 лет, с диагнозом радикулярная киста от зуба 3.2. Врач планирует такие оперативные вмешательства, как резекция верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомия. Для проведения операции стоматологу-хирургу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?
2. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.
3. Какова методика выполнения избранной анестезии?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ф., 32 года, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.2 для выполнения оперативного вмешательства — резекции верхушки корня зу-

ба 3.2. Врач выполнил торусальную анестезию и приступил к проведению операции. Однако пациент сообщил, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности торусальной анестезии?
2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?
3. Укажите анатомо-топографические ориентиры и методику выполнения торусальной анестезии по М. И. Вейсбрему.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 36 лет, с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит зуба 3.7 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 3.7. Врач выполнил проводниковую анестезию (мандибулярную) по методике Гоу-Гейта и попросил пациентку оставить рот максимально широко открытым в течение 2–4 минут. Пациентка проигнорировала просьбу и сразу после окончания выполнения анестезии закрыла рот. Стоматолог-хирург через 20 минут приступил к операции. Однако пациентка сообщила, что чувствует боль.

1. Какова вероятная причина неэффективности мандибулярной анестезии, выполненной по методу Гоу-Гейта?
2. В чем заключается особенность методики выполнения мандибулярной анестезии по методу Гоу-Гейта?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ю., 31 год, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.5 для выполнения оперативного вмешательства — удаления зуба 4.5. Врач выполнил торусальную анестезию. Через 10 минут стоматолог-хирург приступил к операции. Однако пациент указал на то, что ощущает сильную боль с язычной стороны.

Как следует скорректировать обезболивание в данной клинической ситуации?

Тема 7. ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Б., 42 года, для выполнения оперативного вмешательства — удаления папилломы слизистой оболочки неба в области зубов 1.1 и 1.2. Для проведения операции врачу предстоит выбрать метод обезболивания.

1. Какой вид местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?

2. Какие существуют варианты выполнения избранной анестезии?
3. Укажите анатомо-топографические ориентиры, необходимые для выполнения избранной анестезии.

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 40 лет, для хирургической санации полости рта (удаления очагов хронической одонтогенной инфекции — зубов 2.7 и 2.8). Для проведения оперативного вмешательства врач выбрал туберальную проводниковую анестезию. Через 10 минут он приступил к операции. Однако пациентка указала на то, что ощущает сильную боль с небной стороны.

1. Какова вероятная причина неэффективности обезболивания?
2. Какой тактики в сложившейся клинической ситуации следует придерживаться стоматологу-хирургу?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу с целью удаления зуба 1.3 обратился пациент К., 29 лет, которому были выполнены резцовая и инфраорбитальная анестезии. Однако пациент ощущал болезненность во время манипуляции с небной стороны.

1. Какова методика выполнения резцовой анестезии?
2. Какова методика выполнения инфраорбитальной анестезии?
3. Укажите причину болевых ощущений пациента.

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 38 лет, которой предстоит оперативное вмешательство на костной ткани альвеолярного отростка верхней челюсти в области зубов 2.3, 2.4, 2.5, 2.6.

1. Какие методы местной анестезии следует использовать для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве?
2. Какова методика выполнения указанных методов местной анестезии?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент О., 44 года, которому предстояло оперативное вмешательство — удаление зуба 1.6. Пациенту были выполнены туберальная и небная анестезии. Однако адекватного обезболивания не наступило — пациент во время манипуляций ощущал боль.

- Какова причина болевых ощущений пациента?

Тема 8. ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ: НАРКОЗ, АТАРАЛГЕЗИЯ, НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИЯ, АКУПУНКТУРНАЯ АНАЛГЕЗИЯ, АНАЛГЕЗИЯ С ПОМОЩЬЮ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Задача 1

Пациенту К., 48 лет, с травматическим переломом верхней челюсти по Ле Фор I (полное черепно-лицевое разъединение) необходимо проведение первичной хирургической обработки линии перелома с краниомаксиллярным остеосинтезом. Врач рекомендовал эндотрахеальный наркоз, назо-трахеальную интубацию.

1. Какая ошибка допущена врачом? Объясните почему.
2. Какой вид анестезиологического пособия при данной патологии следует считать оптимальным?
3. Какой путь интубации следует избрать?

Задача 2

Пациентке С., 31 год, предстояло оперативное вмешательство в амбулаторных условиях — цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба 2.3 по поводу радикулярной кисты. Комплексное предоперационное обследование не выявило какой-либо сопутствующей патологии, аллергологический анамнез пациентки был не отягощен. В предоперационном периоде ей не назначали никаких лекарственных препаратов. В назначенный день и час при явке в поликлинику для проведения операции пациентка отметила, что в течение последних 1,5 суток испытывала страх и тревогу, плохо спала ночью. При этом никаких дополнительных исследований ей выполнено не было. В процессе непосредственной подготовки к оперативному вмешательству при проведении местной анестезии у пациентки развился гипертонический криз, и хирургическое вмешательство пришлось отложить. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи, и пациентку госпитализировали в кардиологическое отделение.

1. Каковы причины развившегося осложнения?
2. Какой должна быть профилактика подобных осложнений? Какие лекарственные средства следует использовать с этой целью?
3. Какие еще осложнения могут развиваться при непосредственной подготовке к оперативному вмешательству? С какими патологическими состояниями их следует дифференцировать?

Задача 3

Пациент З., 58 лет, направлен в хирургический кабинет стоматологического отделения поликлиники с целью активной хирургической санации полости рта. В анамнезе у пациента: инфаркт миокарда, перенесенный 2 года назад, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия.

1. Какими должны быть действия стоматолога-хирурга на амбулаторном приеме в отношении данного пациента (где следует выполнять оперативное вмешательство)?

2. Каким группам пациентов и при каких условиях противопоказано общее обезболивание в амбулаторных условиях?

Задача 4

Пациентке В., 28 лет, с диагнозом укороченное небо — недостаточность ротоглоточного затвора, закрытая риноплазия рекомендовано оперативное вмешательство — велофарингопластика по Санвенеро–Расселли (II этап), которая заключается в выкраивании лоскута слизисто-фасциальной структуры в области задней стенки глотки, формировании из лоскута заднего отдела мягкого неба с язычком и зашивании раны «материнской почвы».

1. Какой путь интубации трахеи следует избрать?

2. Укажите полное название данного вида интубации.

3. Назовите преимущества данного вида интубации перед другими применительно к рассматриваемой ситуации.

4. Какие интубационные трубки (с обязательным указанием диаметра и длины) являются наиболее приемлемыми для данного вида интубации трахеи?

Задача 5

Пациенту И., 35 лет, рекомендовано оперативное вмешательство — удаление ретенированного дистопированного зуба 4.8. В анамнезе у пациента выявлены частые аллергические реакции, проявляющиеся кожными высыпаниями. Он прошел обследование в аллергологическом центре, установить аллерген не представилось возможным.

1. Где следует проводить оперативное вмешательство?

2. Какие лекарственные средства в обязательном порядке должны быть включены в премедикацию?

3. Какова схема применения данных лекарственных средств?

Задача 6

Пациентке Ф., 25 лет, с диагнозом врожденная правосторонняя гипогинезия ушной раковины (тяжелой степени) проведена операция — тотальная правосторонняя отоластика (II этап — создание плоского эпителизированного кожного лоскута). Оперативное вмешательство проводилось под эндотрахеальным наркозом и длилось 2,5 часа. После прекращения наркоза пациентка проснулась на столе с восстановлением спонтанного дыхания. Экстубация проводилась в условиях операционной, и для полного выхода из наркоза пациентку перевели в палату пробуждения, где у нее была отмечена рекуаризация.

1. Что подразумевает понятие «рекураризация»?
2. Какой должна быть тактика врача при рекураризации?
3. Какие профилактические мероприятия необходимо обеспечить, чтобы избежать рекураризации?

Задача 7

Пациенту К., 35 лет, проводится оперативное вмешательство — открытая репозиция мышечного отростка нижней челюсти справа с одно-временным на костном чрезочаговым остеосинтезом системой титановых минипластин по поводу травматического одностороннего полного перелома мышечного отростка нижней челюсти справа. Планируемое время операции 1 час 30 минут. Оперативное вмешательство выполняется под эндотрахеальным наркозом с интраоральной интубацией через левый угол рта.

Следует учитывать, что важнейшим условием безопасности пациента во время анестезиологического пособия является обеспечение мониторинга жизненно важных функций.

1. Какие показатели состояния пациента при данном виде обезболивания должны мониторироваться в обязательном порядке?
2. Какие показатели состояния пациента мониторируются дополнительно?

Тема 9. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Задача 1

Пациенту З., 41 год, перед лечением зуба 2.6 на верхней челюсти слева была выполнена туберальная анестезия раствором 2%-ного лидокаина с адреналином. Через 3 часа пациент стал жаловаться на боли в области боковой стенки носа, под глазом и над скуловой костью слева.

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации?
2. Как лечить данное осложнение?

Задача 2

Пациентке М., 32 года, перед удалением зуба 3.7 была выполнена мандибулярная анестезия. После извлечения инъекционной иглы имело место истечение крови из места вкола.

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации? С чем оно связано?
2. Как лечить данное осложнение?

Задача 3

Пациент Р., 37 лет, обратился к стоматологу-хирургу по поводу удаления зуба 4.7. Пациенту была проведена мандибулярная анестезия. После

окончания действия анестетика он предъявил жалобы на парестезию и отек передних $\frac{2}{3}$ языка справа.

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации? С чем оно связано?
2. Как лечить данное осложнение?

Задача 4

Пациентке Ф., 33 года, перед удалением зуба 4.6 была выполнена мандибулярная анестезия. Через несколько минут развился парез мимической мускулатуры справа, который характеризовался клиническими признаками слабости мимической мускулатуры на стороне проведения анестезии: невозможностью закрыть глаз (нарушение функции круговой мышцы глаза), отвисанием верхней губы (нарушение функции нерва, поднимающего верхнюю губу), опущением угла рта, перекашиванием лица пациентки в состоянии покоя в здоровую сторону.

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации? С чем оно связано?
2. Как лечить данное осложнение?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Э., 47 лет, которому для удаления зуба 1.7 были выполнены туберальная и небная анестезии. Зуб 1.7 был удален без осложнений. Однако сразу после завершения манипуляций врач отметил, что на стороне выполнения анестезии появилась припухлость, распространяющаяся от височно-нижнечелюстного сустава до нижнего края подбородка. Пациент пожаловался на то, что ему все труднее становится открывать рот.

1. Какое местное осложнение проводниковой анестезии следует констатировать в данной клинической ситуации? С чем оно связано?
2. Какие правила следует соблюдать для того, чтобы свести к минимуму подобные осложнения?
3. Как лечить данное осложнение?

Тема 10. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Задача 1

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 17 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?

Задача 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.

Задача 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.

Задача 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

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?

Задача 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?

Тема 11. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Задача 1

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) корневого канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие обтурировано. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения двусторонней инфльтрационной 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?

Задача 2

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 ($0,3 \times 0,4$ 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?

Задача 3

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 $\frac{2}{3}$. 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 $\frac{1}{3}$?

Задача 4

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 $\frac{1}{2}$ 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.

Задача 5

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.

Задача 6

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?

Тема 12. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Задача 1

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.

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?

Задача 2

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 (ортопантограммы) 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?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Э., 49 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 1.7 физиологической окраски. Коронка зуба 1.7 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное размягчение тканей зуба 1.7. Его перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 1.7 определяется

расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения анестезии приступил к операции удаления зуба 1.7, выбрав для этого S-образные щипцы с закругленными несходящимися щечками. После синдесмотомии, наложения щипцов с узкими сходящимися щечками, продвижения их под десну и фиксации вывихивание зуба начал в небную сторону, в результате чего произошла фрактура дистального щечного корня зуба 1.7.

1. Правильно ли были выбраны щипцы для удаления зуба 1.7?
2. Правильно ли осуществлялось вывихивание зуба 1.7? Какие правила необходимо соблюдать при выполнении вывихивания моляров верхней челюсти?
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в сложившейся клинической ситуации?

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 36 лет, с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.6. 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 2.6 физиологической окраски. Коронка указанного зуба на $\frac{1}{4}$ восстановлена пломбой из композиционного материала, герметизм нарушен. Зондирование безболезненно. Перкуссия зуба 2.6 резко положительная. Отмечается патологическая подвижность зуба 2.6 (I степень). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса дистального щечного корня зуба 2.6 определяется очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,3$ см) округлой формы с четкими ровными контурами. Врач после выполнения анестезии приступил к операции удаления зуба 2.6, выбрав для этого щипцы байонеты.

1. Правильно ли были выбраны щипцы для удаления зуба 2.6?
2. Какими еще инструментами можно удалить зуб 2.6 с сохраненной коронкой?
3. Какую траекторию тракции зуба 2.6 следует считать правильной?

Задача 5

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-

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?

Тема 13. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА НА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЯХ

Задача 1

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 вершины 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.

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Е., 40 лет, с жалобами на разрушенный зуб 4.5. 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 4.5 физиологической окраски. Коронка зуба 4.5 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное размягчение тканей зуба 4.5. Его

перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (ден- тальной рентгенограммы) в области апекса 4.5 определяется расширение периодонтальной щели. На рентгенограмме определяется значительное расширение верхушки корня зуба, шейка зуба 4.5 уже его апекса, что ве- рифицируется как гиперцементоз зуба 4.5.

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

2. Укажите перечень набора инструментов и материалов, необходи- мых для проведения операции сложного удаления корня зуба 4.5.

3. Назовите этапы операции сложного удаления корня зуба 4.5 в по- следовательности их выполнения.

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Н., 36 лет, по по- воду санации полости рта перед протезированием. Объективно: configura- ция лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регио- нарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.7 физиологи- ческой окраски. В проекции верхушки дистального щечного корня визуали- зируется зарубцевавшийся свищ. Коронка зуба 1.7 разрушена на $\frac{1}{3}$. Зонди- рование безболезненно, определяется обилие размягченных тканей зуба 1.7. Его перкуссия слабо положительна. По данным лучевых методов исследо- вания (ден- тальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области верхушки дистального щечного корня зуба 1.7 определяется очаг деструк- ции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Меди- альный щечный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, констатируется расширение периодонтальной щели. Небный корень незначительно изогнут, запломби- рован на $\frac{1}{2}$, в просвете незапломбированной части корневого канала визуа- лизируется отломок эндодонтического инструмента. Периодонтальная щель в области апекса небного корня расширена. Врач после выполнения анесте- зии приступил к удалению зуба 1.7. Однако в процессе операции произошло осложнение — отлом коронки. Удалить корневую часть зуба 1.7 при помо- щи щипцов не представляется возможным.

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

2. Какой тактики следует придерживаться стоматологу-хирургу в от- ношении дистального и медиального щечных корней зуба 1.7?

3. Какой тактики следует придерживаться стоматологу-хирургу в отношении небного корня?

Задача 4

Пациент В., 24 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на периодические ноющие боли в области нижней челюсти сле-

ва, 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.

Задача 5

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.

Тема 14. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Задача 1

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 не-

обходимо 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 вершины 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?

Задача 2

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 ($0,7 \times 0,8$ 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 $\frac{2}{3}$. Врач после проведения анестезии выполнил синдесмотомию, а затем при помощи клювовидных щипцов с несходящиеся щечками и шипами удалил зуб 4.7. Однако в процессе выполнения операции произошло осложнение, при котором пациентка предъявляла жалобы на боли в области височно-нижнечелюстных суставов и невозможность закрыть рот. Объективно: рот открыт, подбородок выдвинут кпереди, передние зубы не смыкаются, щеки уплощены и напряжены, возможность боковых движений нижней челюсти отсутствует. При пальпации кпереди от козелка уха ощущается западение (отсутствие головки мышечкового отростка, которая легко здесь прощупывается в норме), а под скуловой дугой, в переднем отделе, констатируется выбухание — смещенная головка мышечкового 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?

Задача 3

Пациент Ф., 52 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с целью 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 3.6 физиологической окраски. Коронка зуба 3.6 разрушена на $\frac{1}{3}$. Зондирование и перкуссия зуба 3.6 отрицательны. Зубы 3.5, 3.7, 3.8 отсутствуют. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 3.6 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области апексов дистального и медиального корней определяются округлые очаги деструкции костной ткани ($0,2 \times 0,3$ см и $0,3 \times 0,4$ см соответственно) с четкими ровными контурами. Врач после проведения анестезии выполнил синдесмотомию, а затем при помощи клювовидных щипцов с несходящиеся щечками и шипами удалил зуб 3.6. Однако в процессе выполнения операции произошло осложнение, при котором стал подвижен участок альвеолярного отростка размером 1 см.

1. Какое местное осложнение возникло в процессе удаления зуба 3.6?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 35 лет, с жалобами на боли в области зуба 4.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области справа пальпируется увеличенный лимфатический узел ($0,6 \times 0,9$ 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 4.8 сохранена, на его жевательной поверхности имеется пломба из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 4.8 болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальной области определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами. Зуб 4.8 имеет незначительный медиальный наклон, а его ось совпадает с биссектрисой угла тела нижней челюсти. Врач выполнил анестезию и для проведения операции удаления зуба выбрал изогнутые по плоскости щипцы, используемые для удаления третьих моляров на нижней челюсти. Затем последовательно

провел этапы операции: синдесмотомию, наложение щипцов, их продвижение, фиксацию и люксацию. При этом произошло осложнение — перелом нижней челюсти в области угла.

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

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент О., 37 лет, с жалобами на периодически возникающие боли 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 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 3.7 разрушена на $\frac{2}{3}$. Перкуссия зуба 3.7 безболезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области верхушки дистального корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами. В области апекса медиального корня определяется расширение периодонтальной щели. Врач выполнил анестезию и для проведения операции удаления зуба выбрал клювовидные щипцы с несходящимися щечками и шипами. Затем последовательно провел этапы операции: синдесмотомию, наложение щипцов, их продвижение, фиксацию и люксацию (первое движение было выполнено в язычном направлении). При этом произошло осложнение — отлом дистального корня, а медиальный корень с сохранившейся коронковой частью были удалены. Стоматолог-хирург взял клювовидные щипцы с узкими сходящимися закругленными щечками и приступил к удалению дистального корня зуба 3.7, последовательно выполняя этапы: наложение щипцов, продвижение их под десну. В этот момент он почувствовал, что корень как бы ускользает в язычном направлении, погружаясь в мягкие окологлазничные ткани.

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

Тема 15. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Задача 1

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

поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел ($0,3 \times 0,2$ 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?

Задача 2

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 ($0,3 \times 0,5$ 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?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент М., 33 года, с жалобами на боли в области лунки зуба 4.6, который, со слов пациента, был удален 3 дня назад. Боли иррадиируют в висок, глаз, ухо. Пациент отмечает неприятный запах изо рта. В последние два дня констатирует повышение температуры до $37,6$ °С. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел ($0,5 \times 1$ 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 4.6 гиперемирована, отечна.

Пальпация переходной складки в области лунки зуба 4.6 болезненна. Сгусток в лунке отсутствует, ее дно, края и межкорневая перегородка покрыты сероватым фибринозным налетом. Ощущается неприятный запах изо рта пациента. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в лунке удаленного зуба 4.6 имеются два мелких инородных тела (corpus aliena).

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.6?
2. Проведите дифференциальную диагностику с луночковыми послеоперационными болями.
3. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
4. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?
5. Каков прогноз в плане выздоровления?

Задача 4

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?

Задача 5

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 кровавым 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.

1. Какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.8?
2. Назовите возможные причины возникшего осложнения.
3. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Тема 16. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Задача 1

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?

Задача 2

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 необходимое предоперационное обследование: 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?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу в условиях городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка З., 60 лет, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 вне обострения. Из анамнеза известно, что пациентка 8 лет назад перенесла инсульт.

Какие анестетики могут быть использованы для проведения местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезии у пациентки?

Задача 4

Стоматолог-хирург, работающий в специализированном отделении многопрофильной больницы, консультируется в кардиологическом отделении пациента Л., 62 года. Из анамнеза пациента известно, что 2 года назад ему была выполнена операция — аортокоронарное шунтирование.

1. К какой группе риска с развитием бактериального эндокардита относится пациент?

2. Какой комплекс лечебно-профилактических мероприятий должен быть назначен пациенту?

Задача 5

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?

Тема 17. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ, С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК И ДРУГОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Задача 1

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?

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 58 лет, по поводу удаления зуба 1.8 с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациента известно, что он страдает циррозом печени.

Какой анестетик следует применить у пациента? Ответ поясните.

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 56 лет, по поводу удаления зуба 3.7 с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хронической почечной недостаточностью I степени.

Какой анестетик следует использовать у пациентки? Ответ поясните.

Задача 4

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?

Задача 5

На прием к стоматологу-хирургу в условиях поликлиники обратился пациент А., 28 лет, для удаления зуба 4.7 с диагнозом хронический грану-

лематозный периодонтит. Из анамнеза известно, что пациент страдает гемофилией формы А средней степени тяжести.

1. Возможно ли выполнение операции удаления зуба 4.7 у пациента в условиях поликлиники?

2. Каковы особенности подготовки к хирургическому вмешательству и условия его проведения у пациентов данной категории?

Тема 18. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Задача 1

В поликлинику на прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 72 года, с жалобами на боли в области верхней челюсти справа. Пациент считает себя больным в течение 3 дней, когда заболел зуб 1.4. За последние сутки боль в зубе усилилась и стала распространяться в область верхней челюсти с иррадиацией в висок. Из анамнеза известно, что пациент находится на диспансерном наблюдении у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии. Четыре месяца назад он перенес трансмуральный инфаркт миокарда левого желудочка. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа пальпируется увеличенный лимфатический узел (0,3 × 0,3 см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. Коронка зуба 1.4 разрушена. Его перкуссия резко болезненна. Слизистая оболочка десны в области зуба 1.4 гиперемирована, отечна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани (0,4 × 0,5 см) округлой формы с четкими ровными контурами. У пациента констатирована температура тела 37 °С, АД 200/120 мм рт. ст., пульс 98 ударов в минуту. Определяется экстрасистолия.

1. Поставьте диагноз по стоматологическому статусу.

2. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга по отношению к зубу 1.4?

3. В каком учреждении здравоохранения (поликлиническом или стационарном) следует оказывать специализированную помощь пациенту?

4. Можно ли отложить оказание специализированной стоматологической помощи пациенту?

Задача 2

К стоматологу обратилась молодая женщина, 26 лет, с жалобами на острую боль в зубе 2.6. Врачом был установлен диагноз острый пульпит. Без анестезии стоматолог с помощью бормашины вскрыл пульповую ка-

меру и обнажил рог пульпы. Вдруг пациентка почувствовала дискомфорт, головокружение, шум в ушах, покрылась липким потом. Указанное состояние длилось несколько секунд, после чего пациентка потеряла сознание. Потеря сознания сопровождалась бледностью, снижением мышечного тонуса. АД равно 100/80 мм рт. ст. Пульс редкий, слабого наполнения. Зрачки расширены.

1. Укажите диагноз развившегося у пациентки общего осложнения на приеме у стоматолога.

2. Какова тактическая ошибка стоматолога при оказании специализированной стоматологической помощи?

3. Назовите возможные причины развития указанного общего осложнения.

4. Проведите дифференциальную диагностику развившегося осложнения с другими подобными состояниями.

5. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациентке в указанной клинической ситуации?

6. Возможно ли возобновление оказания стоматологической помощи пациентке по поводу ситуации, с которой она обратилась, в это же посещение?

Задача 3

На хирургический прием в стоматологическую поликлинику обратилась пациентка М., 64 года, по поводу удаления зуба 3.8 с целью санации полости рта перед протезированием. Она длительное время ожидала в очереди хирургического вмешательства, нервничала. Перед приемом у пациентки появилось чувство беспокойства, страха. Она начала ощущать сильную головную боль. Стоматолог-хирург пригласил пациентку в кресло, установил необходимость удаления зуба 3.8 и провел анестезию. Через несколько минут пациентка отметила появление головокружения, тошноты, ноющих болей в сердце, ухудшение зрения. В течение короткого промежутка времени головная боль продолжала нарастать, усилился страх, беспокойство. Возникло чувство жара. На лице и на груди пациентки появились красные пятна. Констатирована тахикардия.

1. Какие методы объективного обследования необходимо провести для уточнения диагноза в условиях стоматологической поликлиники?

2. Какое общее осложнение развилось у пациентки на приеме у стоматолога-хирурга, если АД составило 200/100 мм рт. ст.?

3. Какую тактическую ошибку допустил стоматолог-хирург при оказании специализированной помощи пациентке?

4. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациентке в указанной клинической ситуации?

5. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга при отсутствии улучшения общего состояния пациентки после оказания ей неотложной помощи?

6. Можно ли продолжить хирургическое вмешательство у пациентки в это же посещение?

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 26 лет, с целью санации полости рта. После обследования пациента врач установил необходимость удаления корней зуба 3.6. При сборе анамнеза было выяснено, что пациент здоров и его аллергологический анамнез не отягощен. Зубы ранее удалялись с использованием местной анестезии. Стоматолог-хирург выполнил проводниковую анестезию 2%-ным раствором лидокаина (5 мл). Через 3 минуты у пациента появилось чувство тревоги, страха. Он пожаловался на общую слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы холодные, бледные, покрытые липким потом. Пациент в сознании. Отмечается цианоз губ, расширенные зрачки. Со стороны сердечно-сосудистой деятельности констатируется тахикардия, нитевидный пульс. Пациент стал жаловаться на состояние удушья.

1. Какие дополнительные методы объективного исследования необходимо провести у пациента в условиях поликлиники с целью уточнения диагноза?

2. Какое общее осложнение развилось у пациента на приеме у стоматолога-хирурга, если АД составило 40/20 мм рт. ст.?

3. Проведите дифференциальную диагностику развившегося осложнения с другими подобными состояниями?

4. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациенту в указанной клинической ситуации?

Задача 5

Пациент Б., 31 год, обратился в стоматологический кабинет к стоматологу с целью лечения зуба 1.2 по поводу хронического пульпита. Врач провела двустороннюю инфильтрационную анестезию 2%-ным раствором лидокаина (4 мл), который был взят из упаковки, расположенной на рабочем столе. Маркировку ампулы стоматолог не проверила. При выполнении анестезии пациент отмечал сильную боль и чувство жжения в области введения препарата. Врач не обратила внимания на жалобы и закончила проведение анестезии. Боли у пациента продолжались. При осмотре области введения препарата отмечалась бледность слизистой оболочки. Анестезия не наступила.

1. О развитии какого осложнения в данной клинической ситуации можно предположить?

2. Какую тактическую ошибку допустила стоматолог при оказании специализированной помощи пациенту?
3. Какие организационные ошибки привели к возникновению осложнения?
4. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациенту в указанной клинической ситуации?
5. Каким может быть исход осложнения?

Задача 6

Пациент С., 45 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.4. При сборе анамнеза у пациента не было выявлено каких-либо общих заболеваний. После проведения проводниковой анестезии раствором ультракаина D-S forte (3 мл) пациент неожиданно потерял сознание. Его кожные покровы стали бледными, появился цианоз лица, зрачки не реагировали на свет, челюсти были крепко сжаты, туловище вытянуто, ноги разогнуты и напряжены, голова отведена кзади. Отмечалось выделение пены изо рта.

1. Какое общее осложнение развилось у пациента на приеме у стоматолога-хирурга?
2. Каким должен быть алгоритм оказания неотложной помощи пациенту в указанной клинической ситуации?
3. Можно ли продолжить хирургическое вмешательство у пациента в указанной клинической ситуации?

Тема 19. ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Задача 1

Пациент Т., 40 лет, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на рвущие боли в области зуба 2.6 в течение суток, которые иррадируют в висок, глаз и ухо, с жалобами на повышенную температуру тела, незначительную слабость и недомогание. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При осмотре полости рта: определяется гиперемия и отек слизистой оболочки десны, сглаженность переходной складки в области зуба 2.6. При пальпации отмечается болезненность по переходной складке в области зуба 2.6, флюктуация отсутствует. Коронка зуба 2.6 разрушена на $\frac{1}{2}$, на его жевательной поверхности имеется глубокая кариозная полость, выполненная размягченным дентином. Вертикальная перкуссия зуба 2.6 положительная, а горизонтальная перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.6 определяется расширение перидонтальной щели. У пациента

констатируется температура тела 37,6 °С, по данным общего анализа крови определяется сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу-хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 29 лет. Три дня назад ей заболел зуб 3.6, к врачу она не обращалась. В течение последних суток пациентка отмечала ухудшение общего состояния, нарушение сна, отсутствие аппетита, вялость, снижение работоспособности, а также боль в области нижней челюсти и при глотании на стороне поражения. При движении языком и открывании рта отмечает усиление болезненности. Объективно: конфигурации лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей поднижнечелюстной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. Отмечается острое серозное воспаление поднижнечелюстных лимфатических узлов слева, которые увеличены, болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта незначительно ограничено и сопровождается болевой реакцией. При осмотре полости рта: зуб 3.6 на $\frac{2}{3}$ восстановлен пломбой из композиционного материала, герметизм которой нарушен. Слизистая оболочка в области зуба 3.6 гиперемирована, отечна. Альвеолярный отросток имеет муфтообразное утолщение в области зубов 3.5, 3.6, 3.7. Их перкуссия положительна. Указанные зубы патологически подвижны (II степень). Из патологического зубодесневого кармана зуба 3.6 определяется гноетечение. Слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. Челюстно-язычный желобок сглажен. В заинтересованной области отмечается выбухание гиперемированной слизистой оболочки, ограниченный болезненный инфильтрат с участком флюктуации.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратилась к стоматологу-хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациентки в данной клинической ситуации?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка М., 31 год, с жалобами на постоянные боли в области зуба 4.7. 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 4.7 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.7 разрушена на $\frac{2}{3}$. Зондирование зуба 4.7 безболезненно, оно выявляет обилие размягченного дентина в кариозной полости. Перкуссия зуба 4.7 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.7 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области апексов дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,5 \times 0,6$ см) с четкими ровными контурами.

1. Укажите диагноз, с которым пациентка обратилась к стоматологу-хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?

Задача 4

К стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 34 года, с жалобами на боль в области нижней челюсти справа, иррадиирующую в ухо, резкую боль при глотании на стороне поражения, болезненное и ограниченное открывание рта. Пациент рассказал, что сутки назад ему удалили зуб 4.8, который беспокоил в течение недели. Последние сутки (после удаления зуба 4.8) пациент отмечал ухудшение общего состояния (нарушение сна, вялость, снижение работоспособности, головная боль). Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Кожа легко собирается в складку. При пальпации определяется болезненная точка на внутренней поверхности угла нижней челюсти справа в области прикрепления к кости сухожилия медиальной крыловидной мышцы. Надавливание в данной области вызывает сильную боль в проекции крыловидно-нижнечелюстного пространства. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,2 \times 0,3$ см), болезненны при пальпации, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Открывание рта болезненно и резко ограничено. Отмечается ограничение бокового смещения нижней челюсти в здоровую сторону. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки 4.8 гиперемирована, отечна. Из лунки выделяется гнойный экссудат. Альвеолярный отросток нижней

челюсти в области зуба 4.7 и лунки 4.8 имеет муфтообразное утолщение. Перкуссия зуба 4.7 положительна. Зуб 4.7 патологически подвижен (II степень). Крылочелюстная складка сглажена. Слизистая оболочка в области крылочелюстной складки гиперемирована, отечна, резко болезненна при пальпации. В указанной области определяется ограниченный, резко болезненный инфильтрат. У пациента констатируется температура тела 38 °С, выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы периферической крови влево, анизоцитоз, пойкилоцитоз, появляются плазматические клетки в периферической крови, выявляется С-реактивный белок.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу-хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место в данной клинической ситуации?

4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Задача 5

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент Ф., 30 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Он сообщил, что три дня назад ему был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба пациент облегчения не испытал. Сегодня, отметив резкое ухудшение состояния, он вызвал скорую помощь и был госпитализирован. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключицы и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него исходит неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, его движения ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Температура тела 38,8 °С. Пациент отмечает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, наличие щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса. Симптомы на задний медиастинит положительные. На ком-

пьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

1. Укажите диагноз, с которым пациент обратился к дежурному челюстно-лицевому хирургу.

2. К какой группе в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести данное заболевание?

3. Какой путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса имеет место у пациента в данной клинической ситуации?

4. Какая реакция организма констатируется у пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса?

Тема 20. АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

Задача 1

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 ($0,2 \times 0,2$ 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 $\frac{1}{3}$ 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.

Задача 2

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?

Задача 3

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 × 0,4 см). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.

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

Задача 4

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 2/3. Зондирование зуба 2.7 безболезненно, определяется обилие его размягченных тканей. Перкуссия зуба 2.7 слабо положительна. По данным лучевых

методов исследования (ортопантомограммы) 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.

Задача 5

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 (ортопантомограммы) 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.

Тема 21. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Задача 1

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 (ортопантомограммы и дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса

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.

Задача 2

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 (ортопантомограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный корневой канал 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.

Задача 3

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

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 obturированы. 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.

Задача 4

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 ($0,3 \times 0,4$ 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 пломбировочного 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.

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?

Задача 5

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.

Тема 22. БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, РЕТЕНЦИЯ, ДИСТОПИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА. ФИЗИОТЕРАПИЯ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Задача 1

У пациента П., 50 лет, во время подготовки к протезированию полости рта была сделана ортопантомограмма, 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.

Задача 2

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.

Задача 3

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 × 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.

Задача 4

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?

Задача 5

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

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.

Тема 23. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

Задача 1

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?

Задача 2

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,

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?

Задача 3

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?

Задача 4

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

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?

Задача 5

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 поднижнечелюстных 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,

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?

Тема 24. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. ТАКТИКА СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА В ОТНОШЕНИИ ПРИЧИННОГО ЗУБА. ЭТАПЫ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Задача 1

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 отечных 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.

Задача 2

Пациент В., 56 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти слева. У пациента

3 дня назад появилась боль в зубе 3.6 при накусывании, затем появился отек мягких тканей. Накануне вечером в дежурной поликлинике в экстренном порядке пациенту была проведена периостеотомия в области нижней челюсти слева, удален зуб 3.6, даны рекомендации принимать анальгетики при болях, полоскать рот солевым раствором каждые 2 часа. К утру состояние пациента не улучшилось. Он отмечал головную боль, ухудшение общего самочувствия, отек мягких тканей околоушно-жевательной области слева, боль в послеоперационной области.

Объективно: общая реакция организма выражена умеренно. Температура тела 38,2 °С. При внешнем осмотре определяется нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей околоушно-жевательной области слева. Кожные покровы в данной области физиологической окраски. При пальпации в глубине отечных тканей определяется ограниченный, плотный, болезненный инфильтрат. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (1,5 × 1,5 см), эластичной консистенции, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области нижней челюсти слева гиперемирована, отечна. Из послеоперационной раны протяженностью 2 см в области переходной складки с вестибулярной стороны по резиновому дренажу выделяется скудное серозно-гнойное отделяемое. Лунка зуба 3.6 выполнена кровяным сгустком.

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

2. Какие ошибки допущены стоматологом-хирургом при назначении лечения пациенту?

3. Составьте схему комплексной противовоспалительной терапии и укажите препараты, которые могут быть использованы местно.

Задача 3

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 × 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-

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 °С, вечером 38,2 °С. 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?

Задача 4

Пациентка Г., 58 лет, предъявляет жалобы на боль в зубе 2.2 при накусывании, припухлость верхней губы справа, появившейся два дня назад. Из анамнеза известно, что пациентка страдает инсулинозависимым сахарным диабетом (тип II) в течение 15 лет, гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей верхней губы и подглазничной области справа. Кожные покровы в данной области физиологической окраски, они собираются в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (до 1 см), эластичной консистенции, слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Температура тела пациента 37,2 °С. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.2 гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена. Зуб 2.2 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, его перкуссия резко болезненна. Указанный зуб патологически подвижен (II степень). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки корня зуба 2.2 определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 0,4 см. Канал запломбирован на $\frac{1}{3}$ длины.

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

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

Задача 5

Пациентка Л., 18 лет, предъявляет жалобы на боль в зубе 2.3 при накусывании, припухлость щеки справа, появившуюся два дня назад. Пациентка обращалась к стоматологу-терапевту, который открыл зуб 2.3, назначил комплексную противовоспалительную терапию и контрольный ос-

мотр на следующий день. Через день, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента ухудшилось, появилась температура 37,5 °С, припухлость щеки продолжала нарастать. Объективно: конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей верхней губы, подглазничной области слева. Кожные покровы в данной области физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы (поднижнечелюстные) увеличены (1,2 см), эластичной консистенции, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.3 гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена. Зуб 2.3 ранее не лечен, в нем определяется глубокая кариозная полость, зондирование которой безболезненно. Перкуссия зуба 2.3 резко болезненна. Зуб не имеет патологической подвижности. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки корня зуба 2.3 определяется очаг разрежения костной ткани с четкими контурами (0,4 × 0,5 см).

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

2. Укажите план лечения пациентки в данной клинической ситуации и тактику в отношении причинного зуба.

Тема 25. ОСТРЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Задача 1

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 × 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 дре-

нажом 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 °С. 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.

Задача 2

Пациентка Ш., 33 года, обратилась в выходной день к дежурному стоматологу-хирургу с жалобами на сильные боли в области лунки удаленного четыре дня назад зуба 1.4, неприятный запах изо рта, слабость. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека окологлазничных тканей в области верхней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,9 × 1 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.3, 1.5, лунки зуба 1.4 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны, имеются ее разрывы с обнажением костной ткани альвеолярного отростка. Лунка удаленного зуба 1.4 выполнена серым фибринозным налетом. Перкуссия зубов 1.3 и 1.5 болезненна. Указанные зубы имеют патологическую подвижность (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 37,8 °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (12 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.

2. Укажите тактические ошибки хирурга-стоматолога, которые привели к развитию данного заболевания.

3. Определите тактику лечения пациентки.

Задача 3

Пациентка А., 27 лет, обратилась к стоматологу-терапевту по поводу появившейся острой боли зуба 1.5 семь дней назад. Полость зуба 1.5 была раскрыта, из корневого канала удален распад пульпы. Пациентке врачом были даны рекомендации и назначен прием на следующий день, на который она не явилась. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу через семь дней из-за сильных болей в области верхней челюсти справа, ухудшения общего состояния и гнойных выделений из правой половины носа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области окологлазничных мягких тканей верхней челюсти справа, распространяющегося и в подглазничную область. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,8 \times 1,2$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.4, 1.5, 1.6 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны. Перкуссия указанных зубов болезненна. Патологически подвижны зубы 1.4, 1.5 (II степень), 1.6 (I степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области верхушки апекса корня зуба 1.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими и неровными контурами в виде языков пламени. Данные УЗИ свидетельствуют об уровне жидкости в правой верхнечелюстной пазухе. Температура тела пациента $37,9$ °С. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (14 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка.

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.

2. Какое осложнение основного заболевания развилось у пациентки и какие еще могут развиваться при неблагоприятном течении патологического процесса?

3. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга по отношению к причинному зубу 1.5?

4. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации?

Задача 4

Пациентка В., 35 лет, обратилась к стоматологу-терапевту по поводу острой боли зуба 2.4 две недели назад. Полость зуба 2.4 была раскрыта, из корневых каналов удален распад пульпы. Пациентке врачом были даны

рекомендации и назначен прием на следующий день для продолжения лечения, однако на прием она не явилась. Пациентка обратилась к врачу через две недели из-за сильных болей в области верхней челюсти слева, ухудшения общего состояния. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,6 \times 0,9$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: ощущается неприятный гнилостный запах изо рта, слизистая оболочка в области зубов 1.3, 1.4, 1.5 гиперемирована, отечна и несколько цианотична как с вестибулярной, так и с небной стороны. В указанной области имеется муфтообразное утолщение альвеолярного отростка. Перкусия указанных зубов болезненна. Зубы 1.3, 1.4, 1.5 патологически подвижны (II степень). Зуб 1.4 имеет патологический зубодесневой карман, из которого выделяется гнойный экссудат. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в области корней зубов 1.3, 1.4, 1.5 определяются незначительные деструктивные изменения костной ткани с нечеткими контурами. Температура тела пациентки 38°C . При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ (15 мм/ч), анизоцитоз и пойкилоцитоз, плазматические клетки, присутствие С-реактивного белка (++)

1. На основании данных клинического обследования пациентки поставьте диагноз.

2. Какова продолжительность течения данного заболевания?

3. На основании каких клинических данных было сделано заключение о длительности течения заболевания?

Задача 5

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 околочелюстных мягких тканей в области нижней челюсти слева. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены ($0,9 \times 1,2$ 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 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 ка-

риозную 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 (ортопантомограммы) 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?

Тема 26. ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Задача 1

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?

Задача 2

К дежурному стоматологу-хирургу приемного покоя в стационаре обратился пациент Ф., 56 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациент 3 месяца назад удалил зуб 3.8 и перенес острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крылонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области слева. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти слева. В поднижнечелюстной области слева в зоне послеоперационного рубца визуализируется свищ, из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены ($0,5 \times 0,7$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот на 3 см. При осмотре полости рта: из лунки зуба 3.8 выделяется гнойный экссудат. Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви слева. Электро-одонтодиагностика (ЭОД) выявила снижение порога возбудимости зубов 3.5, 3.6, 3.7.

1. На основании данных клинического обследования поставьте диагноз пациенту.

2. Укажите возможные пути внедрения инфекционного агента в данной клинической ситуации.

3. В какие сроки закончится процесс секвестрации нижней челюсти у пациента?

4. Какие осложнения могут развиваться у пациента при неблагоприятном течении патологического процесса?

Задача 3

В приемный покой к дежурному челюстно-лицевому хирургу обратилась пациентка К., 55 лет, с жалобами на наличие свища, из которого выделяется гнойный экссудат. Из анамнеза известно, что пациентка 3 месяца назад удалила зуб 4.7 и перенесла острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной крыловиднонижнечелюстного пространства, поднижнечелюстной области справа. Объективно: конфигу-

рация лица изменена за счет инфильтрации окологлазничных мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти справа. В поднижнечелюстной области справа в зоне послеоперационного рубца имеется свищ, из которого определяется рост грануляционной ткани со скудным гнойным отделяемым. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены ($0,6 \times 0,8$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациентка открывает рот на 2,5 см. При осмотре полости рта: в лунке зуба 4.7 видно гнойное отделяемое. Зубы 4.8 и 4.6 патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти, ее угла и ветви справа. Причем корень зуба 4.8 расположен в остеомиелитическом очаге, а корни 4.6 — в непосредственной близости от очага деструкции кости. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 4.6, 4.8. На основании приведенных данных пациентке был поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви справа. С начала заболевания прошло 3 месяца.

1. Какое хирургическое лечение должно быть проведено в указанной клинической ситуации?

2. Укажите доступ, которым следует осуществлять оперативное вмешательство, показанное пациентке. Назовите этапы проведения операции.

3. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования?

4. Назовите тип заживления раны после проведения оперативного вмешательства, показанного пациентке.

5. Определите основные составляющие комплексного послеоперационного лечения пациентки.

Задача 4

Пациент А., 32 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на гнойное отделяемое в области лунки удаленного зуба 1.2. Из анамнеза известно, что зуб 1.2 был удален месяц назад по поводу хронического апикального гранулирующего периодонтита. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены ($0,4 \times 0,6$ см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и под-

лежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка десны в области лунки 1.2 гиперемирована, отечна. Из лунки выбухают грануляции с гнойным отделяемым. Перкуссия зубов 1.1 и 1.3 слабо положительна. Зуб 1.1 патологически подвижен (I степень), зуб 1.3 устойчив. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) определяется множество мелких секвестров в области лунки зуба 1.2.

1. Какой диагноз на основании данных клинического обследования должен быть поставлен пациенту?

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

3. Каким доступом следует осуществлять оперативное вмешательство при необходимости проведения последнего?

4. Можно ли лечить пациента только консервативно?

Задача 5

Пациент М., 36 лет, в течение четырех месяцев наблюдался у стоматолога-хирурга по поводу хронического одонтогенного диффузного остеомиелита горизонтального сегмента тела нижней челюсти слева. Он неоднократно был госпитализирован в стационар с целью проведения противовоспалительной терапии в отделение септической челюстно-лицевой хирургии. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрации мягких тканей в области угла и тела нижней челюсти слева. В поднижнечелюстной области слева определяется свищ, из которого виден рост грануляционной ткани с небольшим количеством гнойного отделяемого. Кожные покровы в области свища гиперемированы, они имеют синюшный оттенок. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы увеличены (0,5 × 0,8 см), болезненны при пальпации, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот на 2,5 см. При осмотре полости рта: из лунки зуба 3.7 выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 3.7, 3.5 слабо положительна. Указанные зубы патологически подвижны (I степень). Определяется симптом Венсана. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и компьютерной томограммы) констатируется наличие большого числа очагов деструкции костной ткани с нечеткими контурами (секвестров), локализующихся в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти. ЭОД выявила снижение порога возбудимости зубов 3.5 и 3.6. Общее состояние пациента резко ухудшилось. Температура тела поднялась до 38,5 °С. Появилась инфильтрация мягких околочелюстных тканей в поднижнечелюстной области слева. Кожа над инфильтратом гиперемирована, отечна, в складку она не собирается. Определяется симптом глубокой флюктуации. Открывание рта ограничено из-за воспалительной контрактуры жевательных мышц.

Попытка открыть рот провоцирует сильный болевой приступ. Мягкие ткани в подъязычной области справа отечны, гиперемированы.

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

2. Какие дополнительные методы обследования должен назначить стоматолог-хирург пациенту?

3. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациенту в указанной клинической ситуации?

Тема 27. ОДОНТОГЕННЫЕ ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ФИЗИОТЕРАПИЯ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Задача 1

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 ($0,5 \times 0,7$ 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?

Задача 2

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент С., 34 года, с жалобами на боли и отечность в левой поднижнечелюстной области. Из анамнеза пациента известно, что три дня назад он обращался к стоматологу-терапевту с диагнозом обострение хронического фиброзного периодонтита и лечил зуб 3.6, после чего у него в поднижнечелюстной области сле-

ва появилось подвижное болезненное образование округлой формы. На следующий день после обращения к стоматологу в области округлого образования появились боли, отек. Пациент заметил, что образование по мере увеличения в размерах теряет свою подвижность. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека поднижнечелюстной области слева, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование (1,5 × 1,8 см), эластичной консистенции, ограниченно подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. По его центру определяется очаг размягчения.

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

2. Какие диагностические манипуляции необходимо провести пациенту для верификации диагноза?

Задача 3

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка К., 30 лет, с жалобами на появление две недели назад в поднижнечелюстной области слева округлого, болезненного при пальпации образования, которое не изменяется в размерах на протяжении указанного времени. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование (1,0 × 1,5 см), эластичной консистенции, подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков физиологической окраски. Со стороны преддверия полости рта в проекции апекса зуба 3.4 визуализируется зарубцевавшийся свищ. Зубы 3.7, 3.6 имеют глубокие кариозные полости, выполненные размягченным дентином. Зондирование дна кариозных полостей в зубах 3.7, 3.6 болезненно в одной точке. Перкуссия указанных зубов безболезненна. Зубы 3.5 и 3.4 разрушены до уровня десны. Перкуссия зуба 3.5 безболезненна, зуба 3.4 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) зуб 3.8 имеет искривленный корень и глубокую кариозную полость в пришеечной области с дистальной поверхности. В периапикальных тканях зуба 3.5 определяется расширение периодонтальной щели, а в области апекса зуба 3.4 визуализируется очаг деструкции костной ткани с нечеткими, неровными контурами в виде языков пламени.

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

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

Задача 4

На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка О., 39 лет, с жалобами на боли и отечность в правой поднижнечелюстной области. Из анамнеза пациентки известно, что четыре дня назад она обращалась к сто-

матологу-терапевту с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит в стадии обострения и лечила зуб 4.7. Врач удалил из корневых каналов распад пульпы, оставил зуб 4.7 открытым, дал рекомендации (ванночки гипертоническим раствором натрия хлорида 5–6 раз в сутки) и назначил прием через неделю. На следующий день у пациентки в поднижнечелюстной области справа появилось подвижное болезненное образование округлой формы, а через два дня после обращения к стоматологу в области округлого образования появились боли, отек. Пациентка отмечает, что образование в поднижнечелюстной области по мере увеличения в размерах теряет свою подвижность. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подчелюстной области справа, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева пальпируется округлое болезненное образование ($1,8 \times 2,0$ см), эластичной консистенции, плохо подвижное, с кожей и подлежащими тканями не спаянное. По его центру определяется очаг размягчения. Температура тела пациентки $37,7$ °С.

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

2. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) должна оказываться специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации?

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

4. Какова последовательность первичной хирургической обработки гнойного очага в данной клинической ситуации? Определите оперативный доступ.

5. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга, выполняющего первичную хирургическую обработку гнойного очага, по отношению к причинному зубу?

Задача 5

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 ($1,2 \times 1,2$ 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?

Тема 28. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (ПЕРИОДОНТИТОВ, ПЕРИОСТИТОВ, ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЛИМФАДЕНИТОВ)

Задача 1

К стоматологу-хирургу обратился пациент А., 31 год, с жалобами на болезненную припухлость в области верхней челюсти справа, повышение температуры тела до 38 °С. Из анамнеза известно, что 3 дня назад заболел зуб верхней челюсти справа. Пациент принимал анальгетики, прикладывал локальное тепло — грелку. Через день боль в области причинного зуба несколько стихла, но возникла тупая ноющая боль во всей верхней челюсти и появилась припухлость околочелюстных мягких тканей в заинтересованной зоне. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта: констатируется отечность и гиперемия слизистой оболочки десны и переходной складки в области зубов 1.3, 1.4, 1.5. Пальпаторно определяется флюктуация в указанной зоне. Коронка зуба 1.4 разрушена на ½, зондирование безболезненно, перкуссия положительна.

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

2. С какими нозологическими формами следует дифференцировать данный патологический процесс?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

Задача 2

В клинику челюстно-лицевой хирургии поступил пациент Л., 36 лет, с жалобами на постоянную боль в области тела нижней челюсти слева, плохое общее самочувствие, слабость, жар, сменяющийся ознобами. Из анамнеза установлено, что 5 дней назад заболел зуб 3.6, коронка которого была разрушена. На следующий день боль в зубе прекратилась, но появилась болезненная припухлость в левой поднижнечелюстной области. Температура тела поднялась до 39 °С. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства к участковому врачу-терапевту, который назначил антибиотики, жаропонижающие средства, местно — сухое тепло. Однако улучшения не наступило, и пациент бригадой скорой медицинской помощи был доставлен в стационар.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела 39 °С, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострившиеся. Пульс 110 ударов в минуту, АД 120/80 мм рт. ст., тоны

сердца приглушены. Данные внешнего осмотра челюстно-лицевой области пациента позволяют установить нарушение конфигурации лица без изменения цвета кожных покровов. При пальпации выявлен отек окологлазничных мягких тканей в области нижней челюсти и поднижнечелюстной области слева. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта определяется ограничение открывания рта, слизистая оболочка в области щеки и десны слева гиперемирована, отечна. Переходная складка нижней челюсти слева сглажена, болезненна при пальпации. При осмотре зубных рядов констатируется разрушенный зуб 3.6. Зубы 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 патологически подвижны, болезненны, из десневых карманов выделяется гнойный экссудат. Выявлен симптом Венсана (снижение чувствительности в зоне иннервации г. mentalis, n. alveolaris inferior). Общий анализ периферической крови констатирует лейкоцитоз ($12,3 \times 10^9/\text{л}$) с увеличением палочкоядерных нейтрофилов (15 %), повышенную СОЭ (55 мм/ч). В общем анализе мочи выявляется белок, ее удельный вес высокий, в осадке определяются гиалиновые и зернистые цилиндры. ЭОД зубов нижней челюсти слева выявила снижение порога возбудимости до 100–120 мкА зубов 3.4, 3.5, 3.6, 3.7, 3.8 при норме 8–12 мА.

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

2. С какими нозологическими формами следует дифференцировать данный патологический процесс?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

Задача 3

К стоматологу-хирургу обратился пациент П., 27 лет, с жалобами на острую пульсирующую боль в области зуба 3.5, иррадиирующую по ходу ветвей тройничного нерва. Пациент характеризовал боль как постоянную без «светлых» промежутков. Он отмечал, что зуб 3.5 как бы вырос и при смыкании челюстей усиливается болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы слева несколько увеличены, слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта определяется коллатеральный отек десны вокруг зуба 3.5, коронка которого значительно разрушена. Зондирование кариозной полости 3.5 безболезненно, перкуссия резко положительна.

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

2. С какими нозологическими формами следует дифференцировать данный патологический процесс?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

Задача 4

В стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу обратился пациент П., 32 года, с жалобами на боли в области правой половины тела нижней челюсти. Из анамнеза установлено, что 40 дней назад пациента беспокоило плохое общее самочувствие, слабость, жар, сменяющийся ознобами. Болел зуб 4.6, коронка которого разрушена. Температура тела поднималась до 39 °С. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства к участковому терапевту, который назначил антибиотики, жаропонижающие средства. В дальнейшем пациент за медицинской помощью не обращался. На момент осмотра он предъявляет жалобы на болевые ощущения в области правой половины тела нижней челюсти, выделение гноя из свища в поднижнечелюстной области и усиление боли при жевании, в силу чего употребляет только жидкую пищу.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,2 °С, конфигурация лица незначительно изменена за счет отека околочелюстных мягких тканей нижней челюсти справа. На коже в поднижнечелюстной области имеется непостоянно функционирующий свищ. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта определяется ограничение его открывания I степени. Констатируется гиперемия слизистой оболочки правой половины нижней челюсти, муфтообразное утолщение альвеолярного отростка в данной зоне. Зубы 4.6, 4.7 патологически подвижны, из зубодесневых карманов выделяется густой гнойный экссудат. В поднижнечелюстной области имеется свищевой ход с выделяющимся гнойным экссудатом. Выявлен симптом Венсана (снижение чувствительности в зоне иннервации *r. mentalis, n. alveolaris inferior*). Общий анализ периферической крови констатирует лимфоцитоз, присутствие эозинофилов, наличие С-реактивного белка, СОЭ 38 мм/ч. ЭОД зубов нижней челюсти справа выявила снижение порога возбудимости пульпы зубов 4.5, 4.6, 4.7, 4.8. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) определяются секвестры в области альвеолярного отростка и тела нижней челюсти в проекции корней зубов 4.6, 4.7.

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

2. С какими нозологическими формами следует дифференцировать данный патологический процесс?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

Задача 5

К стоматологу-хирургу обратился пациент В., 41 год, с жалобами на боль в области зуба 1.3 при приеме твердой пищи. Пациент отмечает, что указанный зуб периодически беспокоит его и это очередное обострение, но более интенсивное. Он указывает, что зуб 1.3 как бы вырос, а смыкание челюстей усиливает боль в нем. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы несколько увеличены, слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта определяется коллатеральный отек десны вокруг зуба 1.3, коронка которого разрушена на $\frac{1}{2}$, несколько выше проекции апекса указанного зуба выявляется свищ. Зондирование кариозной полости зуба 1.3 безболезненно, перкуссия резко положительна. На рентгенограмме в области верхушки корня определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими, размытыми контурами в виде языков пламени.

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

2. С какими нозологическими формами следует дифференцировать данный патологический процесс?

3. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса со всеми формами хронического апикального периодонтита.

Тема 29. ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ОСЛОЖНЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Задача 1

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

определяется некротический стержень. Кожа над инфильтратом красного цвета, она спаяна с подлежащими тканями. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены ($0,4 \times 0,7$ 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.

Задача 2

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 ($0,5 \times 0,8$ 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?

Задача 3

Пациенту К., 41 год, в амбулаторных условиях стоматолог-хирург провел первичную хирургическую обработку гнойного очага по поводу карбункула верхней губы слева и назначил медикаментозное лечение («Бисептол», «Тавегил», «Кетанов» при болях). Через сутки состояние пациента резко ухудшилось: повысилась температура тела до 38 °С, появилась слабость, головная боль, отек распространился на окологлазничную область. Пациент обратился в скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в отделение септической челюстно-лицевой хирургии, где его осмотрел дежурный челюстно-лицевой хирург. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека верхней губы слева, распространяющегося на прилежащие ткани щечной окологлазничной областей слева. Инфильтрат болезненный при пальпации. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. Констатируется отек, экзофтальм, хемоз, ограничения движения левого глазного яблока, расширение зрачка. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы слева увеличены (0,6 × 0,8 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 39,5 °С. Пациент бледный. 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. Какие тактические ошибки были допущены стоматологом-хирургом при первичном обращении пациента за специализированной помощью?

Задача 4

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.

3. Определите продолжительность ВУТ в данной клинической ситуации.

Задача 5

Пациент С., 25 лет, поступил в приемный покой клинической больницы с направлением на госпитализацию и лечение с диагнозом карбункул подбородочной области. Он предъявляет жалобы на припухлость нижней части лица справа, повышенную температуру тела (до 38 °С), боли в области припухлости, головную боль, слабость, плохой сон. Пациент отмечает, что боли в области припухлости носят пульсирующий характер. Он считает себя больным в течение последних четырех дней, когда в подбородочной области справа выдавил гнойничок, после чего появилось покраснение кожных покровов, чувство дискомфорта и покалывания. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека подбородочной области справа, распространяющегося на прилежащие ткани щечной и поднижнечелюстной областей справа. Инфильтрат болезненный при пальпации. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. В области инфильтрата определяются два некротических стержня. Поднижнечелюстные и подподбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,4 × 0,7 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 38 °С. Пациент бледный, вялый. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 32 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, свойственных токсическому нефриту.

1. Целесообразно ли назначать пациенту дезинтоксикационную терапию, учитывая клиническую ситуацию, представленную в условии задачи?

2. Какая дезинтоксикационная терапия должна быть назначена пациенту в указанной клинической ситуации?

3. Какие осложнения могут развиваться у пациента при неблагоприятном течении патологического процесса?

4. В какой клинической ситуации и с каким инфекционным заболеванием необходимо дифференцировать карбункул подбородочной области?

Тема 30. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (ТРОМБОФЛЕБИТ ВЕН ЛИЦА, ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ)

Задача 1

Пациент А., 32 года, обратился в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, повышенную температуру тела (более 39 °С).

Из анамнеза известно, что 2 дня назад в области носогубной складки пациент обнаружил фурункул, который пытался выдавить. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,4 °С. Присутствует выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на конъюнктиву нижнего века левого глаза. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения левого глазного яблока ограничены. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 52 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, характерных для токсического нефрита.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Где должен проходить лечение данный пациент?
3. Составьте план обследования и комплексного патогенетического лечения.

Задача 2

Во время вечернего обхода врача на дежурстве его внимание задержал пациент Г., 36 лет, находящийся на лечении в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии. Восемь часов назад после обследования в приемном покое многопрофильной больницы ему был выставлен диагноз фурункул правой щечной области, осложненный тромбозом угловой вены справа, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага и назначено лечение, включающее:

- 1) ежедневные перевязки;
- 2) антибиотики широкого спектра действия;
- 3) нестероидные противовоспалительные средства;
- 4) антигистаминные средства;
- 5) аспирин в качестве антикоагулянта непрямого действия.

Однако, несмотря на проводимое лечение, на момент осмотра врачом пациент предъявляет жалобы на озноб. Объективно: констатируется отек и инфильтрация тканей по ходу угловой вены лица. Отек распространяется за пределы инфильтрата. В участке инфильтрации определяется резкая болезненность. Болезненная зона имеет синюшный оттенок. Остальные кожные покровы бледные. Температура тела пациента 38,4 °С. В анализе периферической крови определяется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, укорочение времени свертывания крови, появление фракции В «фибриногена», повышение активности XIII фактора, угнетение фибринолиза; протромбиновый индекс (ПТИ) в пределах нормы.

Каким образом должно быть скорректировано комплексное лечение данного пациента?

Задача 3

Пациентка А., 22 года, обратилась в стоматологическую поликлинику к стоматологу-хирургу с жалобами на фурункул в области носогубной складки слева, озноб, слабость, повышенную температуру тела (более 39 °С), резкую боль в области левого глаза и его выпячивание. Из анамнеза известно, что 3 дня назад в области носогубной складки пациентка обнаружила фурункул, который неоднократно пыталась выдавить. Состояние постепенно ухудшалось, но она не обращалась за специализированной помощью, занималась самолечением. Объективно: отмечается выраженная интоксикация, температура тела 39,5 °С. Присутствует выраженный отек мягких тканей в области носогубной складки, который выходит за пределы инфильтрата и распространяется на левый глаз. Из-за отека век пациентке не удается раскрыть глазную щель, отмечается экзофтальм с левой стороны. Констатируется расширение зрачка левого глаза и вен глазного дна. По ходу левой угловой вены определяется болезненный инфильтрат в виде тяжа. Кожные покровы под ним гиперемированы, имеют синюшный оттенок, напряжены. Движения глазного яблока резко ограничены. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз ($18 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 58 мм/ч. Результаты анализа мочи свидетельствуют об изменениях, свойственных токсическому нефриту.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Где должна проходить лечение пациентка?
3. Укажите основные составляющие патогенетического лечения.

Задача 4

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент С., 57 лет, который предъявляет жалобы на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него ощущается неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна. Кожные покровы лица и грудной клетки пациента цианотичны, пастозны, с мраморным оттенком. Отмечается резкая одышка. Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыхание поверхностное, вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара в минуту. Температура тела 39 °С. Пациент указывает, что испытывает неко-

торое облегчение в положении сидя с опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, электролитного баланса.

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

2. Какое дополнительное обследование для верификации поставленного диагноза необходимо провести?

Задача 5

В приемный покой многопрофильной больницы к челюстно-лицевому хирургу обратился пациент С., 40 лет, с жалобами на боль при глотании, разговоре, движениях языком. Речь пациента невнятная, голос хриплый. Объективно: отмечается выраженный отек и инфильтрация мягких тканей подподбородочной и поднижнечелюстной областей. Кожа в указанных областях гиперемирована, отечна, напряжена, в складку она не собирается. Отек распространяется на шею и доходит до ключиц и яремной впадины. При пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат. Рот пациента полуоткрыт, из него ощущается неприятный запах. Язык сухой, покрытый налетом грязно-серого цвета, движения его ограничены. Слизистая оболочка дна полости рта гиперемирована, отечна.

Из анамнеза известно, что три дня назад в амбулаторных условиях пациенту был удален зуб 4.7, который до удаления беспокоил в течение двух суток. После удаления зуба облегчения пациент не испытал. Несмотря на то, что боли продолжали беспокоить, за специализированной помощью он не обращался, лечился самостоятельно. Когда пациент отметил резкое ухудшение состояния, вызвал скорую помощь и был госпитализирован.

Кожные покровы лица и грудной клетки пациента цианотичны, пастозны, с мраморным оттенком. Отмечается резкая одышка. Число дыхательных движений достигает 48 в минуту. Дыхание поверхностное, вдох значительно укорочен, а выдох в 2 раза удлинен. Пульс 142 удара в минуту. Температура тела 39 °С. Пациент указывает, что испытывает некоторое облегчение в положении сидя с вытянутой и опущенной головой. При исследовании периферической крови выявляется выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышенная СОЭ, анизоцитоз и пойкилоцитоз, тучные и плазматические клетки в периферической крови, С-реактивный белок (+++++). У пациента констатируются изменения кислотно-щелочного состояния крови, содержания щелочной и пировиноградной кислот, элек-

тролитного баланса. Для заднего медиастинита симптомы положительные. Анализ коагулограммы указывает на следующие нарушения: толерантность плазмы к гепарину, изменение степени тромботеста и реакции на «фибриноген» В. На компьютерной томографии отмечается наличие выпуклых изогнутых теней в заднем средостении.

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

Тема 31. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ, СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ). ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Задача 1

В приемный покой многопрофильной больницы поступил пациент Р., 40 лет, с жалобами на отек мягких тканей в области правой щеки и нижней челюсти справа. Из анамнеза известно, что неделю назад он перенес ОРВИ, за помощью к врачу не обращался, лечился самостоятельно. В течение трех последних дней его беспокоил зуб 4.7, леченный несколько лет назад по поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита. Пациент за специализированной помощью не обращался, никаких медикаментозных средств не принимал, с целью самолечения зуба 4.7 использовал согревающие компрессы на область щеки справа.

На момент осмотра пациент предъявляет жалобы на ограничение подвижности нижней челюсти, резкую болезненность при жевании и глотании, расстройство артикуляции и нарушение дыхания. Объективно: общее состояние пациента тяжелое, лицо бледное. Температура тела 38,2 °С. Частота дыхательных движений составляет 24 в минуту. Отмечается одышка. Частота сердечных сокращений в покое 102 удара в минуту, пульс прерывистый. Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека щечной, поднижнечелюстной и подбородочной областей справа. Отек распространяется в поднижнечелюстную область, до нижнего отдела височной области, захватывает щечную область, нижнее веко. Кожа в зоне отека напряжена, она с трудом собирается в складку, поверхностные вены расширены. Границы инфильтрата, определяемые пальпаторно, распространяются за пределы жевательной мышцы. Определяется эмфизема тканей. Открывание рта пациента резко ограничено, расстояние между верхними и нижними резцами составляет 3–5 мм. Слизистая оболочка правой щеки отечна, на ней отчетливо видны отпечатки коронок зубов. При пальпации

со стороны преддверия полости рта выявляется уплотнение и болезненность переднего края жевательной мышцы. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкой консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Анализ периферической крови указывает на лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$) и С-реактивный белок, который превышает стандартное отклонение от нормы более чем в 2 раза. На рентгенограмме в области апекса зуба 4.7 определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами ($0,5 \times 0,7$ см), в области очага воспаления обнаруживается скопление газа.

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

2. Определите тактику врача при проведении диагностических мероприятий.

3. Укажите основные компоненты лечения данного пациента.

Задача 2

В приемный покой многопрофильной больницы за специализированной помощью обратился пациент Г., 31 год, с жалобами на резкие боли при глотании и движении языком, значительное ограничение открывания рта, высокую температуру ($38,7^\circ\text{C}$). Из анамнеза известно, что 3 дня назад пациента начал беспокоить непрорезавшийся зуб 4.8. Объективно: конфигурация лица незначительно изменена за счет отека у внутренней поверхности угла нижней челюсти справа, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы несколько увеличены, слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре в преддверии полости рта изменений не обнаружено. Слизистая оболочка в области челюстно-язычного желобка и альвеолярного отростка справа резко гиперемирована. Челюстно-язычный желобок и подъязычная складка сглажены. Язык смещен в здоровую сторону. Ткани инфильтрированы, обнаруживается очаг флюктуации. В процессе проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — врачи отметили:

1) неприятный гнилостный запах экссудата и его коричневый цвет;

2) пузырьки газа, выделявшиеся из экссудата;

3) ткани в очаге поражения в виде бесструктурного детрита серо-зеленого цвета.

1. Каким должен быть послеоперационный диагноз в данной клинической ситуации?

2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести безотлагательно?

3. Каким образом должно быть скорректировано послеоперационное комплексное лечение?

Задача 3

В процессе проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага по поводу острого одонтогенного остеомиелита, осложненного флегмоной дна полости рта, — у пациента Р., 45 лет, хирурги отметили:

- 1) неприятный гнилостный запах экссудата;
- 2) коричневый цвет отделяемого;
- 3) пузырьки газа, выделявшиеся из экссудата;
- 4) ткани в очаге поражения в виде бесструктурного детрита серо-зеленого цвета.

Заподозрив анаэробную инфекцию, врачи выполнили забор материала из операционной раны на лабораторное исследование для подтверждения присутствия анаэробов. Пробирка с материалом до завершения операции находилась в операционной и после завершения первичной хирургической обработки, длившейся 50 минут, была немедленно отправлена в бактериологическую лабораторию. Однако в результате исследования анаэробов не выявлено.

1. Почему при лабораторных исследованиях не удалось выявить анаэробы?
2. Какова должна быть тактика врача при назначении послеоперационного лечения в данной клинической ситуации?

Задача 4

В процессе проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага по поводу флегмоны околоушно-жевательной области — у пациента К., 40 лет, хирурги отметили:

- 1) неприятный гнилостный сладковатый запах экссудата;
- 2) коричневый цвет отделяемого с пузырьками газа;
- 3) ткани в очаге поражения в виде бесструктурного детрита серо-зеленого цвета.

Заподозрив анаэробную инфекцию, врачи выполнили забор материала из операционной раны на лабораторное исследование для подтверждения присутствия анаэробов. Пробирка с материалом была немедленно отправлена в бактериологическую лабораторию. В результате исследования анаэробов выявлено не было, однако был выделен *St. aureus*. Врач назначил лечение, соответствующее диагнозу анаэробная инфекция.

1. Верны ли действия врача? Поясните их.
2. Какой должна быть тактика врача при назначении послеоперационного лечения в данной клинической ситуации?

Задача 5

В приемный покой многопрофильной больницы поступил пациент В., 52 года, с жалобами на боли в верхней челюсти, иррадиирующие в ухо, висок, глаз, на припухлость мягких тканей щеки справа, нарушение общего самочувствия, повышенную температуру (38,2 °С). Из анамнеза известно, что в течение двух последних дней пациента беспокоил зуб 1.7, леченный несколько дней назад по поводу обострения хронического гранулирующего периодонтита. Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела 38,5 °С. Частота дыхательных движений составляет 22 в минуту. Отмечается одышка. Частота сердечных сокращений в покое 100 ударов в минуту, пульс прерывистый. Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека щечной области справа. Кожные покровы бледные. При осмотре полости рта мягкие ткани в области зуба 1.7 гиперемированы, отечны, определяется воспалительный инфильтрат протяженностью 3 см с очагом флюктуации. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкой консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Анализ крови показывает лейкоцитоз ($13 \times 10^9/\text{л}$) и С-реактивный белок, который превышает стандартное отклонение от нормы более чем в 2 раза. На рентгенограмме в области апекса зуба 1.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени.

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

2. Имеется ли необходимость в госпитализации пациента?

Задача 6

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент С., 27 лет, с жалобами на боли в верхней челюсти, иррадиирующие в ухо, висок, глаз, на припухлость мягких тканей щеки слева, нарушение общего самочувствия, повышенную температуру (37,5 °С). Из анамнеза известно, что в течение трех последних дней пациента беспокоил зуб 2.6, леченный 7 дней назад по поводу обострения хронического фиброзного периодонтита. Объективно: общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела 37,5 °С. Частота дыхательных движений составляет 18 в минуту. Отмечается одышка. Частота сердечных сокращений в покое 88 ударов в минуту, пульс прерывистый. Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека щечной области слева. Кожные покровы бледные. При осмотре полости рта мягкие ткани в области зуба 2.6 гиперемированы, отечны, определяется воспалительный инфильтрат протяженностью 2 см с очагом флюктуации. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкой консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Анализ крови демонстрирует лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$) и

C-реактивный белок, который превышает стандартное отклонение от нормы более чем в 2 раза. На рентгенограмме в области апекса зуба 2.6 определяется расширение периодонтальной щели.

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

2. Имеется ли необходимость в госпитализации пациента?

3. В каком учреждении здравоохранения (поликлиника или стационар) пациенту должна оказываться специализированная помощь — первичная хирургическая обработка гнойного очага?

Задача 7

В приемный покой многопрофильной больницы поступила пациентка П., 40 лет, с жалобами на отек мягких тканей в области правой щеки и нижней челюсти справа. Из анамнеза известно, что неделю назад пациентка перенесла ОРВИ, за помощью к врачу не обращалась, лечилась самостоятельно. В течение трех последних дней ее беспокоил зуб 3.8, за специализированной помощью она не обращалась, медикаментозных средств не принимала. На момент осмотра пациентка предъявляет жалобы на ограничение подвижности нижней челюсти, резкую болезненность при жевании и глотании, расстройство артикуляции и нарушение дыхания.

Объективно: общее состояние пациентки тяжелое, лицо бледное. Температура тела 38,1 °С. Частота дыхательных движений составляет 23 в минуту. Отмечается одышка. Частота сердечных сокращений в покое 104 удара в минуту, пульс прерывистый. Конфигурация лица изменена за счет воспалительного отека щечной, поднижнечелюстной и подбородочной областей слева. Отек доходит до нижнего отдела височной области, захватывает щечную область, нижнее веко, распространяется в поднижнечелюстную область. Кожа в области зоны отека напряжена, она плохо собирается в складку, поверхностные вены расширены. Границы инфильтрата, определяемого пальпаторно, распространяются за пределы жевательной мышцы. Открывание рта пациентки резко ограничено, расстояние между верхними и нижними резцами составляет 2–3 мм. При пальпации со стороны преддверия полости рта выявляется уплотнение и болезненность переднего края жевательной мышцы. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, мягкой консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. В анализе периферической крови определяется лейкоцитоз ($15 \times 10^9/\text{л}$). На рентгенограмме зуб 3.8 дистопирован, ретенирован, в области апекса констатируется расширение периодонтальной щели.

Пациентка была госпитализирована с диагнозом флегмона подвисочной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной и подбородочной областей от зуба 3.8; сепсис (синдром системной воспалительной ре-

акции на инвазию микроорганизмов). Было начато соответствующее комплексное лечение. Однако исследование крови на стерильность не выявило бактериемии, после чего диагноз сепсис был снят, а в послеоперационное лечение внесены коррективы.

Правильно ли был снят диагноз и изменена схема лечения? Ответ поясните.

Задача 8

Хирург был назначен для выполнения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага — пациенту Д., 28 лет, с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит тела нижней челюсти справа от зуба 4.7, осложненный флегмоной подъязычной области. В процессе предоперационного осмотра пациента врач согласился с диагнозом. Однако при изучении данных лабораторных исследований он решил высчитать лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) по Я. Я. Кальф-Калифу на основании общего анализа крови. Полученный результат равнялся 1,2.

1. Соответствует ли результат ЛИИ поставленному диагнозу?
2. Как следует изменить хирургическую тактику в соответствии с результатами выполненных исследований?

Задача 9

Пациенту с обострением хронического одонтогенного остеомиелита, осложненного флегмоной дна полости рта и передним верхним шейным медиастинитом, выполнена первичная хирургическая обработка гнойного очага и назначено комплексное лечение в послеоперационном периоде на вторые сутки после операции. Исходя из общего анализа крови и температуры тела пациента, врачом отделения интенсивной терапии и реанимации был высчитан интегральный показатель тяжести (ИПТ) по методике М. М. Соловьева, Т. П. Алеховой (1997), который составил 2,5.

1. Как следует трактовать течение гнойно-воспалительного процесса у данного пациента?
2. Каков прогноз заболевания для жизни и выздоровления?

Задача 10

В специализированное отделение челюстно-лицевой хирургии многопрофильной больницы поступил пациент Л., 48 лет, с диагнозом фурункул правого крыла носа, тромбофлебит лицевых вен. Пациенту была проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага и назначено комплексное противовоспалительное лечение. Однако при обходе дежурным врачом был получен результат ИПТ по методике М. М. Соловьева, Т. П. Алеховой (1997), который составил 1,6, и ЛИИ по методу Я. Я. Кальф-Калифа, равный 1,8.

1. Как следует трактовать течение гнойно-воспалительного процесса?
2. Каков прогноз заболевания для жизни и выздоровления пациента?
3. О чем свидетельствует результат ЛИИ в данной клинической ситуации?
4. Какие коррективы необходимо внести в комплексное противовоспалительное лечение?

Тема 32. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ. ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ, МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СРОКИ НАЛОЖЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ РАННИХ И ПОЗДНИХ ШВОВ

Задача 1

Из карточки амбулаторного пациента Р., 31 год, известно, что он три дня находится на лечении у стоматолога-хирурга. Указано, что пациент обратился с жалобами на коллатеральный отек мягких тканей нижней челюсти справа, что у него несколько дней болел зуб 4.6, который на момент обращения беспокоил уже меньше. В карточке отмечено, что по переходной складке в области зуба 4.6 имеется инфильтрат (1,7 × 1,0 см). Пациенту был удален зуб 4.6, проведена периостеотомия по поводу острого гнойного периостита нижней челюсти справа от зуба 4.6, назначена местная гипотермия и ванночки с гипертоническим раствором хлорида натрия 5–6 раз в сутки. Пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные («Доксоциклин»), нестероидные противовоспалительные («Анальгин») и антигистаминные лекарственные средства («Супрастин»). Пациент обратился повторно через три дня с жалобами на усилившиеся боли в области нижней челюсти и отек мягких тканей.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека в области нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены (0,5 × 0,7 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти справа гиперемирована, отечна как с вестибулярной, так и с язычной поверхности. По переходной складке определяется рана после выполненной периостеотомии протяженностью 0,7 см, в ране находится марлевый дренаж, отделяемого из раны по дренажу нет. Из лунки удаленного зуба 4.6 выделяется гнойный экссудат. Перкуссия зубов 4.5 и 4.7 болезненна. Зубы 4.5, 4.7 патологически подвижны (I степень).

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту при повторном обращении за специализированной помощью?

2. Какие тактические ошибки были допущены стоматологом-хирургом в процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага у пациента?

Задача 2

Пациент Т., 70 лет, проходил лечение в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита от зуба 4.7, осложненного флегмоной поднижнечелюстной области справа. В результате курса комплексного лечения рана очистилась, выполнена грануляционная ткань. Отделяемого из раны нет.

В какие сроки могут быть наложены швы на рану?

Задача 3

Пациент Е., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.7, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстиляции гнойной раны в фазе воспаления?
2. Какова продолжительность фазы воспаления?
3. Какие виды антисептиков при местном лечении гнойной раны должны применяться в фазе воспаления?

Задача 4

Пациенту Ж., 37 лет, поступившему в стационар с диагнозом карбункул подбородочной области слева, проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага. Рана дренирована марлевой турундой с гипертоническим раствором. Пациенту назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, антикоагулянты, дезинтоксикационные средства, иммунокорректирующие препараты. При осмотре пациента утром лечащий врач констатировал, что, несмотря на проводимое лечение, его состояние не улучшилось.

Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата и отека подбородочной области слева, распространяющегося на прилежащие ткани щечной и поднижнечелюстной областей. Инфильтрат протяженностью 1,5 см болезненный при пальпации. Поднижнечелюстные, подбородочные лимфатические узлы справа увеличены (0,4 × 0,5 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими

тканями не спаяны. Кожа в области инфильтрата гиперемирована, отечна, спаяна с подлежащими тканями. На всем протяжении инфильтрата выполнен разрез, дренированный марлевой турундой с гипертоническим раствором. Рана закрыта стерильной повязкой с лейкопластырной фиксацией. На момент осмотра рана и повязка сухие, отделяемого по дренажу нет. Общее состояние пациента средней тяжести. Температура тела 37,6 °С. Пациент бледный. Тоны сердца глухие. Пульс учащен, ритмичен. В легких прослушивается везикулярное дыхание. В общем анализе периферической крови определяется лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 28 мм/ч.

1. Какова причина сохраняющегося неудовлетворительного состояния пациента, несмотря на выполненную в полном объеме первичную хирургическую обработку гнойного очага и назначенную адекватную комплексную противовоспалительную терапию?

2. Какие лекарственные средства на современном этапе способны наиболее эффективно обеспечить отток гнойного экссудата из раны?

Задача 5

Пациент И., 27 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа от зуба 4.8, осложненного абсцессом крыло-видно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки.

1. Какие медикаментозные средства следует использовать при перевязках для инстилляции гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации?

2. Какова продолжительность фазы пролиферации и регенерации?

3. Какие виды антисептиков при лечении гнойной раны должны применяться в фазе пролиферации и регенерации?

Тема 33. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Задача 1

Пациентка Г., 57 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти фронтального отдела от зубов 3.1, 4.1, осложненного

флегмоной дна полости рта. Пациентке была проведена первичная хирургическая обработка гнойного очага, удалены причинные зубы 3.1 и 4.1.

Какую схему комплексной терапии следует назначить пациентке в указанной клинической ситуации?

Задача 2

Пациентке М., 37 лет, с диагнозом острый гнойный периостит от зуба 3.6 после адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая «Ц-флоркс», «Лоратадин».

Обоснуйте использование данных лекарственных средств в указанной клинической ситуации, укажите их дозировки и схемы применения.

Задача 3

Пациент З., 47 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.8, осложненного абсцессом крыло-видно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту была назначена комплексная противовоспалительная терапия, в составе которой в качестве антибактериального препарата использовался антибиотик «Линкомицин». У пациента при применении данного препарата наблюдалась положительная динамика. В это время лечащий врач получил результаты бактериологического анализа гнойного экссудата и чувствительности микрофлоры к антибиотикам, где было указано, что микрофлора не чувствительна к препарату «Линкомицину», но чувствительна к препарату «Клиндамицин».

1. Как лечащему врачу следует трактовать результаты анализа?
2. Какими должны быть следующие действия лечащего врача в указанной клинической ситуации?

Задача 4

Пациентка С., 37 лет, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева от зуба 3.6, осложненного абсцессом челюстно-язычного желобка. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациентке лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, ежедневные перевязки. Лечащий врач с третьих суток после операции к назначению добавил: электрическое поле ультравысокой частоты № 5 ежедневно на область послеоперационной раны и курс иглоукалывания № 5 ежедневно.

Какие ошибки допустил лечащий врач при назначении комплексного лечения пациентке в указанной клинической ситуации?

Задача 5

Пациент Л., 34 года, находится на лечении в отделении септической челюстно-лицевой хирургии по поводу острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти справа от зуба 4.8, осложненного абсцессом крыло-видно-нижнечелюстного пространства. После проведения адекватной первичной хирургической обработки гнойного очага пациенту лечащим врачом была назначена комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, а также ежедневные перевязки. Лечащий врач с первых суток после операции к назначению добавил электрическое поле ультравысокой частоты № 5 ежедневно.

Какую ошибку допустил лечащий врач при назначении комплексного лечения пациенту в указанной клинической ситуации?

Тема 34. АКТИНОМИКОЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Задача 1

Пациентка Л., 27 лет, обратилась с жалобами на боль и припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области слева, повышение температуры тела до 37,3 °С, недомогание, общую слабость. Объективно: конфигурация лица изменена за счет инфильтрата в поднижнечелюстной области слева. Кожа над ним ярко-розовая, она спаяна с окружающими тканями, в центре истончена. Инфильтрат без четких границ. Пациентка открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.7 гиперемирована, отечна. Зуб 3.7 под пломбой, перкуссия его положительна.

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

2. Каков план лечения пациентки в указанной клинической ситуации?

Задача 2

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 °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 гноевидное 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?

Задача 3

Пациент В., 24 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на наличие округлого образования в поднижнечелюстной области справа, которое обнаружил случайно. Объективно: в поднижнечелюстной области справа пальпируется безболезненный, увеличенный до 2 см в диаметре подвижный узел плотной консистенции. Кожные покровы над ним не изменены. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. Зуб 4.6 ранее лечен. По данным лучевых методов обследования (ортопантограммы) в области верхушек корней зуба 4.6 определяется округлый очаг разражения костной ткани с четкими контурами (0,3 × 0,4 см).

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?

Задача 4

Пациент Ф., 19 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на утолщение нижней челюсти слева, которое медленно увеличивается. В анамнезе были периодические боли в зубе 3.6, возникал отек мягких тканей, иногда повышалась температура тела до 37,2 °С. Объективно: конфигурация лица изменена за счет утолщения тела нижней челюсти слева. Открывание рта несколько затруднено, но безболезненно. При осмотре полости рта: зуб 3.6 под пломбой. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) определяется расширение периодонтальной щели зуба 3.6. Его корневые каналы запломбированы на $\frac{2}{3}$ их длины. В проекции зубов 3.6, 3.7 визуализируются напластования кости, идущие от надкостницы. Определяется уплотнение строения компактного и губчатого вещества, чередующееся с очагами резорбции костной ткани. Общее состояние пациента удовлетворительное.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Задача 5

Пациент Е., 29 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на припухлость мягких тканей в поднижнечелюстной области справа, которая беспокоит его в течение года. Пациент отметил, что вначале появился ограниченный, слегка болезненный, плотный узел. Заболевание развивалось медленно и вяло, иногда сопровождалось появлением болей в поднижнечелюстной области справа, повышением температуры тела до 37–37,2 °С. Объективно: конфигурация лица не изменена. В поднижнечелюстной области справа пальпируется слабо болезненный, округлый, плотный инфильтрат с размягчением в центре. Кожа над ним цианотична, истончена, она спаяна с подлежащими тканями. Имеется свищ с гнойным отделяемым. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта выявляются множественные очаги хронической одонтогенной инфекции. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в области верхушки медиального корня зуба 4.7 определяется участок разрежения костной ткани округлой формы (0,4 × 0,4 см).

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Тема 35. СИФИЛИС, ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Задача 1

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?
3. Каков план лечения пациента в указанной клинической ситуации?

Задача 2

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?

Задача 3

Пациент Г., 43 года, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на образования, выступающие на слизистой оболочке губ, языка, твердом небе, небных дужках миндалин, общую слабость, увеличение всех групп лимфатических узлов. Пациент считает себя больным в течение нескольких месяцев, к врачу не обращался. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы увеличены, подвижны, безболезненны, плотноэластичной консистенции, кожа над ними в цвете не изменена. При осмотре области рта в его углах, на языке, небных дужках, слизистой оболочке щек, губ определяются папулы в виде плотных, округлых, серовато-белых, безболезненных, отграниченных от нормальной слизистой оболочки элементов размером 1 × 2 см. При поскобливании шпателем налет, покрывающий папулу, снимается, под ним определяется эрозия мясо-красного цвета. При лабораторном исследовании установлена положительная реакция Вассермана (RW).

1. Какой предварительный диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

Задача 4

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?

Задача 5

Пациент Б., 59 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на значительную патологическую подвижность зубов нижней челюсти слева. Из анамнеза пациента известно, что он страдает активным туберкулезом легких. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области слева отмечается наличие свищей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены, уплотнены, болезненны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти слева гиперемирована, отечна. У зубов 3.5, 3.6, 3.7 констатируется рецессия десны. Зубы патологически подвижны (II степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) визуализируется очаг деструкции костной ткани с неровными краями и полукруглыми углублениями по периферии, определяются мелкие секвестры. Вокруг очага деструкции видна полоса остеопороза. Рентгенологическая картина в области верхушек корней зубов 3.5, 3.6, 3.7 сходна с таковой при хроническом гранулирующем периодонтите. При бактериоскопическом исследовании биопсийного материала обнаружена палочка Коха.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?
2. Какие основные принципы проведения химиотерапии и хирургического лечения следует соблюдать стоматологу-хирургу в указанной клинической ситуации?

Задача 6

У пациента К., 48 лет, имеются три увеличенных лимфатических узла (в поднижнечелюстной, подмышечной и подколенной областях). Они

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?

Задача 7

К стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 35 лет, с жалобами на наличие белого творожистого налета на слизистой оболочке щек, языке, деснах, зеве. При сборе анамнеза было выявлено, что 4 месяца назад пациент перенес грипп, после чего в течение 2 месяцев у него отмечалась лихорадка, увеличение поднижнечелюстных, шейных, паховых лимфатических узлов, диспепсия (диарея более 1 месяца). За последние два месяца пациент резко снизил массу тела. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При исследовании лимфатической системы установлено увеличение до $2,0 \times 2,5$ см поднижнечелюстных и до $1,5 \times 2,0$ см шейных и паховых лимфатических узлов. Они безболезненны, подвижны, уплотнены, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта выявлено наличие белого налета в виде творожистых бляшек на слизистой оболочке щек, языке, деснах и зеве. Налет легко снимается шпателем, после чего остаются кровоточащие эрозии.

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

2. Какое обследование должно быть назначено пациенту для верификации диагноза?

Задача 8

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 52 года, житель г. Витебска, с жалобами на повреждения слизистой оболочки полости рта под языком и на небе, жжение в полости рта при приеме соленой, кислой или острой пищи. При сборе анамнеза было установлено, что полгода назад пациент перенес инфекционный мононуклеоз. Однако через месяц после выздоровления в течение 3,5 месяцев он отмечал лихорадку, увеличение поднижнечелюстных, шейных и подмышечных лимфатических узлов, диспепсию (диарея в течение 2 месяцев). Кроме того, пациент отметил значительное прогрессивное снижение массы тела. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. При исследовании лимфатической системы установлено увеличение до $2,0 \times 2,0$ см поднижнечелюстных, до $1,5 \times 2,0$ см шейных и до $2,5 \times 2,5$ см подмышечных лимфатиче-

ских узлов. Они безболезненны, подвижны, уплотнены, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта выявлено наличие слабо различимых повреждений слизистой оболочки полости рта на дорсальной поверхности языка и мягком небе.

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

2. Где должна осуществляться первичная постановка диагноза и последующая диспансеризация данного пациента?

Задача 9

На прием к стоматологу-хирургу по поводу удаления зуба обратился ВИЧ-инфицированный пациент В., 41 год. О наличии у него данного заболевания пациент своевременно предупредил врача. Визит пациента в учреждение здравоохранения был первичным.

Как врач должен выполнить маркировку амбулаторной карты данного пациента при ее оформлении?

Задача 10

К стоматологу-хирургу на консультацию обратился ВИЧ-инфицированный пациент Ю., 62 года, житель г. Могилева, которому в РНПЦ онкологии была выполнена операция Краиля по поводу злокачественного новообразования челюстно-лицевой области.

1. Где пациент должен пройти освидетельствование для определения группы инвалидности?

2. Какие документы и из каких учреждений здравоохранения должны быть предоставлены пациентом для определения группы инвалидности?

Задача 11

В отделении септической челюстно-лицевой хирургии в палате интенсивной терапии и реанимации умер пациент с диагнозом СПИД, острый одонтогенный остеомиелит от зуба 3.7, осложненный флегмоной дна полости рта, тотальным одонтогенным медиастинитом, полиорганной недостаточностью.

1. Кем должно быть оформлено врачебное свидетельство о смерти данного пациента?

2. Как следует указывать диагноз во врачебном свидетельстве о смерти ВИЧ-инфицированного пациента?

3. Как должен быть указан диагноз во врачебном свидетельстве о смерти данного пациента?

Задача 12

На консультацию пациента С., 29 лет, находящегося на стационарном лечении в общем терапевтическом отделении, пригласили стоматоло-

га-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?

Задача 13

Стоматолог-хирург во время выполнения лечебных манипуляций ВИЧ-инфицированному пациенту порвал перчатку, в результате чего произошел контакт кожных покровов руки врача (без их повреждения) с инфицированными биологическими жидкостями — кровью и ротовой жидкостью пациента.

Укажите последовательность действий стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации.

Задача 14

При проведении планового оперативного вмешательства ВИЧ-инфицированному пациенту Т., 39 лет, челюстно-лицевой хирург уколол палец инъекционной иглой, которая была заражена инфицированным биологическим материалом больного — кровью.

1. Какой должна быть тактика челюстно-лицевого хирурга в данной ситуации?

2. Где необходимо зафиксировать факт данного происшествия?

3. Кому должен сообщить челюстно-лицевой хирург о факте данного происшествия?

Задача 15

При проведении операции удаления зуба у ВИЧ-инфицированного пациента биологически-инфицированный материал попал на склеру глаза стоматолога-хирурга.

1. Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной ситуации?
2. Какое нарушение санитарно-эпидемиологического режима допустил врач?
3. Какое обследование и с какой периодичностью следует назначить пострадавшему стоматологу-хирургу?

Тема 36. ПЕРФОРАЦИИ И СВИЩИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. ПРИЧИНЫ ИХ РАЗВИТИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Задача 1

К стоматологу-хирургу обратился пациент П., 46 лет, по поводу санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.6 физиологической окраски. Зуб 1.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлен пломбой из фотополимера. Перкуссия зуба 1.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях зуба 1.6 ближе к медиальному щечному корню определяется очаг деструкции костной ткани с четкими ровными контурами ($0,2 \times 0,2$ см). В просвете канала визуализируется обломок эндодонтического инструмента. Небный и дистальный щечный корни запломбированы, апикальные отверстия obturated. В процессе удаления зуба 1.6 обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой в проекции лунки медиального щечного канала. Стоматолог-хирург принял решение применить данному пациенту консервативное лечение.

1. Какая тактическая ошибка в указанной клинической ситуации была допущена стоматологом-хирургом?
2. Когда необходимо устранить сообщение с верхнечелюстной пазухой в данной клинической ситуации?

Задача 2

Пациент Т., 35 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на головную боль, повышение температуры тела, боль в области зуба 2.7, нарушение носового дыхания через левую половину носа. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области слева, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.7 гиперемирована, отечна. Зуб 2.7 разрушен ниже уровня десны. Его перкуссия резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (ден-

тальной рентгенограммы) определяется расширение периодонтальной щели в области апексов корней 2.7. В процессе удаления зуба 2.7 произошло проталкивание небного корня в верхнечелюстную пазуху, при этом из лунки зуба выделилось обильное гнойное отделяемое.

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. Какова тактика лечения по отношению к небному корню зуба 2.7?

Задача 3

Пациент Л., 47 лет, обратился к стоматологу-хирургу по поводу санации полости рта — удаления зуба 1.8. Из анамнеза пациента известно, что он страдает хроническим синуситом верхнечелюстной пазухи справа. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 1.8 физиологической окраски. Зуб 1.8 разрушен на $\frac{2}{3}$. Его перкуссия безболезненна. В процессе операции удаления зуба 1.8 произошло проталкивание его в верхнечелюстную пазуху.

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

2. Каков план обследования пациента в данной клинической ситуации?

3. Какова дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

Задача 4

Пациентка З., 37 лет, обратилась к стоматологу-хирургу по поводу санации полости рта — удаления зуба 2.6. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хроническим синуситом верхнечелюстных пазух. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.6 физиологической окраски. Указанный зуб на $\frac{1}{2}$ восстановлен пломбой из фотополимера. Перкуссия зуба 2.6 слабо болезненна. По данным лучевых методов исследования (ортопантомограммы) в его периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. При удалении зуба 2.6 началось кровотечение из лунки, наблюдалась кровь с пузырьками воздуха. Симптом воздушной струи положительный. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

1. Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациентке?
2. Какой должна быть дальнейшая тактика лечения пациентки?

Задача 5

Пациент У. обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боль в области лунки зуба 1.7, заложенность правой половины носа, чувство тяжести в правой половине лица. Из анамнеза пациента известно, что зуб 1.7 удален десять дней назад по поводу обострения хронического гранулематозного периодонтита. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека подглазничной области справа, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены (0,5 × 0,7 см), слегка болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области лунки зуба 1.7 гиперемирована, отечна. При обследовании лунки обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой.

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

Тема 37. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА И СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

Задача 1

В одно из учреждений здравоохранения стоматологического профиля г. Минска обратился гражданин Республики Молдова, приехавший в Республику Беларусь в командировку, с жалобами на сильную зубную боль в течение двух последних дней. Пациента А. переадресовали в платную стоматологическую поликлинику, куда он обратился спустя 8 часов после первичного общения к стоматологу. Далее пациент бригадой скорой медицинской помощи был направлен в клинику челюстно-лицевой хирургии БГМУ, где при оказании специализированной медицинской помощи был поставлен диагноз медиастинит. Несмотря на проводимое комплексное лечение, пациент умер от медиастинита и молниеносного сепсиса.

1. На каком этапе была допущена ошибка?
2. Как следовало поступить в указанной ситуации?

Задача 2

На прием к стоматологу пришла пациентка В., 57 лет, которую в течение последних трех лет беспокоит парестезия в полости рта. Из анамнеза жизни и заболевания пациентки удалось выяснить, что она обращалась с аналогичными жалобами в различные поликлиники города, где ей выставился диагноз кандидоз. После осмотра пациентки у врача сложилось совершенно другое мнение. Он изменил диагноз, назначил тщательное обследование, дополнительные консультации смежных специалистов. В итоге диагноз врача был подтвержден. Пациентка расстроилась, стала плакать, что ее неправильно лечили до сих пор, поскольку диагноз был не точен, и требовать разъяснить, почему так произошло.

Какой должна быть тактика врача в указанной ситуации?

Задача 3

В хирургический кабинет стоматологической поликлиники обратился пациент К., 52 года, с диагнозом частичная вторичная адентия и с отягощенным аллергологическим анамнезом для проведения проводниковой анестезии. Из общения с пациентом стало известно, что он считает анестезию не сложным лечебным процессом, а просто уколом. Пациент игнорирует вопросы врача, касающиеся аллергологического анамнеза, и рекомендации пройти обязательное обследование в аллергологическом центре с целью выявления переносимости анестетиков. Он отказывается слушать о возможных осложнениях, настаивая на немедленном выполнении анестезии, не хочет дополнительно обследоваться у аллерголога, ссылаясь на сильную занятость.

Какой должна быть тактика врача в указанной клинической ситуации?

Задача 4

На прием к стоматологу обратилась пациентка с жалобами на язву на боковой поверхности языка, которая не заживает в течение двух месяцев. Врач назначил пациентке биопсию. Исследование выявило малигнизацию. Дополнительное обследование установило множественные метастазы, поражающие жизненно важные органы.

Какой должна быть дальнейшая тактика врача при работе с данной пациенткой (что необходимо сказать ей, родственникам)?

Задача 5

Во время удаления зуба 3.6 у пациента произошел вывих зуба 3.7.

Какой должна быть дальнейшая тактика врача?

Задача 6

На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент П. с диагнозом обострение хронического рецидивирующего стоматита. Из амбу-

латорной карты известно, что пациент сотрудник Министерства здравоохранения. Он замкнут, на вопросы отвечает коротко и односложно. При осмотре диагноз подтвержден. Пациент во время сбора анамнеза и осмотра неоднократно подчеркивает, что пришел на прием только для получения рецептов на приобретение лекарственных препаратов, перечисленных в записке.

Какой должна быть тактика врача в отношении данного пациента?

Задача 7

Врач ведет хирургический прием. Предыдущему пациенту с диагнозом обострение хронического периодонтита зуба 3.5 было проведено удаление последнего, в результате чего в плевательнице скопилось значительное количество окровавленных шариков. Медсестра, не обращая внимания на этот факт, пригласила в кабинет следующего пациента.

Как должен вести себя врач в данной ситуации?

Задача 8

При удалении у пациентки зуба 3.8 произошла фрактура коронки зуба 3.5. Пациентка расстроена, так как зуб виден при улыбке.

Какой должна быть дальнейшая тактика врача в сложившейся ситуации?

ЧАСТЬ 2. ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННЫМ ЗАДАЧАМ

Тема 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ОТДЕЛЕНИЯ (КАБИНЕТОВ) ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ В ПОЛИКЛИНИКЕ И СТАЦИОНАРЕ

Ответ к задаче 1

В открывающейся стоматологической поликлинике негосударственной формы собственности будут нарушены следующие требования к размещению и устройству хирургического кабинета, а также его внутренней отделке:

1) стоматологический хирургический кабинет не может быть открыт в помещении площадью 12 м², так как любой стоматологический кабинет, в том числе и хирургический, должен иметь площадь не менее чем 14 м² на основное стоматологическое кресло и 7 м² на каждое дополнительное;

2) стены стоматологического хирургического кабинета требуется облицовывать кафелем не менее чем на 1,8 м в высоту от пола, причем цвет поверхностей стен и пола в указанном помещении должен быть светлых оттенков с коэффициентом отражения не ниже 40 % (белый, светло-серый, салатный, цвет охры). При этом предпочтение следует отдавать нейтраль-

ным светло-серым оттенкам, не влияющим на цветовосприятие оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови и т. д.;

3) в стоматологическом хирургическом кабинете недопустимо пол покрывать линолеумом, который поднимается на стены на 5–10 см и фиксируется сверху пластиковым плинтусом. Все плинтусы должны быть внутренними, то есть расположенными под линолеумом.

Ответ к задаче 2

1. В отчете учреждения здравоохранения стоматологического профиля имеется ошибка — несоответствие категории учреждения здравоохранения числу врачебных должностей. В стоматологической поликлинике второй категории должно быть от 25 до 29 врачебных должностей.

2. Категория стоматологической поликлиники характеризует ее диагностическо-лечебную мощьность.

3. Перечень установленных категорий стоматологических поликлиник включает следующие позиции:

- внекатегорийные — свыше 40 врачебных должностей;
- первой категории — от 30 до 40 врачебных должностей;
- второй категории — от 25 до 29 врачебных должностей;
- третьей категории — от 20 до 24 врачебных должностей;
- четвертой категории — от 15 до 19 врачебных должностей;
- пятой категории — от 10 до 14 врачебных должностей.

Ответ к задаче 3

В контрольной работе студента 3-го курса стоматологического факультета по теме «Организация службы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии» имеются следующие ошибки:

1) в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь предусмотрено выделение 5 (а не 4) должностей стоматологов на 10 000 населения;

2) в стоматологических поликлиниках, где имеется хирургическое отделение на 7–12 штатных должностей, выделяется ставка заведующего отделением (вместо 0,5 ставки, и только если в отделении свыше 12 врачебных должностей, то дополнительно выделяется ставка заведующего отделением).

Ответ к задаче 4

При указанной в условии задачи организации работы стоматологического хирургического кабинета правильный расчет ставок и должностей следующий:

1) штат медсестер устанавливается из расчета 1 медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга;

2) штат младших медсестер устанавливается из расчета 1 младшая медсестра на 1 должность стоматолога-хирурга.

Ответ к задаче 5

Стоматолог-хирург не может подписать акт о введении в эксплуатацию указанного стоматологического хирургического кабинета, так как при его организации имеется ряд серьезных нарушений. Во-первых, любые лечебные кабинеты, в особенности стоматологические хирургические, не могут быть расположены в подвальных и полуподвальных помещениях. Во-вторых, предельно допустимыми параметрами светового коэффициента являются 1 : 4 – 1 : 5.

Тема 2. ПОДГОТОВКА РУК ХИРУРГА И ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ. ДЕЗИНФЕКЦИЯ И СТЕРИЛИЗАЦИЯ ПЕРЕВЯЗОЧНОГО МАТЕРИАЛА И ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Ответ к задаче 1

Специальной дезинфекции и стерилизации хирургического инструментария, использованного при работе с пациентом, не требуется, так как современная система обработки инструментов исключает возможность их заражения различного рода инфекционным материалом, в том числе и гепатитом С.

Ответ к задаче 2

1. При консультации пациента с целью предотвращения распространения инфекции врач обязан использовать индивидуальные средства защиты (маску, перчатки). Ситуацию усугубляет то, что врач не прибегнул к индивидуальным средствам защиты и после установления факта, что пациент ВИЧ-инфицирован.

2. Специальной дезинфекции и стерилизации инструментария, используемого при осмотре пациента, не требуется, так как современная система обработки инструментов исключает возможность их заражения различного рода инфекционным материалом, в том числе и ВИЧ.

Ответ к задаче 3

1. Замена рабочих растворов дезинфицирующих средств должна осуществляться через 12 часов.

2. Плановая замена одного вида дезинфицирующих средств другим должна осуществляться каждые 3 месяца.

3. К современным дезинфицирующим средствам, применяемым в хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, относятся «Гексодекон», «Анасепт», «Инкрасепт».

Ответ к задаче 4

1. Для выполнения хирургических манипуляций нельзя использовать инструментарий, прошедший только дезинфекцию.

2. Дезинфекция — это совокупность мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных заболеваний, а также нейтрализацию их токсинов. Она значительно снижает количество микроорганизмов, но не уничтожает их полностью, так как споровые формы при дезинфекции способны сохраняться. Стерилизация — это уничтожение всех способных к размножению микроорганизмов.

Ответ к задаче 5

1. Выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии позволяет азопирамовая проба.

2. *Приготовление рабочего раствора.* Сухие компоненты — порошок «А» (большая упаковка) и порошок «СА» (малая упаковка) — смешивают в сухой посуде. Приготовленную смесь заливают 95%-ным этиловым спиртом до объема 100 мл и тщательно размешивают стеклянной палочкой до полного растворения ингредиентов. Готовый раствор может сохраняться в плотно закрытом флаконе в темноте при +4 °С (в холодильнике) 2 месяца, в темноте при комнатной температуре не более 1 месяца. Умеренное пожелтение реактива в процессе хранения без выпадения осадка не снижает его рабочих свойств. Стабилизированный раствор хранится в 2 раза дольше нестабилизированного.

Методика проведения азопирамовой пробы. Рабочим раствором протирают различные поверхности инструмента или наносят 2–3 капли азопирама пипеткой. При наличии следов крови сразу или через 1,5 минуты появится фиолетово-синее окрашивание, быстро переходящее в сиренево-пурпурное или буроватое. При наличии ржавчины или кислоты окрашивание будет буроватым.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют нанесением 2–3 капель на кровавое пятно. Если не позже чем через минуту появляется фиолетовое окрашивание, затем переходящее в сиреневое, то реактив признается годным к использованию. Если окрашивания в течение 1 минуты не происходит, реактив считается непригодным.

Тема 3. ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ответ к задаче 1

1. План обследования пациента, обратившегося с жалобами на постоянные ноющие боли в области зуба 2.1, должен включать основные и дополнительные методы. К основным методам относят:

- опрос: выяснение жалоб на момент обращения (сбор анамнеза заболевания, определение общего состояния пациента, сбор анамнеза жизни);
- обследование челюстно-лицевой области (внешний осмотр, пальпаторное исследование мягких тканей и костей лицевого скелета, оценка со-

стояния жевательной и мимической мускулатуры, оценка чувствительности (болевогой, температурной, тактильной и т. д.) в соответствии с зонами иннервации ветвей тройничного нерва);

– осмотр полости рта (оценка степени открывания рта, осмотр преддверия полости рта и выводных протоков слюнных желез, запись зубной формулы, оценка состояния зубов и периодонта, осмотр слизистой оболочки щек, языка, подъязычной области и неба);

– пальпацию органов и тканей полости рта: переходной складки верхнего и нижнего сводов преддверия полости рта, альвеолярного отростка, ретромолярной области, подъязычной области, языка;

– оценку функции языкоглоточного и блуждающего нервов.

К дополнительным методам обследования относят: лучевые, лабораторные методы. Заключительным этапом обследования является анализ данных основных и дополнительных методов обследования и постановка диагноза.

2. В данной клинической ситуации следует использовать такой субъективный метод обследования, как опрос (сбор жалоб, анамнеза болезни, анамнеза жизни).

3. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы обследования: осмотр, физикальное обследование (пальпация, перкуссия), инструментальное обследование (зондирование), специальные методы исследования (лучевые).

Ответ к задаче 2

1. Симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата, называется симптомом флюктуации.

2. Симптом флюктуации определяется при помощи одного из физикальных методов исследования, относящихся к объективным методам, — пальпации.

Ответ к задаче 3

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие методы исследования: физикальные (бимануальная пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантограмма, рентгенограмма дна полости рта, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать ядерно-магнитно-резонансную компьютерную томографию.

Ответ к задаче 4

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие объективные методы исследования: физикальные (бимануальная

пальпация), инструментальные (зондирование), лучевые (УЗИ, ортопантомограмма, компьютерная томография), лабораторные (общий анализ крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ).

2. Из лучевых методов исследования наиболее информативной в данной клинической ситуации следует считать компьютерную томографию.

3. Из лабораторных методов исследования наиболее информативными в данной клинической ситуации следует считать общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ.

Ответ к задаче 5

1. Стоматолог-хирург нарушил последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи.

2. Правильная последовательность обследования пациента с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи следующая:

- опрос (сбор жалоб, анамнеза жизни, анамнеза болезни);
- осмотр наружных покровов челюстно-лицевой области и шеи;
- пальпация (нужно пальпировать все рельефы челюстно-лицевой области и шеи, обращая внимание на симметричность, болезненность, размеры; следует обследовать регионарные лимфатические узлы);
- осмотр полости рта (слизистой оболочки преддверия полости рта, включая уздечки и своды, слизистой оболочки собственно полости рта), оценка прикуса, исследование зубных рядов;
- осмотр зева и ротоглотки.

Тема 4. ВИДЫ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ, ИНСТРУМЕНТЫ, МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ В ПРАКТИКЕ СТОМАТОЛОГА

Ответ к задаче 1

1. В данной клинической ситуации могут быть применены следующие виды обезболивания:

- неинъекционное обезболивание, а именно аппликационная (терминальная) анестезия;
- инъекционное обезболивание, а именно инфильтрационная анестезия для мягких тканей («ползучий инфильтрат» по А. В. Вишневному).

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей, так как слизистая оболочка полости рта интенсивно иннервирована и васкуляризирована. Кроме того, новообразование должно быть удалено в пределах здоровых тканей, а заранее определить точную глубину заинтересованных тканей в процессе не всегда возможно, и возникает необходимость в более длительной и глубокой анестезии.

3. Для неинъекционного обезболивания — аппликационной (терминальной) анестезии — может быть использован 10%-ный раствор лидокаина-

на в аэрозоле. Для инъекционного обезболивания — инфильтрационной анестезии мягких тканей — могут быть использованы карпулированные препараты 4%-ного артикаина с адреналином в разведении 1 : 200 000 (Septodont), Ultracain DS (Aventis), Ubistesin (ESPE).

Ответ к задаче 2

1. Все местные анестетики обладают сосудорасширяющим действием, исключением является кокаин. Снижение АД — один из наиболее часто возникающих побочных эффектов при использовании анестезирующих веществ. Кроме того, 10%-ный раствор лидокаина, распыленный на слизистую оболочку альвеолярного отростка нижней челюсти с язычной стороны, неминуемо попадает под язык, где очень высокая интенсивность всасывания лекарственных средств (очень близка к внутривенному введению). Анестетик в достаточно высокой концентрации, быстро попавший в сосудистое русло, блокирует проводимость симпатических нервных волокон, идущих в составе передних корешков и несущих сосудосуживающие импульсы от центра к периферии. При этом расширяются артериолы и снижается АД.

2. Для предотвращения подобных явлений следует:

- строго соблюдать режим дозирования лекарственного средства в аэрозоле;
- не распылять анестетики в аэрозоле в полости рта без включенного в работу слюноотсоса, который способствует удалению излишков препарата из полости рта и минимизирует его контакт с участками, не заинтересованными в проведении оперативного вмешательства;
- с целью предотвращения развития коллапса вводить сосудосуживающие вещества (эфедрин, мезатон, кофеин, бензонат натрия).

Ответ к задаче 3

1. Для проведения инъекционного обезболивания могут использоваться как карпульные, так и обычные одноразовые шприцы.

2. При выполнении проводниковых анестезий предпочтение следует отдавать обычным одноразовым шприцам с длинными иглами. Данный выбор обусловлен тем, что иглы карпульных шприцов очень тонкие, и при проведении проводникового обезболивания иногда необходимо иглой проходить через мышечный массив, а спазм мышц способен ломать тонкую иглу. Кроме того, карпульной иглой достаточно легко повредить сосуды и нервы, что может привести к осложнениям (гематома, неврит). Предпосылаемая струя раствора анестетика при продвижении шприца в мягких тканях с целью их гидравлической препаровки также будет наиболее эффективной при использовании одноразового шприца, диаметр сечения иглы которого больше диаметра карпульной.

Ответ к задаче 4

1. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург может рекомендовать пациентке местное обезболивание, осуществляемое физико-химическим методом (введение анестетиков при помощи электрофореза).

2. Анестетик вводят при помощи аппаратов для гальванизации с анода. Марлевою салфетку, смоченную раствором анестетика (5–10%-ный раствор новокаина с адреналином), накладывают на обезболиваемую поверхность, сверху на нее помещают влажную гидрофильную прокладку толщиной 1 см, а затем электрод. Катод располагают на предплечье или в межлопаточной области. Сила тока определяется ощущениями пациента и находится в пределах 15–20 мА. Экспозиция составляет 4–60 минут. Лечение назначается курсом 7–10 сеансов ежедневно.

Ответ к задаче 5

1. В данной клинической ситуации следует провести аппликационную (терминальную) анестезию.

2. Аппликационная (терминальная) анестезия относится к химическим методам местного неинъекционного обезболивания.

3. В данной клинической ситуации для проведения аппликационной (терминальной) анестезии могут быть использованы следующие лекарственные средства:

- дикаин (тетракаин) в виде 0,5–4%-ных растворов и мазей;
- анестезин (бензокаин) в виде 5–10%-ных растворов (масляных или в глицерине) и мазей, паст, а также присыпок;
- пиромикаин (бумикаин) в виде 1–2%-ных растворов или 5%-ной мази;
- лидокаин в виде 1–5%-ных растворов, 5–15%-ных растворов в аэрозоле, 2–5%-ных гелей и мазей.

4. Максимальные разовые дозы указанных анестетиков для взрослых следующие:

- дикаин (тетракаин) — 20 мг;
- анестезин (бензокаин) — 5 г;
- пиромикаин (бумикаин) — 400 мг (0,4 г);
- лидокаин — 200 мг (0,2 г).

Тема 5. ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Ответ к задаче 1

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии:

- анестезия при помощи безыгольного инъектора;

- непрямая анестезия;
- поднадкостничная анестезия;
- внутрикостная анестезия.

2. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать не прямой инфильтрационной анестезии. Учитывая, что зубы 2.1, 2.2 патологически подвижны (III степень), а рецессия десны достигает $\frac{2}{3}$ длины корня, а также принимая во внимание, что при данной анестезии анестетик из-под слизистой оболочки проникает в толщу губчатого вещества кости и пропитывает нервные окончания, можно прийти к выводу, что на верхней челюсти из-за особенностей строения кости (более тонкая компактная пластинка, кость имеет большое количество губчатого вещества) наиболее эффективна не прямая инфильтрационная анестезия. Кроме того, в отдаленном периоде данный вид инфильтрационной анестезии не сопровождается болевыми приступами, как поднадкостничная или внутрикостная анестезия, и не требует специальных приспособлений (безыгольного инъектора).

Ответ к задаче 2

1. В данной клинической ситуации могут быть использованы следующие виды инфильтрационной анестезии:

- анестезия при помощи безыгольного инъектора;
- непрямая анестезия;
- поднадкостничная анестезия;
- внутрикостная анестезия.

2. Для выполнения анестезии в данной клинической ситуации, в соответствии с результатами обследования у врача-аллерголога, у пациента следует использовать ультракаин.

3. Максимальная разовая доза ультракаина составляет 500 мг (12,5 мл). Наиболее точно максимальная разовая доза вычисляется из расчета 7 мг на 1 кг массы тела пациента.

Ответ к задаче 3

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневскому).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Иглу вводят под углом 40–45° к поверхности слизистой оболочки. Затем I палец перемещают на поршень. При этом шприц удерживают II и III пальцами. Анестетик (2–3 мл) вводят медленно, так как гидропрепаровка

тканей может вызвать болевую реакцию. Если необходимо продвинуть иглу в глубь тканей, то на пути продвижения иглы следует создавать депо анестетика. Этим достигается безболезненность продвижения иглы и предотвращается травма кровеносных сосудов. Таким образом, ткани инфильтрируются раствором анестетика послойно.

Ответ к задаче 4

1. В данной клинической ситуации следует использовать инъекционное обезболивание — прямую инфильтрационную внутрикостную анестезию.

2. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии следует убедиться в хорошей фиксации инъекционной иглы на канюле шприца. Шприц берут тремя пальцами (I, II, III) правой руки, как пишущее перо, так, чтобы I палец свободно доставал до дистального конца поршня. Следовательно, пальцы на шприце должны располагаться дальше от канюли. Вкол иглы выполняют под слизистую оболочку в переходную складку в области проекции верхушки корня зуба 2.5 (скосом к кости под углом 40–45° к альвеолярному отростку). Далее I палец переводят на поршень и медленно вводят анестетик до 0,5 мл ($\frac{1}{4}$ объема карпулы). Действие анестетика наступает быстро — в течение 60 секунд.

3. При выполнении прямой инфильтрационной внутрикостной анестезии предпочтение следует отдавать карпульным шприцам и иглам для внутрикостной анестезии, специально адаптированным к указанным шприцам.

Ответ к задаче 5

1. В данной клинической ситуации предпочтение следует отдать инъекционному обезболиванию — инфильтрационной анестезии для мягких тканей («ползучему инфильтрату» по А. В. Вишневскому).

2. При выполнении инфильтрационной анестезии для мягких тканей следует послойно инфильтрировать ткани, избегая попадания в гнойный очаг с целью предотвращения распространения инфекции в тканях.

Тема 6. ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ответ к задаче 1

1. В указанной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую мандибулярную анестезию, выполняемую внеротовым доступом — подскуловым способом по Берше–Дубову.

2. При выполнении мандибулярной анестезии подскуловым способом по Берше–Дубову инъекционную иглу следует вводить в ткани непосредственно под нижним краем скуловой дуги, отступя на 2 см кпереди от основания козелка ушной раковины. Игла располагается под прямым уг-

лом к кожным покровам и продвигается на 3–3,5 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) по направлению к сагиттальной плоскости строго перпендикулярно. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Игла должна войти между головкой мышечного отростка и наружной крыловидной мышцей или выйти на ее внутреннюю поверхность, нижний альвеолярный и язычный нервы располагаются рядом. Для анестезии используется 3–5 мл анестетика. Обезболивание наступает через 10–20 минут.

Ответ к задаче 2

1. Для обезболивания при планируемом оперативном вмешательстве (резекции верхушки корня зуба 3.2 и цистэктомии) следует использовать местную проводниковую анестезию у подбородочного отверстия (ментальную).

2. Подбородочное отверстие локализуется на 1,2–1,3 см выше нижнего края тела нижней челюсти, на уровне середины альвеолы нижнего второго премоляра или межальвеолярной перегородки, находящейся между первым и вторым премолярами. При выполнении ментальной анестезии следует помнить, что подбородочное отверстие открывается кзади, кверху и наружу.

3. При выполнении анестезии у подбородочного отверстия (ментальной) внутриротовым доступом врачу следует встать справа и сзади от пациента, попросить его сомкнуть зубы, затем отвести левую щеку пациента шпателем, который удерживается левой рукой. Вкол иглы выполняют на уровне середины коронки первого моляра, отступя несколько миллиметров кнаружи от нижнего свода преддверия полости рта. Иглу продвигают на глубину 0,75–1 см (что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями) вниз, кпереди и внутрь по направлению к подбородочному отверстию. В целях профилактики осложнений вводить иглу в ментальное отверстие не следует. При продвижении иглы вглубь предпосылается струя анестетика. Для анестезии используется 1–2 мл анестетика. Обезболивание наступает через 5 минут.

Ответ к задаче 3

1. Наиболее вероятной причиной неэффективности торусальной анестезии, выполненной для обезболивания при резекции верхушки корня зуба 3.2, следует считать то, что данный зуб локализуется в минимальной области анестезии. Необходимо помнить, что эффективность обезболивания в области резцов всегда несколько меньше из-за анастомозов с противоположной стороной.

2. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо дополнительно выполнить двустороннюю инфльтрационную ане-

стезию в области зуба 3.2 с обязательным учетом предельной разовой дозы применяемого анестетика.

3. При выполнении местной проводниковой анестезии на нижнечелюстном возвышении (торусальной) по М. И. Вейсбрему необходимо определить анатомический ориентир — *torus mandibulae*, который локализуется в месте соединения костных гребешков, идущих от венечного и мышечного отростков, спереди от костного язычка нижнечелюстной кости. Ниже и кнутри от указанного возвышения располагаются нижний альвеолярный, язычный и щечный нервы, окруженные рыхлой клетчаткой. При данном виде анестезии перечисленные нервы выключаются одновременно. Пациента просят максимально широко открыть рот. Шприц располагают на молярах противоположной стороны. Иглу вводят перпендикулярно слизистой оболочке щеки. Местом вкола является точка, образованная пересечением горизонтальной линии, проведенной на 0,5 см ниже жевательной поверхности верхнего третьего моляра, и бороздки, образованной латеральным скатом крыловидно-челюстной складки и щекой. Иглу продвигают до кости (на глубину 0,25–2 см, что определяется индивидуальными антропометрическими особенностями). Затем вводят 1,5–2 мл анестетика, выключая нижний альвеолярный и щечный нервы. Выводя иглу на несколько миллиметров, инъецируют 0,5–1 мл анестетика для выключения язычного нерва. Анестезия наступает через 5 минут.

Ответ к задаче 4

1. Мандибулярная анестезия по Гоу-Гейту оказалась неэффективной из-за того, что пациентка не оставалась с максимально широко открытым ртом в течение 2–4 минут после инъекции, что было необходимо для создания депо анестетика в области ствола нерва.

2. Особенность мандибулярной анестезии по методике Гоу-Гейта заключается в том, что при выключении нижнего альвеолярного нерва вводить анестетик следует не в зону расположения костного язычка ветви нижней челюсти, как это принято при стандартной мандибулярной анестезии, а в область мышечного отростка нижней челюсти. При этом всегда блокируются все три ветви нижнечелюстного нерва. При выполнении анестезии в данной модификации инъекционную иглу вводят в среднюю зону медиальной височной связки через жировой тяж с минимальным количеством сосудов. Зона введения анестетика располагается в области шейки мышечного отростка ниже места прикрепления латеральной крылонебной связки.

Ответ к задаче 5

В данной клинической ситуации следует дополнительно выполнить анестезию для выключения язычного нерва. Последнее достигается проведением анестезии у нижнечелюстного отверстия и на нижнечелюстном

возвышении, а также в челюстно-язычном желобке. Язык следует отвести шпателем в противоположную сторону. Иглу вкалывают в слизистую оболочку в наиболее глубокой части челюстно-язычного желобка на уровне середины коронки нижнего третьего моляра. В этом месте язычный нерв залегает поверхностно. Вводят 2 мл анестетика. Зона обезболивания при данной анестезии соответствует области иннервации язычного нерва.

Тема 7. ПРОВОДНИКОВАЯ АНЕСТЕЗИЯ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ответ к задаче 1

1. В данной клинической ситуации следует использовать местную проводниковую резцовую анестезию.

2. Существуют два метода выполнения местной проводниковой резцовой анестезии:

1) внутриротовым доступом;

2) внеротовым доступом.

3. Для осуществления резцовой анестезии необходимо знать следующие анатомо-топографические ориентиры:

– расстояние резцового отверстия от места соприкосновения верхних центральных резцов равно около 1 см, а от альвеолярного края между верхними резцами — 0,8 см;

– резцовое отверстие располагается на пересечении линий, одна из которых проходит по срединному небному шву, а другая соединяет дистальные края обеих верхних клыков;

– резцовое отверстие локализуется за небольшим возвышением слизистой оболочки, именуемым резцовым сосочком.

Ответ к задаче 2

1. Причина неэффективности обезболивания заключается в том, что зона обезболивания туберальной анестезии включает: первый, второй и третий моляры верхней челюсти заинтересованной стороны; надкостницу; слизистую оболочку альвеолярного отростка в области указанных зубов с вестибулярной стороны; слизистую оболочку и костную ткань задненаружной стенки верхнечелюстной пазухи. Задняя граница зоны обезболивания постоянна. Передняя может варьировать: до середины коронки первого моляра или до середины первого премоляра, что объясняется, во-первых, различной выраженностью анастомозов со средней альвеолярной ветвью, а во-вторых, непостоянством ее отхождения от нижнеглазничного нерва.

2. В сложившейся клинической ситуации следует дополнительно выполнить палатинальную (небную) проводниковую анестезию. При этом необходимо учитывать предельную разовую дозу используемого анестетика. При проведении небной анестезии необходимо определить проекцию

большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, для чего следует провести две линии: 1) горизонтальную — через середину коронки третьего верхнего моляра; 2) перпендикулярную первой — через середину линии, соединяющей гребень альвеолярного отростка с серединой верхней челюсти (следует помнить, что верхняя челюсть — это парная кость). Точка пересечения двух указанных линий и является проекцией небного отверстия на слизистую оболочку. При широко открытом рте пациента иглу вводят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, кзади и несколько кнаружи до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут.

Зона обезболивания данной анестезии включает: слизистую оболочку твердого неба, альвеолярного отростка с небной стороны от третьего моляра до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего моляра. В отдельных наблюдениях граница обезболивания не распространяется кпереди далее, чем уровень второго премоляра.

Ответ к задаче 3

1. Резцовая проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае при максимально отведенной голове пациента кзади и широко открытом рте придают игле параллельное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхности. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадет с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти их параллельность. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3–0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонебный нерв.

Методика выполнения резцовой анестезии внеротовым способом заключается в том, что анестетик вводят у основания перегородки с обеих сторон от нее в преддверии носа.

2. Инфраорбитальная проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае для определения локализации кожной проекции устья подглазничного канала необходимо учитывать анатомо-топографические ориентиры:

1) при пальпации нижнего края глазницы определяется костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Последний, как правило, находится на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5–0,75 см ниже этого ориентира локализуется подглазничное отверстие;

2) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего моляра;

3) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения линии нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через зрачок смотрящего прямо глаза.

При выполнении анестезии следует помнить, что ось переднего отрезка канала направлена кпереди, внутрь, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время выполнения анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх).

Внеротовой способ выполняется в соответствии с указанными выше анатомо-топографическими ориентирами, при помощи которых определяют кожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступя от проекции отверстия вниз и кнутри на 0,5 см, вкалывают иглу. Ей придают правильное положение: вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области устья подглазничного отверстия вводят 0,5–1 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут.

3. Причина болевых ощущений пациента с небной стороны во время операции может быть объяснена зонами обезболивания примененных анестезий. Зона обезболивания резцовой анестезии включает: слизистую оболочку и надкостницу альвеолярного отростка верхней челюсти и твердого неба в треугольном участке, вершина которого обращена к срединному шву, основание — к фронтальным зубам, а стороны проходят через середину клыков. Зона обезболивания инфраорбитальной анестезии включает: резцы, клыки и премоляры, костную ткань альвеолярного отростка, десну с вестибулярной стороны в области этих зубов, слизистую оболочку и костную ткань передней, частично задненаружной, нижней и верхней стенки верхнечелюстной пазухи, кожу подглазничной области, нижнего века, крыла носа, перегородки носа, кожу и слизистую оболочку верхней губы. Иногда зона обезболивания уменьшается от середины центрального резца до середины первого премоляра.

Ответ к задаче 4

1. В указанной клинической ситуации следует использовать следующие методы местной проводниковой анестезии на верхней челюсти: инфраорбитальную, резцовую, туберальную, небную анестезии.

2. Инфраорбитальная проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае для определе-

ния локализации кожной проекции входа в подглазничной канал необходимо учитывать анатомо-топографические ориентиры:

1) при пальпации нижнего края глазницы определяется костный выступ или желобок, соответствующий месту соединения скулового отростка верхней челюсти со скуловой костью. Последний чаще находится на 0,5 см кнутри от середины нижнего края глазницы. На 0,5–0,75 см ниже этого ориентира локализуется подглазничное отверстие;

2) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через середину второго верхнего моляра;

3) подглазничное отверстие находится на 0,5–0,75 см ниже точки пересечения линии нижнеглазничного края с вертикальной линией, проведенной через зрачок смотрящего прямо глаза.

При выполнении анестезии следует помнить, что ось переднего резца канала направлена вперед, внутрь, вниз и пересекает ось канала противоположной стороны несколько выше десневого сосочка между верхними центральными резцами. Направление иглы во время выполнения анестезии будет противоположным оси канала (кзади, кнаружи и вверх).

Внеротовой способ выполняется в соответствии с указанными выше анатомо-топографическими ориентирами, при помощи которых определяют кожную проекцию подглазничного отверстия. Указательным пальцем левой руки фиксируют к кости ткани в этой точке для предотвращения случайного ранения глазного яблока. Затем, отступя от проекции отверстия вниз и кнутри на 0,5 см, вкалывают иглу. Ей придают правильное положение: вверх, кзади и кнаружи по направлению к подглазничному отверстию. При этом иглу погружают до кости. В области устья подглазничного отверстия вводят 0,5–1 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут.

Резцовая проводниковая анестезия выполняется двумя доступами: внутриротовым и внеротовым. В первом случае при максимально отклоненной голове кзади пациента и широко открытом рте придают игле параллельное положение по отношению к переднему участку альвеолярного отростка верхней челюсти с небной поверхностью. Иглу вкалывают в слизистую оболочку резцового сосочка несколько кпереди от устья резцового отверстия. Если иглу ввести точно над резцовым отверстием, то направление иглы не совпадет с осью резцового канала, так как нижняя челюсть не позволяет соблюсти их параллельность. Продвинув иглу до контакта с костью, вводят 0,3–0,5 мл раствора анестетика, откуда он диффундирует в резцовый канал и блокирует в нем носонейный нерв. Методика выполнения резцовой анестезии внеротовым способом заключается в том, что анестетик вводят у основания перегородки с обеих сторон от нее в преддверии носа.

Туберальная анестезия выполняется при полуоткрытом рте пациента. Шпателем или стоматологическим зеркалом отводят кнаружи щеку соответствующей стороны. Иглу располагают под углом 45° к гребню альвеолярного отростка. Ее скос следует обращать к кости. Иглу вкалывают на уровне коронки второго моляра или между вторым и третьим молярами в слизистую оболочку, отступя от переходной складки на 0,5 см книзу и кнаружи. Иглу продвигают вверх, кзади и внутрь на глубину 2,5 см, отводя шприц кнаружи для того, чтобы игла все время касалась кости. Это предотвращает образование гематомы вследствие повреждения артерий, вен крылонебного венозного сплетения. Анестезия наступает через 7–10 минут после введения 2 мл обезболивающего раствора. При отсутствии моляров ориентируются по скулоальвеолярному гребню, идущему от скулового отростка верхней челюсти к наружной поверхности альвеолярного отростка. Он расположен на уровне первого моляра. В подобной клинической ситуации иглу следует вкалывать позади скулоорбитального гребня, что соответствует середине коронки отсутствующего второго моляра.

При выполнении небной анестезии необходимо определить проекцию большого небного отверстия на слизистую оболочку твердого неба, для чего следует провести две линии: 1) горизонтальную — через середину коронки третьего верхнего моляра; 2) перпендикулярную первой — через середину линии, соединяющей гребень альвеолярного отростка с серединой верхней челюсти (следует помнить, что верхняя челюсть — это парная кость). Точка пересечения двух указанных линий и является проекцией небного отверстия на слизистую оболочку. При широко открытом рте пациента иглу вводят на 1 см кпереди и кнутри от проекции небного отверстия на слизистую оболочку. Иглу продвигают вверх, кзади и несколько кнаружи до соприкосновения с костью. Вводят 0,5 мл анестетика. Анестезия наступает через 3–5 минут. Зона обезболивания данной анестезии включает: слизистую оболочку твердого неба, альвеолярного отростка с небной поверхности от третьего моляра до середины коронки клыка. Иногда зона обезболивания увеличивается до середины бокового резца и переходит на вестибулярную поверхность у третьего моляра. В отдельных наблюдениях граница обезболивания не распространяется кпереди далее, чем уровень второго премоляра.

Ответ к задаче 5

Причина болевых ощущений пациента может объясняться тем, что передняя граница зоны обезболивания при туберальной анестезии иногда заканчивается в области середины зуба 1.6, что зависит от анастомозов со средней верхней альвеолярной ветвью, а также непостоянством локализации ее ответвления от нижнеглазничного нерва.

Тема 8. ОБЩЕЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ: НАРКОЗ, АТАРАЛГЕЗИЯ, НЕЙРОЛЕПТАНАЛГЕЗИЯ, АКУПУНКТУРНАЯ АНАЛГЕЗИЯ, АНАЛГЕЗИЯ С ПОМОЩЬЮ ЧРЕСКОЖНОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

Ответ к задаче 1

1. Врач неверно избрал вид интубации трахеи для обеспечения анестезиологического пособия пациенту с травматическим переломом верхней челюсти по Ле Фор I (полное черепно-лицевое разъединение) при проведении первичной хирургической обработки линии перелома с краниомаксиллярным остеосинтезом, так как наотрахеальная интубация противопоказана пациентам с переломами верхней челюсти по Ле Фор I и Ле Фор II.

2. В данной клинической ситуации оптимальным видом обезболивания следует считать эндотрахеальный наркоз с интубацией через рот.

3. У данного пациента следует избрать интубацию трахеи через рот.

Ответ к задаче 2

1. К причинам развития гипертонического криза следует отнести:

1) отсутствие премедикации у пациентки;

2) отсутствие исследования гемодинамики у пациентки (пульса, АД) при непосредственной подготовке к оперативному вмешательству и проведению местной анестезии.

2. Профилактика развития подобных осложнений при проведении премедикации должна включать применение лекарственных средств из групп транквилизаторов и слабых нейролептиков. На амбулаторном приеме наиболее рациональным следует считать использование бензодиазепинов и нейролептиков с преимущественным анксиолитическим (противотревожным) эффектом (альпрозолам 0,25–0,5 мг или феназепам 0,5 мг в таблетках на ночь), и за 1 час до операции назначают гидроксизин (ата-ракс) 50–100 мг. Применение данной схемы наряду с психотерапевтическим эффектом при предварительном объяснении в доступной для пациента форме сути предстоящего оперативного вмешательства дает возможность предотвратить такие осложнения.

3. Страх и тревога, испытываемые пациентами на стоматологическом приеме в связи с предстоящим вмешательством, нередко становятся причиной вазовагальных расстройств и синкопальных состояний. Это проявляется обмороками, коллапсами или, наоборот, резким повышением АД, гипертоническим кризом при выполнении местной анестезии — первого инвазивного действия врача. Дифференцировать указанные осложнения следует с лекарственным анафилактическим шоком.

Ответ к задаче 3

1. Стоматолог-хирург после осмотра пациента и разъяснения в доступной для него форме нюансов, связанных с состоянием здоровья (при строгом соблюдении принципов деонтологии), должен дать пациенту направление в специализированное отделение стационара для проведения там в плановом порядке оперативного вмешательства, а также выдать перечень необходимого обследования для госпитализации в указанное отделение.

2. Общее обезболивание в амбулаторных условиях строго противопоказано:

1) пациентам, которым можно выполнить эффективную местную анестезию;

2) пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, перенесшим декомпенсацию кровообращения (инфаркт миокарда, инсульт), особенно если необходима активная хирургическая санация полости рта;

3) пациентам с аневризмой сердца и сосудов;

4) пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, постоянно принимающим антикоагулянты;

5) пациентам, страдающим бронхиальной астмой в декомпенсированной форме;

6) пациентам, страдающим эпилепсией с часто возникающими судорожными приступами.

Общее обезболивание в амбулаторных условиях также противопоказано в следующих случаях:

1) после приема пищи в течение первых 6–8 часов (при оказании экстренной помощи общее обезболивание можно проводить при условии удаления желудочного содержимого через зонд);

2) при недостаточности анестезиологического оснащения или при отсутствии условий и необходимого оборудования для реанимации;

3) при отсутствии врача-анестезиолога.

Общее обезболивание у пациентов, указанных в пунктах 2–6, связано с повышенным риском, обусловленным тяжестью сопутствующих заболеваний, поэтому чаще полноценное анестезиологическое пособие у них целесообразно проводить в условиях стационара после тщательного терапевтического обследования и целенаправленной медикаментозной подготовки. Это касается и пациентов с сопутствующими заболеваниями дыхательной системы (тяжелые формы бронхиальной астмы, пневмосклероз с выраженной дыхательной недостаточностью), с тиреотоксикозом, некомпенсированными формами диабета.

Ответ к задаче 4

1. У данной пациентки следует избрать интубацию трахеи через нос.

2. Полное название данного вида интубации — назотрахеальная интубация трахеи.

3. Назотрахеальная интубация позволяет освободить лицевую область и полость рта от интубационной трубки и ее вспомогательных элементов.

4. Для назотрахеальной интубации наиболее приемлемыми являются мягкие армированные трубки из синтетических полимеров диаметром 8–10 мм и длиной 10–28 см.

Ответ к задаче 5

1. Оперативное вмешательство должно выполняться в условиях стационара.

2. В премедикацию в обязательном порядке должны быть включены антигистаминные препараты, например димедрол, супрастин.

3. Антигистаминные препараты следует вводить внутримышечно за 30–60 минут до начала общего обезболивания.

Ответ к задаче 6

1. Рекураризация — состояние, возникающее за счет кумулятивного действия миорелаксантов, которое в челюстно-лицевой хирургии чаще наблюдается после длительных оперативных вмешательств и характеризуется повторным расслаблением гладкой мускулатуры, возникающим после первичного пробуждения пациента от наркоза. Следствием рекураризации может быть выключение жизненно важных функций (дыхания, сердечной деятельности).

2. Тактика врача при рекураризации должна включать следующее: поддержание жизненно важных функций (дыхания, сердечной деятельности), при необходимости повторную интубацию и подключение к системе искусственной вентиляции легких.

3. Пациент до полного выхода из наркоза должен находиться под наблюдением врача-анестезиолога, обеспечивающего мониторинг жизненно важных функций: частоты дыхания, частоты сердечных сокращений (ЧСС) и АД. После пробуждения пациента на операционном столе и экстубации следует фиксировать его внимание на необходимости глубокого дыхания и не давать пациенту возможности повторно погрузиться в сон.

Ответ к задаче 7

1. При эндотрахеальном наркозе в обязательном порядке должны мониторироваться:

- оксигенация (по цвету кожных покровов и пульсоксиметрии);
- кровообращение (по ЧСС, АД, ЭКГ);
- вентиляция (по частоте дыхания (ЧД), экскурсии грудной клетки).

2. Дополнительно мониторируются следующие показатели:

- содержание углекислого газа в выдыхаемой смеси;

- концентрация кислорода во вдыхаемой смеси;
- концентрация закиси азота и ингаляционных анестетиков на вдохе и выдохе;
- почасовой диурез (через постоянный трансуретральный катетер, введенный в мочевого пузырь).

Тема 9. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Ответ к задаче 1

1. У пациента развилась ишемия ограниченного участка кожи лица. Данное осложнение объясняется попаданием раствора анестетика с вазоконстриктором в область мелкого сосуда, обеспечивающего трофику тканей. Осложнение, как правило, развивается за счет механизма действия вазоконстриктора.

2. Специальных лечебных мероприятий в данной клинической ситуации не требуется, ишемия кожи проходит самостоятельно по мере метаболизма анестетика.

Ответ к задаче 2

1. У пациентки развилось местное осложнение проводниковой анестезии — кровотечение из места вкола иглы. Данное осложнение может быть связано с травмированием иглой кровеносного сосуда при вколе и продвижении иглы в тканях; с нарушением свертывающей системы крови у пациентки в сторону гипокоагуляции при дефиците факторов свертывания; с приемом пациенткой прямых и непрямых антикоагулянтов, например аспирина, кардиомагнила, гепарина и гепаринсодержащих препаратов.

2. Для лечения данного осложнения требуется: местно — гемостаз компрессией или с использованием гемостатической губки, пленки. При неэффективности местного лечения необходимо применение гемостатических лекарственных средств, например «Викасола», 12,4%-ного раствора этамзилата натрия.

Ответ к задаче 3

1. У пациента развилось местное осложнение мандибулярной анестезии — травматическое повреждение язычного нерва справа. Данное осложнение может быть связано с нарушением техники выполнения анестезии: продвижению инъекционной иглы необходимо предпосылать некоторое количество анестетика, что обеспечивает гидравлическую препаровку тканей, в том числе сосудов и нервов. Также данное осложнение может возникнуть при использовании для анестезии иглы с изогнутым концом. Как правило, повреждение нерва происходит при ее извлечении.

2. Лечение данного осложнения должно складываться из следующих составляющих:

- 1) медикаментозного лечения;
- 2) применения лечебных физических воздействий (рефлексотерапии или физиотерапии).

Медикаментозное лечение. Для достижения противовоспалительного, десенсибилизирующего эффекта, снятия отека ствола нерва используются:

- глюкокортикоиды (преднизолон) — не менее 60 мг в сутки (разделив на два приема) в течение 7 дней с последующим уменьшением дозы до 5–10 мг в сутки;
- дегидратирующие средства: «Фуросемид» — 0,04 г (1 таблетка 1 раз в сутки утром) или «Диакارب» — 0,25 г (1 таблетка 1 раз в день утром) в течение трех дней;
- препараты калия: «Панангин» (1 драже 3 раза в сутки после еды) или «Аспаркам» (1 таблетка 3 раза в день после еды) в течение 5 дней;
- никотиновая кислота — внутримышечно 0,17 % 1 мл 2 раза в сутки в течение 10 дней;
- антигистаминные препараты: «Тавегил» — 1 мг (1 таблетка 2 раза в сутки) или «Фенкарол» — 0,025 г (1 таблетка 2 раза в сутки) в течение 10 дней;
- стол № 8 (диета с ограничением соли).

Для улучшения трофики тканей, а также как общеукрепляющие средства применяли препараты, влияющие на тканевой обмен, витамины, биогенные стимуляторы:

- «Трентал» — внутривенно 0,1 г (1 ампула в 250–500 мл изотонического раствора натрия хлорида или в 5%-ном растворе глюкозы в течение 90–180 минут) 10 дней;
- «Метандростиналон» — по 0,005 г (1 таблетка 1–2 раза в сутки перед едой, курс лечения 1 месяц) или «Феноболин» — внутримышечно по 0,025 г (через каждые 7–10 дней, курс лечения 1,5–2 месяца);
- витамин В12 — по 200–400 мкг 1 раз в 2 дня в течение 40–45 дней;
- витамин В1 — по 0,01 г (1 таблетка 2–3 раза в день) в течение 30–40 дней;
- витамин С — по 0,1 г (1 таблетка 3 раза в день после еды) в течение 10–15 дней;
- алоэ — по 0,05 г (1 таблетка 3–4 раза в день за 15–20 минут до еды).

При развитии болевого синдрома пациенту назначают анальгетики, а в восстановительном периоде используют: «Дибазол» — 0,02 г (1 таблетка 3 раза в день) или «Прозерин» — по 0,01 г (по 1 таблетке 2–3 раза в день за 30 минут до еды). Пациентам, обратившимся за специализированной помощью в первые сутки после воздействия травмирующего агента, про-

водится профилактика инфекционно-воспалительных осложнений. С этой целью назначают антибиотики, например «Ампиокс» — по 0,25 г (по 2 капсулы) 4 раза в день.

Пациентам, которым не проводится рефлексотерапия, с целью преодоления рефлекторно-сосудистых реакций, носящих патологический характер и вызванных реакцией на заболевание, назначают седативные средства, транквилизаторы и нейролептики:

- раствор натрия бромида 3 % (по 1–2 столовые ложки на ночь);
- «Мепротан» — по 0,2 г (1 таблетка 2–3 раза в день с постепенным уменьшением дозы к концу лечебного курса) или «Диазепам» — по 0,005 г (1 таблетка 1–2 раза в день с постепенным уменьшением дозы к концу лечебного курса);
- «Этаперазин» — по 0,004 г (1 таблетка 3–4 раза в день после еды).

Ответ к задаче 4

1. При введении раствора местного анестетика под капсулу околоушной слюнной железы, располагающейся позади ветви нижней челюсти, может констатироваться блокада лицевого нерва, что соответствует изложенной клинической ситуации. Данное местное осложнение произошло потому, что в момент выполнения мандибулярной анестезии врач кончиком иглы не касался кости.

2. Развившийся парез мимической мускулатуры сохраняется в течение периода действия введенного анестетика: пять часов для раствора 2%-ного лидокаина с адреналином. Специального лечения указанное местное осложнение не требует. Однако следует помнить, что в течение всего периода действия анестезирующего раствора защитный рефлекс века на стороне анестезии будет отсутствовать. Закрывание, моргание и прищуривание глаза становится невозможным. В связи с этим у пациентов должны быть удалены контактные линзы, если таковые имеются, и до прекращения действия анестетика и восстановления функции мимической мускулатуры лица на стороне поражения должна быть наложена повязка на глаз, рекомендуется закапывание 30%-ного раствора сульфата натрия (альбуцида) по 2 капли 3 раза в день.

Ответ к задаче 5

1. В данной клинической ситуации следует констатировать местное осложнение, возникшее в результате выполнения туберальной анестезии, — гематому. Данное осложнение произошло из-за того, что в момент выполнения анестезии иглу продвигали в тканях не касаясь кости или не предпуская струю анестетика с целью гидравлической препаровки тканей, в результате чего был травмирован кровеносный сосуд.

2. Для того чтобы свести к минимуму подобные осложнения при выполнении туберальной анестезии в практической деятельности следует соблюдать следующие правила:

- никогда не использовать инъекционную иглу в качестве зонда;
- не вводить инъекционную иглу глубоко в ткани;
- в совершенстве владеть знаниями топографической анатомии места предполагаемой анестезии и уметь модифицировать методику выполнения анестезии в соответствии с индивидуальными анатомо-топографическими особенностями конкретного пациента;
- продвигать инъекционную иглу в глубь тканей строго касаясь кости, предпосылая струю анестетика с целью гидравлической препаровки тканей;
- после выполнения инъекции рекомендовать в течение 5–7 минут проводить компрессионное воздействие кистью (кулаком) самого пациента в области накожной проекции зоны выполнения анестезии.

3. Пациенту с гематомой для профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений необходимо назначить курс антибиотиков и десенсибилизирующих лекарственных средств. Следует рекомендовать применять локальную гипотермию (20 минут в накожной проекции заинтересованной области с 20-минутным перерывом) в течение 2 суток после развития гематомы. Пациентам с указанным осложнением в течение всего курса профилактического лечения рекомендуется контроль температуры тела (2 раза в сутки — утром и вечером). Врачу следует предупредить пациента о том, что при ухудшении состояния и появлении симптомов интоксикации (повышении температуры, появлении слабости, озноба) или нарастании припухлости и отека в челюстно-лицевой области, усилении ограничения открывания рта необходимо немедленно обратиться в приемный покой многопрофильной больницы для получения экстренной специализированной помощи.

Тема 10. ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Ответ к задаче 1

В данной клинической ситуации пациенту необходимо рекомендовать консультацию ортодонта, который при необходимости удаления какого-либо зуба по ортодонтическим показаниям должен выдать пациенту письменное заключение. Кроме того, при выполнении оперативных вмешательств у детей, не достигших 18-летнего возраста, необходимо получить информированное письменное согласие родителей на проведение их ребенку операции.

Ответ к задаче 2

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.

Ответ к задаче 3

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.

Ответ к задаче 4

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.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 11. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

1. В указанной клинической ситуации зуб 4.6 будет удаляться по поводу диагноза хронический апикальный гранулематозный периодонтит вне обострения.

2. В соответствии с данными эргономики при выполнении операции удаления зуба 4.6 правильным следует считать такое положение стоматолога-хирурга относительно пациента, когда врач становится сзади и справа от него, левой рукой охватывает голову пациента, указательным пальцем

отодвигает щеку, большой палец накладывает на язычную поверхность альвеолярного отростка.

3. В указанной клинической ситуации для выполнения операции удаления зуба 4.6 могут быть использованы следующие инструменты: гладилка-распатор стоматологическая для выполнения синдесмотомии, прямой элеватор, клювовидные щипцы со сходящимися щечками, элеваторы, изогнутые под углом (боковые) «на себя» и «от себя».

Ответ к задаче 3

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.

Ответ к задаче 4

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.

Ответ к задаче 5

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 линии усиливает прочность наружной кортикальной пластинки альвеолярного отростка.

Ответ к задаче 6

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.

Тема 12. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

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.

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.

Ответ к задаче 3

1. S-образные щипцы с закругленными несходящимися щечками для удаления зуба 1.7 с разрушенной ниже уровня десны коронкой, как следует из условия задачи, были выбраны неправильно. Для удаления вторых моляров верхней челюсти с разрушенной коронкой следует использовать универсальные (штыковидные) щипцы с широкими щечками.

2. Вывихивание зуба 1.7 выполнялось неправильно. Вывихивание вторых моляров на верхней челюсти следует осуществлять в вестибулярном направлении, так как в области вторых и третьих моляров верхней челюсти кортикальная пластинка альвеолярного отростка более тонкая.

3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан закончить удаление зуба 1.7. Для этого необходимо использовать универсальные (штыковидные) щипцы с узкими щечками и выполнить последовательно этапы: наложение щипцов, их продвижение под десну, фиксацию, люксацию (первое движение) в вестибулярном направлении, тракцию дистального щечного корня зуба 1.7. Затем следует выполнить ревизию лунки удаленного зуба, убедиться в том, что отсутствует сообщение с верхнечелюстной пазухой, сблизить края лунки и обеспечить гемостаз.

Ответ к задаче 4

1. Щипцы байонеты для удаления зуба 2.6 с сохраненной коронкой, как следует из условия задачи, были выбраны неправильно. Байонеты используются для удаления третьих моляров верхней челюсти. Для удаления первых и вторых моляров верхней челюсти следует использовать S-образные щипцы с шипом на левой (по отношению к пациенту) щечке, который должен располагаться в фуркации корней, обеспечивая таким образом более надежную фиксацию инструмента.

2. Кроме упомянутых S-образных щипцов с шипом на левой (по отношению к пациенту) щечке, зуб 2.6 может быть удален при помощи универсальных (штыковидных) щипцов или прямого элеватора.

3. При удалении зуба 2.6 правильной следует считать траекторию тракции вниз и наружу.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 13. ИНСТРУМЕНТАРИЙ, МЕТОДИКА И ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ СЛОЖНОГО УДАЛЕНИЯ ЗУБА НА ВЕРХНЕЙ И НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТЯХ

Ответ к задаче 1

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 выпол-

нить 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 обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, снимают их через 7–8 суток.

Ответ к задаче 2

1. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо назначить плановую операцию — сложное удаление корня зуба 4.5 с обязательным предоперационным обследованием пациента, которое должно включать: общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение времени свертывания крови, исследование ПТИ, анализ крови на RW, анализ крови на ВИЧ, осмотр терапевта, ЭКГ с расшифровкой, для женщин — осмотр гинеколога. Для обеспечения прохождения пациенткой указанного обследования в поликлинике по месту жительства стоматолог-хирург обязан выдать ей на руки консультативное заключение с прилагаемым перечнем обследования. Необходимо предупредить пациентку о том, что на момент предоставления результатов стоматологу-хирургу все анализы и заключения должны быть не более чем 10-дневной давности. Планировать указанное оперативное вмешательство следует на операционный день. У женщин день планируемой операции не должен совпадать с днями менструации.

2. Перечень набора инструментов и материалов, необходимых для проведения операции сложного удаления корня зуба 4.5, включает следующие позиции: зажимы для белья, шприцы с иглами, крючки Фарабефа для удерживания мягких тканей, в том числе слизисто-надкостничного лоскута, стоматологические фрезы и боры (шаровидные и фиссурные), физиодиспенсер или бормашину, стерильный чехол для рукава бормашины, анатомические и стоматологические пинцеты, маленькие острые юретажные ложечки Фолькмана, костные кусачки, стоматологическое зеркало, зонды, распатор, клювовидные щипцы со сходящимися узкими щечками (корневые), прямой элеватор, элеватор под углом «на себя», прямой наконечник, ножницы, хирургические изогнутые круглые иглы, шовный материал.

3. Для проведения операции сложного удаления корня зуба 4.5 необходимо пациентку уложить в кресло полулежа на такой высоте, чтобы операционное поле находилось на уровне локтевого сустава врача. Голову пациентки следует повернуть в сторону хирурга. Пациентка должна прополоскать рот слабым 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 выполняет анестезию. При проведении операции он располагается справа и спереди от пациентки. Следует предусмотреть достаточное освещение операционного поля.

Стоматолог-хирург выполняет трапециевидный разрез с таким расчетом, чтобы слизисто-надкостничный лоскут захватывал область соседних зубов, в данной ситуации зубов 4.6 и 4.4. Трапециевидный разрез выполняют в три движения, рассекая ткани до кости. Затем с помощью распатора отслаивают слизисто-надкостничный лоскут по направлению к переходной складке. При этом необходимо помнить о сосудисто-нервном пучке, выходящем из ментального (подбородочного) отверстия. Лоскут следует отслаивать с осторожностью до обнажения подбородочного отверстия. После отделения лоскута его удерживают крючком Фарабефа. В проекции корня зуба 4.5 удаляют кортикальную пластинку. С этой целью при помощи физиодиспенсера или бормашины в ней шаровидным бором просверливают ряд отверстий, которые соединяют между собой фиссурным бором. Долотом, элеватором или зажимом Миллера удаляют отделенную часть наружной кортикальной пластинки, прикрывающую корень зуба 4.5. В просвет периодонтальной щели вводят прямой элеватор или элеватор под углом «на себя» и вывихивают корень. После этого выполняют его тракцию при помощи клювовидных щипцов со сходящимися узкими щечками (корневыми). При помощи кюретажной ложечки Фолькмана проводят ревизию раны, удаляя грануляции и костные осколки. Стоматологической фрезой сглаживают острые края раны. Инстиллируют костную рану 3%-ной перекисью водорода с целью удаления мелких осколков кости. Повторно инстиллируют рану водным 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата.

Отслоенный слизисто-надкостничный лоскут при необходимости мобилизуют при помощи хирургических ножниц. Лоскут укладывают на 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. 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 излишней крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей лоскута. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, снимают их через 7–8 суток.

Ответ к задаче 3

1. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан закончить удаление зуба 1.7. Для этого необходимо выполнить оперативное вмешательство — сложное удаление зуба 1.7, которое базируется на разъединении корней зуба 1.7. Для проведения операции необходимо, чтобы пациент прополоскал 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 верхняя челюсть находилась на уровне плечевого сустава врача. Голова пациента должна быть повернута в сторону хирурга. Врач при выполнении операции располагается справа и спереди от пациента. Голову и грудь пациента закрывают стерильной простыней, оставляя только свободный доступ к операционному полю — полости рта. Врач при необходимости, с обязательным учетом предельных разовых доз анестетика, выполняет анестезию. Разъединение корней может быть проведено при помощи физиодиспенсера или бормашины, шаровидных или фиссурных боров или долота и молотка.

2. Дистальный и медиальный щечные корни зуба 1.7 после разъединения удаляют при помощи универсальных (штыковидных) щипцов.

3. Для удаления небного корня зуба 1.7 стоматолог-хирург выполняет угловой разрез с таким расчетом, чтобы слизисто-надкостничный лоскут захватывал область соседних зубов, в данной ситуации зубов 1.8 и 1.6. 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 Фарабефа. В проекции дистального щечного корня зуба 1.7 удаляют кортикальную пластинку. С этой целью при помощи физиодиспенсера или бормашины шаровидным бором просверливают ряд отверстий, которые соединяют между собой фиссурным бором. Долотом, элеватором или зажимом Миллера удаляют отделенную часть наружной кортикальной пластинки, прикрывающую корни 1.7. В просвет периодонтальной щели небного корня вводят прямой элеватор и вывихивают корень. После этого выполняют его тракцию при помощи универсальных (штыковидных) щипцов. При помощи кюретажной ложечки Фолькмана проводят ревизию раны и удаляют грануляции и костные осколки. Стоматологической фрезой сглаживают острые края раны. Инстиллируют костную рану 3%-ным раствором перекиси водорода с целью удаления мелких осколков кости. Повторно инстиллируют рану 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата.

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 следует вводить со стороны лоскута (подвижной части) и стабилизировать его на неподвижной стороне. 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-под лоскута излишних крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, снимают их через 7–8 суток.

Ответы к задаче 4

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 предоперационным обследованием пациента, которое должно включать: общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, коагулограмму, определение времени свертывания крови, исследование ПТИ, осмотр терапевта, ЭКГ с расшифровкой, для женщин — осмотр гинеколога. 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. Необходимо предупредить пациента о том, что на момент предоставления результатов стоматологу-хирургу все анализы и заключения должны быть не более чем 10-дневной давности. 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. Один снимок должен быть выполнен в параллельной проекции, а другой — в эксцентрической (под углом 15° при направлении пучка излучения снизу вверх). Указанный прием дает 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 локализоваться несколько ниже тени канала.

3. 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 кпереди. 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, отсекают 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 обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, снимают их через 7–8 суток.

Ответ к задаче 5

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 меди-

ально 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 кпереди. 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 поднутрения 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 поднутрении. 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 бормашины с прямым наконечником иссечь небольшое количество костной ткани и повторить попытку.

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 излишней крови и воздуха, которые могут скапливаться под надкостницей. Этот прием позволяет избежать значительного отека и кровотечения в послеоперационном периоде. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, снимают их через 7–8 суток.

Тема 14. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Ответ к задаче 1

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. Швы ежедневно обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Снять их следует через 7–8 суток.

Ответ к задаче 2

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 краем 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.

Ответ к задаче 3

1. В процессе удаления зуба 3.6 возникло местное осложнение — отлом альвеолярного отростка нижней челюсти.

2. К возможным причинам осложнения — отлома альвеолярного отростка нижней челюсти — следует относить:

- чрезмерное усилие, прилагаемое к щипцам;
- глубокий захват альвеолярного отростка щипцами для удаления зубов;
- гиперцементоз корня, приводящий к спаиванию корня и стенок альвеолы;

– патологический процесс, протекающий в костной ткани нижней челюсти (остеопороз, киста и т. д.).

3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан удалить отломленный участок альвеолярной кости, сблизить сохранившиеся участки слизистой оболочки, наложить швы, которые следует снять через 7–8 суток. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Пациенту с целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства.

Ответ к задаче 4

1. К возможным причинам развившегося осложнения при выполнении операции удаления зуба 4.8 — перелому нижней челюсти в области угла — следует относить:

– чрезмерное усилие, прилагаемое стоматологом-хирургом при люксирующих движениях на этапе вывихивания зуба;

– индивидуальные анатомо-топографические особенности строения нижней челюсти, характеризующиеся узким телом кости и ее миниатюрностью, а также тем, что ось удаляемого зуба 4.8 соответствует биссектрисе угла нижней челюсти;

– грубая работа врача;

– наличие патологического очага в костной ткани челюсти в проекции удаляемого зуба (остеопороза, фолликулярной или радикулярной кисты, хронического остеомиелита, остеобластокластомы и т. д.).

2. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан временно иммобилизовать нижнюю челюсть пращевидной повязкой на подбородок или выполнить бимаксиллярное шинирование с наложением межчелюстной резиновой тяги. После этого в обязательном порядке необходимо направить пациента в стационар для проведения соответствующего комплексного лечения.

Ответ к задаче 5

1. В процессе удаления зуба 3.7 возникло местное осложнение — проталкивание дистального корня зуба 3.7 в окологлазничные мягкие ткани.

2. К возможным причинам осложнения — проталкивания дистального корня зуба 3.7 в окологлазничные мягкие ткани — следует относить:

– лизис стенки альвеолы с язычной стороны в результате хронического воспалительного процесса в области дистального корня зуба 3.7 (хронического гранулематозного периодонтита);

- недостаточная фиксация левой рукой врача альвеолярного отростка в области удаляемого дистального корня зуба 3.7;
- чрезмерное усилие, прилагаемое стоматологом-хирургом к инструменту при его продвижении под десну;
- совокупность указанных выше фактов.

3. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан осмотреть лунку и оценить степень погружения дистального корня зуба 3.7 в окологлазничные мягкие ткани. При указанном местном осложнении в процессе удаления зуба возможны три варианта развития ситуации. Первый — корень расположен поверхностно. В этом случае следует клювовидными щипцами с узкими сходящимися щечками (корневыми) или узким зажимом осторожно захватить удаляемый корень и извлечь, помогая пальцами левой руки продвигать его под слизистой оболочкой. Вторым вариантом — корень пальпируется под слизистой оболочки в области лунки, но извлечь его щипцами и зажимом не представляется возможным. Следует сделать небольшой разрез слизистой оболочки, достать корень, наложить отдельные узловатые швы на рану, которые будут сняты через 7–8 суток. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Кроме того, в двух указанных ситуациях с целью профилактики развития гнойно-воспалительных осложнений пациенту необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Третий вариант — визуально и пальпаторно локализацию корня определить не удастся, так как он глубоко погрузился в окологлазничные мягкие ткани. В такой ситуации пациента следует немедленно направить в стационар, где ему выполнят рентгенограмму и под ее контролем удалят корень.

Тема 15. МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА

Ответ к задаче 1

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 ложечной 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 «Альвожель». 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.

Ответ к задаче 2

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 обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого. Снимают их через 7–8 суток.

Ответ к задаче 3

1. После удаления зуба 4.6 возникло местное осложнение — альвеолит (воспаление стенок лунки удаленного зуба).

2. Дифференциальная диагностика альвеолита с луночковыми послеоперационными болями заключается в следующем: при альвеолите боли начинают беспокоить пациента на 2–3-и сутки после операции удаления зуба, а при луночковых болях — на 1–2-е сутки. При альвеолите боли более интенсивные, они сопровождаются иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва: в висок, глаз, ухо. При пальпации определяется болезненность по переходной складке в области лунки удаленного зуба. В случае данного осложнения отмечается повышение температуры до 37,6–37,86 °С.

3. К возможным причинам осложнения — альвеолита — следует отнести:

- невыполнение назначений врача;
- отсутствие кровяного сгустка в лунке удаленного зуба;
- попадание в лунку над- и поддесневых зубных отложений;
- некачественно выполненную ревизию лунки после удаления зуба;
- нарушение асептики во время выполнения операции;
- снижение общей резистентности организма пациента;
- проведение операции удаления зуба на фоне острых инфекционных и вирусных процессов;
- совокупность всех или некоторых указанных факторов.

4. В сложившейся клинической ситуации стоматолог-хирург обязан осмотреть лунку удаленного зуба 4.6. 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 ложечной Фолькмана осторожно, без усилий, выскабливая, необходимо удалить неотмытые остатки распада сгустка и инородные тела, если таковые имеются. Затем повторно требуется инстиллировать лунку растворами антисептиков и рыхло ввести в нее препарат «Альвожель». Кроме того, 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.

5. Прогноз в плане выздоровления, как правило, благоприятный. Заболевание длится 10–12 дней. После заполнения лунки грануляционной тканью боли прекращаются, и дальнейшее заживление костной раны протекает гладко.

Ответ к задаче 4

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. В данной клинической ситуации может быть констатирована I степень кровотечения (незначительное кровотечение) после удаления зуба по С. И. Лысенко (1991). 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.

Ответ к задаче 5

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, а также комплексное лечение, которое должно складываться из следующих составляющих:

- 1) медикаментозного лечения;

2) применения лечебных физических воздействий (рефлексотерапия или физиотерапия).

Медикаментозное лечение. Для достижения противовоспалительного, десенсибилизирующего эффекта, снятия отека и набухания ствола нерва используются:

– глюкокортикоиды (преднизолон) — не менее 60 мг в сутки (разделив на два приема) в течение 7 дней с последующим уменьшением дозы до 5–10 мг в сутки;

– дегидратирующие средства: «Фуросемид» — 0,04 г (1 таблетка 1 раз в сутки утром) или «Диакارب» — 0,25 г (1 таблетка 1 раз в день утром) в течение трех дней;

– препараты калия: «Панангин» (1 драже 3 раза в сутки после еды) или «Аспаркам» (1 таблетка 3 раза в день после еды) в течение 5 дней;

– никотиновая кислота — внутримышечно 0,17 % 1 мл 2 раза в сутки в течение 10 дней;

– антигистаминные препараты: «Тавегил» — 1 мг (1 таблетка 2 раза в сутки) или «Фенкарол» — 0,025 г (1 таблетка 2 раза в сутки) в течение 10 дней;

– стол № 8 (диета с ограничением соли).

Для улучшения трофики тканей, а также как общеукрепляющие средства применяли препараты, влияющие на тканевой обмен, витамины, биогенные стимуляторы:

– «Трентал» — внутривенно 0,1 г (1 ампула в 250–500 мл изотонического раствора натрия хлорида или в 5%-ном растворе глюкозы в течение 90–180 минут) 10 дней;

– «Метандростиналон» — по 0,005 г (1 таблетка 1–2 раза в сутки перед едой, курс лечения 1 месяц) или «Феноболин» — внутримышечно по 0,025 г (через каждые 7–10 дней, курс лечения 1,5–2 месяца);

– витамин В12 — по 200–400 мкг 1 раз в 2 дня в течение 40–45 дней;

– витамин В1 — по 0,01 г (1 таблетка 2–3 раза в день) в течение 30–40 дней;

– витамин С — по 0,1 г (1 таблетка 3 раза в день после еды) в течение 10–15 дней;

– алоэ — по 0,05 г (1 таблетка 3–4 раза в день за 15–20 минут до еды).

При развитии болевого синдрома пациенту назначают анальгетики, а в восстановительном периоде используют: «Дибазол» — 0,02 г (1 таблетка 3 раза в день) или «Прозерин» — по 0,01 г (по 1 таблетке 2–3 раза в день за 30 минут до еды). Пациентам, обратившимся за специализированной помощью в первые сутки после воздействия травмирующего агента, проводится профилактика инфекционно-воспалительных осложнений. С этой целью назначают антибиотики, например «Ампиокс» — по 0,25 г (по 2 капсулы) 4 раза в день.

Пациентам, которым не проводится рефлексотерапия, с целью преодоления рефлекторно-сосудистых реакций, носящих патологический характер и вызванных реакцией на заболевание, назначить седативные средства, транквилизаторы и нейролептики:

- раствор натрия бромиды 3 % (по 1–2 столовые ложки на ночь);
- «Мепротан» — по 0,2 г (1 таблетка 2–3 раза в день с постепенным уменьшением дозы к концу лечебного курса) или «Диазепам» — по 0,005 г (1 таблетка 1–2 раза в день с постепенным уменьшением дозы к концу лечебного курса);
- «Этаперазин» — по 0,004 г (1 таблетка 3–4 раза в день после еды).

Тема 16. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

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 нейрорпсихологического 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.

Ответ к задаче 3

У пациентки рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилпрессинном или адреналином в концентрации не более 1 : 200 000; карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Мepivastesin (на основе мепивакаина без вазоконстриктора), лидокаин без вазоконстриктора (только при кратковременных вмешательствах и манипуляциях).

Ответ к задаче 4

1. Пациента следует отнести к группе со значительным риском развития бактериального эндокардита.

2. Пациенту необходимо назначить следующий комплекс лечебно-профилактических мероприятий:

- мотивацию и подробное разъяснение факторов риска и взаимосвязи между сердечно-сосудистой патологией и стоматологическими болезнями;
- профессиональную гигиену полости рта в сочетании с рациональной антибактериальной терапией;
- обязательное лечение всех пораженных кариесом зубов;
- эндодонтическое лечение по показаниям в сочетании с антибактериальной терапией;
- хирургическую санацию полости рта по расширенным показаниям к удалению зубов с очагами хронической одонтогенной инфекции;
- комплексное лечение заболеваний периодонта в сочетании с рациональной бактериальной терапией.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 17. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ И ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ ЗУБА У ЛИЦ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КРОВИ, С ПАТОЛОГИЕЙ ПЕЧЕНИ И ПОЧЕК И ДРУГОЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

У пациента рекомендуется использовать местные анестетики класса эфиров, например новокаин. Основная часть указанного анестетика инактивируется непосредственно в кровеносном русле ферментом псевдохолинэстеразой, под действием которой анестезирующее вещество распадается, подвергаясь биотрансформации, а остальные 30 % выводятся с мочой.

Ответ к задаче 3

У пациентки следует использовать амидные анестетики, так как их метаболизм происходит в печени. Однако, помня о том, что в незначительном количестве (не более 10 %) амидные анестетики выводятся в неизменном виде почками, препараты необходимо применять в небольших дозах, соблюдая все необходимые правила предосторожности.

Ответ к задаче 4

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 инактивации анестезирующего вещества. В данной ситуации необходимо провести премедикацию 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 премедикацию следует считать целесообразной, так как она избавит пациентку от стрессовой реакции и страха, которые способны спровоцировать приступ заболевания — бронхиальной астмы.

Ответ к задаче 5

1. У пациента с гемофилией формы А средней степени тяжести операция удаления зуба 4.7 может быть выполнена только в условиях стационара после предварительной консультации гематолога и специальной предоперационной подготовки.

2. Предоперационная подготовка у пациентов с гемофилией формы А средней тяжести базируется на своевременном и адекватном введении препаратов VIII фактора свертывания крови, получаемого из донорской крови. Специальная гемостатическая терапия планируется индивидуально в зависимости от массы тела пациента, тяжести течения сопутствующего заболевания (гемофилии), метода лечения и вида оперативного вмешательства. Криопреципитат вводят внутривенно струйно из расчета 40–80 ЕД на 1 кг массы тела пациента.

Индивидуальная доза криопреципитата рассчитывается по формуле:

$$X = (Y + M) / 100,$$

где X — необходимое количество криопреципитата в дозах, ЕД;

Y — необходимый уровень фактора VIII, %;

M — масса тела пациента, кг;

100 — содержание активности антигемофильного глобулина в одной дозе.

Криопреципитат вводят каждые 8–12 часов соответственно его периоду полураспада с тем, чтобы поддерживать концентрацию фактора VIII на уровне 40–50 %, что необходимо для процесса тромбообразования. Эффективность антигемофильной терапии оценивается по динамике VIII фактора плазмы крови, который определяется методом тромбопластинообразования в течение всего периода лечения. Концентрация дефицитного фактора зависит от длительности луночкового кровотечения. Как правило, ее снижение обусловлено потерей большей части фактора вследствие кровопотери. Это требует дополнительного введения препарата в раннем периоде лечения в соответствии с его фактическим дефицитом (50–60 ЕД на 1 кг массы тела пациента). При этом особое внимание следует уделять восполнению кровопотери компонентами крови — эритромассой, альбумином. В последующие дни после операции доза криопреципитата должна поддерживаться на уровне 20–30 %, что составляет 30–40 ЕД на 1 кг массы тела пациента.

Тема 18. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Ответ к задаче 1

1. В представленной клинической ситуации диагноз по стоматологическому статусу будет следующий: хронический гранулематозный периодонтит зуба 1.4 в стадии обострения.

2. В указанной клинической ситуации зуб 1.4 подлежит удалению.

3. Специализированная стоматологическая помощь данному пациенту должна оказываться в условиях стационара (в отделении челюстно-лицевой хирургии) после консультации терапевта и нормализации АД и пульса.

4. Отложить оказание специализированной стоматологической помощи пациенту в указанной клинической ситуации нельзя.

Ответ к задаче 2

1. Клиническая картина соответствует диагнозу обморок.

2. Тактическая ошибка стоматолога, повлекшая общее осложнение — обморок, заключалась в том, что врач не выполнил пациентке местную анестезию и без обезболивания проводил одну из самых болезненных манипуляций — вскрытие пульповой камеры с обнажением рога пульпа зуба 2.6.

3. К возможным причинам осложнения — обморока — следует отнести:

- психоэмоциональное перенапряжение;
- недосыпание;
- переутомление;
- явления интоксикации;
- голод;
- сопутствующие заболевания и т. д.

4. Дифференциальную диагностику обморока следует проводить с коллапсом и анафилактическим шоком. Коллапс — это остро развивающаяся сосудистая недостаточность, проявляющаяся резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма. Сознание пациента при этом сохранено. Пульс слабого наполнения, нитевидный, резко учащенный, аритмичный. Тоны сердца глухие, характерна аритмия. Дыхание поверхностное.

Анафилактический шок — остро развивающаяся аллергическая реакция немедленного типа, угрожающая жизни пациента, обусловленная действием на его организм медикаментозного средства. Характеризуется резким падением АД, тяжелым нарушением деятельности центральной нервной системы, кровообращения, дыхания и обмена веществ. Субъективно у пациента появляется беспокойство, страх, слабость, чувство сдавления за грудиной, боль в области сердца. Кожные покровы резко бледнеют, пациент покрывается холодным, липким потом, возникают боли в животе, появляется тошнота, рвота, могут быть судороги. Зрачки расширены, они не реагируют на свет. Пульс частый, нитевидный, АД очень низкое или не определяется. Тоны сердца глухие, они плохо прослушиваются. Дыхание затруднено.

5. Для оказания неотложной помощи при обмороке пациентке необходимо по возможности придать положение Тренделенбурга (голова находится ниже ног), расстегнуть стесняющую дыхательные движения одежду, обеспечить приток свежего воздуха, дать вдохнуть пары 10%-ного раствора нашатырного спирта, что рефлекторно стимулирует дыхательный и сосудодвигательный центры. Следует проводить акупрессию в накожной проекции точки VG26 (жень-чжун), локализуемой под носовой перегородкой.

родкой в верхней трети вертикальной борозды верхней губы. Можно выполнять иглоукалывание в указанную точку как акупунктурной иглой, так и стерильной иглой для инъекций. Глубина укола составляет 0,5–1 см.

6. При выходе из обморочного состояния можно продолжить стоматологические манипуляции с принятием мер к профилактике рецидива: лечение проводить в горизонтальном положении пациентки с адекватной примедикацией и использованием слабых транквилизаторов.

Ответ к задаче 3

1. В указанной клинической ситуации для уточнения диагноза в условиях стоматологической поликлиники должны быть проведены следующие методы объективного обследования пациентки: измерение АД, определение ЧСС (пульса).

2. На приеме у стоматолога-хирурга у пациентки развилось общее осложнение — гипертонический криз.

3. Тактическая ошибка стоматолога, повлекшая развитие гипертонического криза, заключалась в том, что врач перед началом оперативного вмешательства не измерил АД и не принял мер к профилактике развития гипертонического криза, направленных на снижение АД.

4. Для оказания неотложной помощи пациентке в указанной клинической ситуации необходимо давать «Нефидипин» по 5–10 мг в таблетках под язык каждые 20–30 минут (всего до 50 мг). Требуется проводить акупрессуру при контроле АД. Если АД не снижается либо возрастает, то следует применять нитроглицерин по 0,5 мг в капсулах. Акупрессуру необходимо продолжать. При ухудшении состояния показана экстренная госпитализация через обращение в службу скорой медицинской помощи.

5. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга при отсутствии улучшения общего состояния пациентки после оказания ей неотложной помощи должна быть направлена на снижение АД. Принимая во внимание тот факт, что была выполнена только анестезия, а непосредственно к проведению оперативного вмешательства хирург приступить не успел, целесообразно перенести операцию на другой день. Необходимо назначить пациентке консультацию терапевта. С ним требуется согласовать схему примедикации, которая будет использована перед предстоящей операцией. Следует сократить время ожидания приема данной пациенткой при ее следующем обращении к врачу.

6. Продолжить хирургическое вмешательство у пациентки в это же посещение можно только после снижения АД.

Ответ к задаче 4

1. В условиях поликлиники с целью уточнения диагноза пациенту должны быть проведены следующие методы объективного обследования: измерение АД, определение ЧСС (пульса).

2. На приеме у стоматолога-хирурга у пациента развилось общее осложнение — анафилактический шок.

3. Дифференциальную диагностику анафилактического шока следует проводить с обмороком и коллапсом. Обморок — это внезапная кратковременная потеря сознания, развивающаяся вследствие кратковременного спазма сосудов головного мозга. Характеризуется появлением головокружения, звона в ушах, зевотой, тошнотой, побледнением кожных покровов челюстно-лицевой области. Пульс слабый, частый, АД, как правило, не изменяется. Дыхание редкое, поверхностное. Зрачки расширены.

Коллапс — это остро развивающаяся сосудистая недостаточность, проявляющаяся резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма. Сознание пациента при этом сохранено. Пульс слабого наполнения, нитевидный, резко учащенный, аритмичный. Тоны сердца глухие, характерна аритмия. Дыхание поверхностное.

4. Для оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке необходимо немедленно прекратить введение предполагаемого медикамента-аллергена, контролировать и обеспечить проходимость дыхательных путей. Следует вводить прессорные амины (0,1%-ный раствор адреналина — 0,8 мл внутривенно на физиологическом растворе медленно, при необходимости «Допамин» — 300–700 мкг/мм), глюкокортикостероиды (преднизолон — до 120 мг внутривенно струйно). В дальнейшем требуется синдромальная терапия, вызов бригады скорой медицинской помощи, экстренная госпитализация.

Ответ к задаче 5

1. В данной клинической ситуации можно предположить о развитии такого осложнения, как введение агрессивной жидкости при выполнении анестезии.

2. Тактическая ошибка стоматолога заключалась в том, что она, не обращая внимания на сильную боль и чувство жжения у пациента, продолжала вводить препарат. Необходимо было при жалобах пациента прекратить инъекцию и проверить маркировку ампулы.

3. К ошибочному введению агрессивной жидкости привели следующие организационные ошибки: 1) агрессивная жидкость в ампулах, возможно нашатырный спирт, находилась на рабочем столе у стоматолога, хотя должна была размещаться в специальном шкафу для медикаментов; 2) врач не проверила маркировку ампулы перед набором препарата в шприц.

4. Для оказания неотложной помощи при ошибочном введении агрессивных жидкостей необходимо прекратить инъекцию, в область выполненной инъекции срочно ввести 0,5%-ный раствор новокаина в объеме, в

5 раз превышающем объем введенной агрессивной жидкости. Требуется установить характер примененного раствора. Нужно сделать разрез в проекции инфильтрата, инстиллировать рану раствором антисептика и дренировать ее. Кроме того, важно помнить, что в подобной клинической ситуации необходимо применять общее лечение. Следует ввести внутримышечно 2 мл 50%-ного раствора анальгина, 2 мл 1%-ного раствора супрастина и назначить антибактериальную терапию.

5. Исходом введения агрессивной жидкости при выполнении анестезии может быть некроз мягких тканей, остеомиелит кости с последующей секвестрацией.

Ответ к задаче 6

1. В данной клинической ситуации можно предположить о развитии эпилептического приступа.

2. Для оказания неотложной помощи при эпилептическом приступе необходимо предохранить пациента от ушибов, облегчить дыхание, расстегнуть воротник, между молярами челюстей вставить шпатель, обернутый марлей. После завершения припадка не следует будить пациента и вводить ему какие-либо лекарственные средства.

3. Хирургическое вмешательство можно продолжить через 30–60 минут после завершения приступа при условии, что вмешательство выполняется по экстренным показаниям. В данной клинической ситуации следует воздержаться от вмешательства, выполняемого в плановом порядке, отправив пациента на консультацию к неврологу. При развитии повторного эпилептического статуса показана госпитализация.

Тема 19. ОДОНТОГЕННЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ, ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Ответ к задаче 1

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный серозный периостит от зуба 2.6.

2. Острый одонтогенный серозный периостит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести ко II классу заболеваний (с преимущественным поражением околичелюстных мягких тканей).

3. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии, может быть констатирована нормергическая реакция организма.

Ответ к задаче 2

1. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный абсцессом челюстно-язычного желобка от причинного зуба 3.6.

2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с преимущественным поражением костной ткани), а одонтогенный абсцесс челюстно-язычного желобка — ко II группе заболеваний (с поражением окологлазничных мягких тканей).

3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

Ответ к задаче 3

1. Пациентка обратилась к стоматологу-хирургу с диагнозом хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 4.7 в стадии обострения.

2. Хронический апикальный гранулематозный периодонтит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов следует отнести к I группе заболеваний (с поражением костной ткани).

3. В указанной клинической ситуации имеет место интраканаликулярный путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса (через каналы корней причинного зуба).

Ответ к задаче 4

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный абсцессом крыловидно-нижнечелюстного пространства от причинного зуба 4.8.

2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с поражением костной ткани), а одонтогенный абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства — ко II группе заболеваний (с поражением окологлазничных мягких тканей).

3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

4. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии задачи, может быть констатирована гиперергическая реакция организма.

Ответ к задаче 5

1. Пациент обратился к стоматологу-хирургу с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит, осложненный флегмоной дна полости рта и корня языка и острым одонтогенным задним медиастинитом от причинного зуба 4.7.

2. Острый одонтогенный остеомиелит в соответствии с современной классификацией острых одонтогенных гнойно-воспалительных процессов относится к I группе заболеваний (с поражением костной ткани), одонтогенная флегмона дна полости рта и корня языка — ко II группе заболеваний (с поражением околочелюстных мягких тканей), а острый одонтогенный задний медиастинит — к IV группе заболеваний (осложнения одонтогенных воспалительных процессов с поражением отдаленно расположенных органов, анатомических образований, генерализацией инфекции).

3. В указанной клинической ситуации имеет место путь распространения гнойно-воспалительного инфекционного процесса по протяжению (*per continuitatem*).

4. У пациента в связи с развитием гнойно-воспалительного процесса и на основании клинических данных, приведенных в условии задачи, может быть констатирована гиперергическая реакция организма.

Тема 20. АПИКАЛЬНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

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, корневой канал искривлен, просвет

канала obtурирован 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.

Ответ к задаче 3

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.

Ответ к задаче 4

В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования (ортопантомограммы) 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.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 21. ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АПИКАЛЬНЫХ ПЕРИОДОНТИТОВ

Ответ к задаче 1

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, отступая 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 опи-ла 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.

Ответ к задаче 2

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;
- обработка швов 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, которые снимают через 7–8 суток.

Ответ к задаче 3

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 — коронаро-радикулярная сепарация зуба 3.7.

3. Операция — коронаро-радикулярная сепарация зуба относится к органосохраняющим оперативным вмешательствам, частично сохраняющим коронковую часть зуба и его периодонт.

4. Операция — коронаро-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;
- обработка швов 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого, которые снимают через 7–8 суток.

Ответ к задаче 4

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.

Ответ к задаче 5

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 проводочной 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. БОЛЕЗНИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ, РЕТЕНЦИЯ, ДИСТОПИЯ. КЛИНИЧЕСКАЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА. ФИЗИОТЕРАПИЯ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

1. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантомограммы).
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 — перикоронарэктомия в области зуба 3.8;
 - назначение комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные (в указанной клинической ситуации предпочтительнее следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропиз-

мом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;

– местно — перевязки с обязательной инстилляцией послеоперационной раны растворами антисептиков и при необходимости применением препаратов «Альвожел» или «Линкомициновая пленка»;

– назначение курса физиотерапевтического лечения (ФТЛ) или рефлексотерапии.

Ответ к задаче 3

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 «Альвожел» или «Линкомициновая пленка»;

– назначение курса ФТЛ или рефлексотерапии.

Ответ к задаче 4

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 — перикоронарозктомия 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 «Альвожель», «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.

Ответ к задаче 5

1. После проведения местной анестезии выполняют разрез со стороны преддверия полости рта с образованием трапециевидного, 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 ретинированного, 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 ан-

тисептиков. При необходимости осуществляют мобилизацию слизисто-надкостничного лоскута, укладывают его на место и фиксируют отдельными узловатыми швами. Швы обрабатывают 1%-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого. 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 предпочтительнее 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.

Тема 23. ПЕРИОСТИТЫ ЧЕЛЮСТЕЙ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА

Ответ к задаче 1

На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти слева от зуба 2.7.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти справа от зуба 1.1.

2. При неблагоприятном течении патологического процесса острый гнойный периостит от зуба 1.1 может осложниться тромбозом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, менингоэнцефалитом, сепсисом.

Ответ к задаче 3

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.

Ответ к задаче 4

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.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 24. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРИОСТИТАМИ ЧЕЛЮСТЕЙ. ТАКТИКА СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА В ОТНОШЕНИИ ПРИЧИННОГО ЗУБА. ЭТАПЫ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

Ответ к задаче 1

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 операция раны раствором антисептика;
- для свободного оттока гнойного экссудата и предупреждения слипания краев раны введение резинового дренажа, ширина которого должна соответствовать длине операционной раны.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных клинического обследования пациенту следует поставить диагноз острый гнойный периостит нижней челюсти слева

от зуба 3.6, острый серозный одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области слева.

2. Стоматолог-хирург допустил грубую ошибку, не назначив пациенту в послеоперационном периоде (после выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага) комплексную противовоспалительную терапию.

3. Схема комплексной противовоспалительной терапии следующая:

- антибактериальные препараты (предпочтение следует отдать остеотропным антибиотикам);
- нестероидные противовоспалительные препараты, обладающие обезболивающим, жаропонижающим, противовоспалительным эффектами;
- антигистаминные средства;
- поливитамины.

Местно для инстилляций послеоперационной раны при перевязках и для полоскания полости рта пациенту после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага по поводу острого гнойного периостита от зуба 3.6 и удаления зуба 3.6 применяются растворы антисептиков: 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина биглюканата, раствор фурацилина (1 : 5000), 3%-ная перекись водорода, светло-розовый раствор KMnO_4 (1 : 3000).

Ответ к задаче 3

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).

Ответ к задаче 4

1. На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз обострение хронического гранулематозного периодонтита зуба 2.2.

2. Учитывая общий статус пациентки, причинный зуб требуется удалить.

Ответ к задаче 5

1. На основании данных клинического обследования пациентке следует поставить диагноз хронический гранулематозный периодонтит зуба 2.3, осложненный острым гнойным периоститом верхней челюсти слева.

2. В данной клинической ситуации пациентке необходимо выполнить первичную хирургическую обработку гнойного очага, следует про-

должить комплексную противовоспалительную терапию и назначить визит к стоматологу-хирургу на следующий день. Если будет выявлена положительная динамика, то пациентке показано хирургическое вмешательство — цистэктомия с резекцией верхушки корня зуба 2.3 в амбулаторных условиях в плановом порядке после предварительного необходимого обследования для проведения операции. Если через сутки после выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага положительной динамики отмечено не будет, причинный зуб следует удалить.

Тема 25. ОСТРЫЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных клинического обследования в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа, ограниченный пределами лунки зуба 1.4.

2. Стоматолог-хирург при удалении зуба 1.4 и послеоперационном ведении пациентки допустил следующие тактические ошибки, которые привели к развитию острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти справа:

- не выполнил или в недостаточной мере провел синдесмотомию;
- неправильно выбрал щипцы для удаления зуба 1.4;
- грубо и травматично обращался с окружающими мягкими тканями при удалении зуба 1.4;
- не сгладил острые костные края стенок лунки удаленного зуба 1.4;
- на разрывы слизистой оболочки не наложил швы;

– не сблизил края лунки удаленного зуба и не осуществил адекватный гемостаз;

– не назначил комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (в данной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;

– не назначил контрольный осмотр хирурга на следующий день после удаления.

3. В сложившейся клинической ситуации стоматологу-хирургу необходимо ежедневно осматривать лунку удаленного зуба 1.4. Под местным обезболиванием следует инстиллировать лунку удаленного зуба 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюканата или слабо розовым раствором перманганата калия. При этом вымываются остатки распавшегося сгустка крови и пищи. Требуется сгладить острые края лунки при помощи физиодеспенса или бормашины, прямого наконечника, стоматологических фрез и боров. Кюретажной ложечкой Фолькмана осторожно, не выскабливая, необходимо удалить невымывшиеся остатки распада сгустка крови и инородные тела, если таковые имеются. Затем требуется повторно инстиллировать лунку растворами антисептиков и рыхло ввести препарат «Альвогель». Размозженные края слизистой оболочки следует удалить. Пациентке необходимо назначить комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные (предпочтение следует отдавать остеотропным антибиотикам широкого спектра действия), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Пациентке следует выдать листок временной нетрудоспособности (больничный лист) и назначить контрольный осмотр и перевязку у стоматолога-хирурга на следующий день.

Ответ к задаче 3

1. На основании данных клинического обследования пациентке должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5.

2. По данным клинического обследования очевидно, что острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5 осложнился острым одонтогенным гнойным синуситом верхнечелюстной пазухи справа. Острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти справа от зуба 1.5 может осложниться: абсцессом, флегмоной, тромбофлебитом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, одонтогенным сепсисом.

3. В данной клинической ситуации причинный зуб 1.5 подлежит удалению.

4. Специализированная помощь пациентке в указанной клинической ситуации должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

Ответ к задаче 4

1. На основании данных клинического обследования пациентке должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит верхней челюсти слева от зуба 1.4.

2. Продолжительность течения острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти слева от зуба 1.4 от момента начала заболевания составляет 10–14 суток.

3. Заключение о длительности течения заболевания было сделано на основании данных лучевых методов исследования (ортопантограммы), которые свидетельствовали о том, что в области корней зубов 1.3, 1.4, 1.5 имеются незначительные деструктивные изменения костной ткани с нечеткими контурами, и на основании результатов визуального осмотра, указывающих на тот факт, что в области зубов 1.3, 1.4, 1.5 определяется муфтообразное утолщение альвеолярного отростка.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 26. ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных клинического обследования пациента должен быть поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла, ветви слева, неврит III ветви тройничного нерва слева.

2. В данной клинической ситуации путь внедрения инфекционного агента — интраканаликулярный (через канал корня зуба 3.8).

3. Процесс секвестрации нижней челюсти у пациента завершится через 5–6 недель с момента развития острого одонтогенного остеомиелита.

4. Хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти, угла слева может осложниться: абсцессом, флегмоной, тромбофлебитом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, медиастинитом, одонтогенным сепсисом, гломерулонефритом; может возникнуть патологический перелом челюсти.

Ответ к задаче 3

1. В указанной клинической ситуации пациентке должно быть выполнено оперативное вмешательство — секвестрэктомия.

2. В указанной клинической ситуации, когда в патологический процесс вовлечены горизонтальный сегмент тела, угол и ветвь нижней челюсти справа, секвестрэктомию следует осуществлять внеротовым доступом. Разрез проводят параллельно основанию нижнего края нижней челюсти справа длиной 1,5–2 см. При этом можно руководствоваться расположением открывающихся на коже свищей, которые в процессе выполнения оперативного вмешательства подлежат иссечению.

Можно выделить следующие основные этапы проведения секвестрэктомии:

- общее обезболивание;
- проведение разреза;
- скелетирование горизонтального сегмента, угла и ветви нижней челюсти;
- секвестрэктомию (удаление секвестров, грануляционной ткани — секвестральной капсулы);
- обработку стенок костной полости высокоэнергетическим лазером;
- введение перфорированных трубчатых дренажей;
- наложение провизорных швов.

3. Тактика челюстно-лицевого хирурга по отношению к зубам 4.6 и 4.8 (при показаниях ЭОД 40–50 мкА) с учетом данных лучевых методов исследования должна быть следующей: зуб 4.8 необходимо удалить, зуб 4.7 следует подвергнуть эндодонтическому лечению с надежной obturацией апикальных отверстий.

4. Тип заживления костной раны после проведения оперативного вмешательства, показанного пациентке, — вторичным натяжением.

5. Основными составляющими комплексного послеоперационного лечения пациентки являются следующие:

– комплексная противовоспалительная терапия, включающая антибактериальную терапию, сначала империческую, а после получения ответа на чувствительность микрофлоры к антибактериальным лекарственным средствам — направленную (в указанной клинической ситуации предпочтение следует отдавать антибактериальным препаратам, обладающим тропизмом к костной ткани), использование нестероидных противовоспалительных и антигистаминных лекарственных средств;

– применение поливитаминных комплексов, содержащих минеральные соли (витамины групп В, С, D, минеральные соли кальция, магния, фосфора);

– использование препарата «Остеогенон», ФТЛ или рефлексотерапия с целью обеспечения оптимальных условий для остеорегенерации.

Ответ к задаче 4

1. На основании данных клинического обследования пациенту должен быть поставлен диагноз хронический одонтогенный ограниченный остеомиелит альвеолярного отростка верхней челюсти в области лунки удаленного зуба 1.2.

2. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен выдать пациенту направление в стационар для проведения оперативного вмешательства — секвестрэктомии.

3. Секвестрэктомию в указанной клинической ситуации следует осуществлять внутриротовым доступом.

4. Пациенту должно проводиться комплексное лечение, основной частью которого является хирургическое вмешательство — выполнение операции секвестрэктомии. Только одно консервативное лечение в указанной клинической ситуации невозможно.

Ответ к задаче 5

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз хронический одонтогенный диффузный остеомиелит горизонтального сегмента тела нижней челюсти слева от удаленного зуба 3.7, осложненный флегмоной поднижнечелюстной области слева.

2. Стоматолог-хирург в указанной клинической ситуации должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования:

– лучевые методы обследования (ортопантомограмма или компьютерная томография);

– развернутый анализ периферической крови, включающий определение лейкоцитарной формулы и СОЭ.

3. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

Тема 27. ОДОНТОГЕННЫЕ ЛИМФАДЕНИТЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ФИЗИОТЕРАПИЯ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ответ к задаче 1

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.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз острый гнойный одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области слева от зуба 3.6.

2. Для верификации диагноза пациенту необходимо выполнить пункцию лимфатического узла.

Ответ к задаче 3

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке может быть поставлен диагноз множественные очаги хронической одонтогенной инфекции, осложненные хроническим одонтогенным лимфаденитом поднижнечелюстной области слева.

2. С целью устранения причины хронического одонтогенного лимфаденита поднижнечелюстной области слева и для профилактики развития более тяжелых гнойно-воспалительных осложнений необходимо провести пациентке следующие мероприятия:

- санацию полости рта, в том числе и активную хирургическую;
- комплексную противовоспалительную терапию, включающую антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства.

Ответ к задаче 4

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке может быть поставлен диагноз острый гнойный одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области справа.

2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациентке должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

3. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен выдать пациентке направление в стационар для проведения оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага поднижнечелюстной области справа.

4. При проведении оперативного вмешательства — первичной хирургической обработки гнойного очага поднижнечелюстной области справа по поводу острого гнойного одонтогенного лимфаденита поднижнечелюстной области справа от зуба 4.7 — выделяют следующие этапы:

- обезболивание, как правило, потенцированное (нейролептаналгезия и инфльтрационная анестезия);

- разрез параллельно нижнему краю нижней челюсти на участке наиболее выраженной флюктуации на всем протяжении воспалительного инфильтрата, по возможности впереди от лицевой артерии и вены;

- продвижение к гнойному очагу, тупо (зажимом) раздвигая ткани, и его опорожнение после раздвижения браншей;

- при помощи кюретажной ложечки Фолькмана удаление из гнойного очага остатков полураспавшегося лимфатического узла;

- введение в рану трубчатого мультиформного перфорированного дренажа;

- назначение в послеоперационном периоде комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства, ФТЛ (после очищения раны и снятия острых воспалительных явлений) или рефлексотерапию (с первых суток после проведения первичной хирургической обработки гнойного очага).

5. Тактика челюстно-лицевого хирурга, выполняющего первичную хирургическую обработку гнойного очага, по отношению к причинному зубу должна быть однозначной — удаление зуба 4.7.

Ответ к задаче 5

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.

Тема 28. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (ПЕРИОДОНТИТОВ, ПЕРИОСТИТОВ, ОДОНТОГЕННЫХ ОСТЕОМИЕЛИТОВ ЧЕЛЮСТЕЙ, ЛИМФАДЕНИТОВ)

Ответ к задаче 1

1. Представленная клиническая картина соответствует острому гнойному периоститу верхней челюсти справа, развившемуся как осложнение острого или обострившегося хронического периодонтита зуба 1.4.

2. Острый гнойный периостит следует дифференцировать с острым или обострившимся гнойным периодонтитом, острым остеомиелитом, одонтогенным абсцессом, острым лимфаденитом, нагноившейся кистой.

3. Дифференциальная диагностика острого гнойного периостита с острым периодонтитом, хроническим периодонтитом в стадии обострения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Дифференциальная диагностика острого гнойного периостита с острым периодонтитом, хроническим периодонтитом в стадии обострения

Клинические признаки	Острый гнойный периостит	Острый периодонтит и хронический периодонтит в стадии обострения
Начало с появления самопроизвольных болей в области причинного зуба	+	+
Усиление боли при надавливании на причинный зуб или перкуссии	+	+
Иррадиация болей по ходу ветвей тройничного нерва	+	+
Патологическая подвижность причинного зуба	+	+
Увеличение и болезненность лимфатических узлов	+	+
Локализация очага воспаления	За пределами одного зуба, распространяется под надкостницу	В пределах одного зуба
Болезненная перкуссия	Нескольких зубов рядом с причинным зубом	Только одного зуба
Болевой приступ после прикосновения к причинному зубу	–	+
Гиперемия и отек	Резко выражены	Незначительны
Наличие коллатерального отека	+	–
Общее состояние пациента (повышение температуры тела)	Незначительное	–

Дифференциальная диагностика острого гнойного периостита с острым одонтогенным остеомиелитом и с острым периодонтитом, хроническим периодонтитом в стадии обострения представлена в табл. 2.

Таблица 2

Дифференциальная диагностика острого гнойного периостита с острым одонтогенным остеомиелитом и с острым периодонтитом, хроническим периодонтитом в стадии обострения

Клинические признаки	Острый одонтогенный остеомиелит	Острый гнойный периостит	Острый периодонтит и хронический периодонтит в стадии обострения
Ночные боли в области причинного зуба	+	+	+
Усиление боли при вертикальной нагрузке на причинный зуб	+	–	+
Патологическая подвижность причинного зуба	Группы зубов	Выраженная подвижность только одного зуба	Только одного зуба
Гиперемия и отек прилежащей десны	Всего альвеолярного отростка	+	Только в области причинного зуба
Выделение гнойного экссудата из зубодесневого кармана	+	Не всегда	–
Увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов	+	+	+
Коллатеральный отек окологлазничных мягких тканей	Значительная инфильтрация, распространенный инфильтрат	Инфильтрация мягких тканей альвеолярных отростков челюстей	Незначительная инфильтрация
Общее состояние пациента	Средней степени тяжести или тяжелое (высокая температура тела, С-реактивный белок в сыворотке крови)	Средней степени тяжести (повышена температура тела, лейкоцитоз, повышенная СОЭ, С-реактивный белок в сыворотке крови). Никогда не бывает тяжелым (!)	Удовлетворительное
Гиперемия, отек, инфильтрация мягких тканей альвеолярного отростка	Муфтообразный воспалительный инфильтрат двух поверхностей	С одной поверхности челюсти	–
Симптом Венсана	+	Редко	–
Присутствие в гнойном отделяемом костномозговых клеток	+	–	–

Клинические признаки	Острый одонтогенный остеомиелит	Острый гнойный периостит	Острый периодонтит и хронический периодонтит в стадии обострения
Состояние после первичной хирургической обработки гнойного очага, удаления причинного зуба	Не улучшается	Быстрое купирование процесса (через 1–2 суток)	Быстрое купирование процесса (через 1–2 суток)

Ответ к задаче 2

1. Представленная клиническая картина соответствует острому одонтогенному остеомиелиту нижней челюсти слева от зуба 3.6.

2. Острый одонтогенный остеомиелит следует дифференцировать с острым гнойным периоститом, острым периодонтитом и хроническим периодонтитом в стадии обострения, с хроническим одонтогенным остеомиелитом.

3. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита с острым гнойным периоститом, острым периодонтитом и хроническим периодонтитом в стадии обострения представлена в табл. 2 задачи 1. Дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита с хроническим одонтогенным остеомиелитом представлена в табл. 3.

Таблица 3

Дифференциальная диагностика острого одонтогенного остеомиелита с хроническим одонтогенным остеомиелитом

Клинические признаки	Острый одонтогенный остеомиелит	Хронический одонтогенный остеомиелит
Сроки	Через 10–14 суток с начала заболевания	Через 4–5 недель с начала заболевания
Общее состояние	Общее состояние средней тяжести, температура тела 39 °С, кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны, черты лица заострены. Отмечается тахикардия, АД в пределах нормы, тоны сердца приглушены	Общее состояние удовлетворительное. Снижается температура тела до нормальных значений, уменьшаются ее суточные колебания; иногда может оставаться субфебрильной
Общий анализ периферической крови	Констатируется лейкоцитоз с увеличением палочкоядерных нейтрофилов, увеличивается СОЭ. Определяется С-реактивный белок	Улучшаются показатели крови. В первую очередь нормализуется содержание лейкоцитов: абсолютный и относительный нейтрофилез сменяется лимфоцитозом, появляются эозинофилы. В меньшей степени изменяется СОЭ. С-реактивный белок исчезает редко.

Клинические признаки	Острый одонтогенный остеомиелит	Хронический одонтогенный остеомиелит
		Однако каждое обострение процесса сказывается на показателях общего анализа крови
Данные внешнего осмотра челюстно-лицевой области	Имеет место нарушение конфигурации лица без изменения цвета кожных покровов. При пальпации выявляется отек мягких тканей в области нижней челюсти и поднижнечелюстной области слева, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны	Конфигурация лица практически не изменена. Кожные покровы физиологической окраски. Иногда на кожных покровах челюстно-лицевой области на стороне поражения отмечаются свищи. При пальпации выявляется деформация в виде вздутия нижней челюсти на пораженной стороне, регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны
Данные осмотра полости рта	Определяется ограничение открывания рта, слизистая оболочка в области щеки и десны слева гиперемирована, отечна. Переходная складка нижней челюсти слева сглажена, болезненна при пальпации. При осмотре зубных рядов определяется разрушенный зуб. Зубы, располагающиеся рядом с причинным, патологически подвижны, болезненны, из десневых карманов выделяется гнойный экссудат. Результаты ЭОД заинтересованных зубов находятся в пределах 100–120 мкА при норме 8–12 мкА	Отмечается уменьшение коллатерального отека околотелюстных мягких тканей, уменьшение выделения гнойного экссудата из зубодесневых карманов. Зубы, находящиеся в центре воспалительного очага, еще больше расшатываются, а зубы, располагающиеся по периферии воспалительного очага, заметно укрепляются. Однако порог электровозбудимости пульпы данных зубов понижен
Рентгенологические признаки	Определяется расширение периодонтальной щели причинного зуба, наличие зубов с хронической одонтогенной инфекцией	Первые признаки появляются на 10–14-е сутки с начала заболевания. К концу 3–4-й недели основу костных изменений составляет секвестрация. При этом секвестры могут быть самой различной величины и формы: от очень крупных (5–7 см) до мельчайших крупинок, или так называемых «милиарных» секвестров

Клинические признаки	Острый одонтогенный остеомиелит	Хронический одонтогенный остеомиелит
Симптом Венсана (снижение чувствительности в зоне иннервации г. mentalis, n. alveolaris inferior)	+	+

Ответ к задаче 3

1. Представленная клиническая картина соответствует острому гнойному периодонтиту зуба 3.5.

2. Острый гнойный периодонтит необходимо дифференцировать с острым серозным периодонтитом, острым гнойным периоститом, острым одонтогенным остеомиелитом, острым диффузным пульпитом, невралгией тройничного нерва, одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи.

3. Дифференциальная диагностика острого серозного периодонтита с острым гнойным периодонтитом представлена в табл. 4.

Таблица 4

Дифференциальная диагностика острого серозного периодонтита с острым гнойным периодонтитом

Клинические признаки	Острый серозный периодонтит	Острый гнойный периодонтит
Боль:	+	+
– самопроизвольная боль, усиливающаяся при вертикальной перкуссии зуба, накусывании на зуб, при приеме горячей пищи;	–	+
– интенсивная пульсирующая боль, иррадиирующая по ходу ветвей тройничного нерва	–	+
Нарушение статики причинного зуба	–	+
Гиперемия и коллатеральный отек десны вокруг причинного зуба	–	+
Увеличение подподбородочных и поднижнечелюстных лимфатических узлов, которые при пальпации слегка болезненные, подвижные, с кожей и подлежащими тканями не спаянные	–	+
Повышение температуры тела до субфебрильного уровня	–	Иногда

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с острым гнойным периоститом и острым одонтогенным остеомиелитом представлена в табл. 2 задачи 1.

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с острым диффузным пульпитом представлена в табл. 5.

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с острым диффузным пульпитом

Клинические признаки	Острый диффузный пульпит	Острый гнойный периодонтит и хронический периодонтит в стадии обострения
Боль: – приступообразная со «светлыми» промежутками различной продолжительности; – постоянная без «светлых» промежутков или с очень короткими светлыми промежутками	+ + –	+ – +
Локализованная боль	–	+
Перкуссия	–	+
Зондирование	+	–
Патологическая подвижность зуба	–	+
Болезненная пальпация	–	+

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с невралгией тройничного нерва представлена в табл. 6.

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с невралгией тройничного нерва

Клинические признаки	Невралгия тройничного нерва	Острый гнойный периодонтит и хронический периодонтит в стадии обострения
Самопроизвольная приступообразная боль со «светлыми» промежутками, некоторая периодичность при повторении болевых приступов	+	–
Курковые зоны	+	–
Связь болевого приступ с причинным зубом, который пациент может точно указать	–	+
Постоянная боль с редкими и весьма короткими «светлыми» промежутками	–	+

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита с одонтогенным синуситом верхнечелюстной пазухи выполняется на основании данных лучевых методов исследования. При остром гнойном периодонтите пазуха будет интактна, при одонтогенном синусите верхнечелюстной пазухи пневматизация последней будет снижена, может определяться уровень жидкости, инородное тело, гиперплазия слизистой оболочки и т. д.

Ответ к задаче 4

1. На основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен диагноз хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от зуба 4.6.

2. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти следует дифференцировать с одонтогенной мигрирующей подкожной гранулемой, раком челюсти, актиномикотическим, туберкулезным, сифилитическим поражением челюстной кости, саркомой и фиброзной дисплазией челюсти (болезнью Брайцева–Лихтенштейна).

3. Дифференциальная диагностика хронического одонтогенного остеомиелита с одонтогенной подкожной гранулемой изложена в табл. 7.

Таблица 7

Дифференциальная диагностика хронического одонтогенного остеомиелита с одонтогенной мигрирующей подкожной гранулемой

Клинические признаки	Хронический одонтогенный остеомиелит	Одонтогенная мигрирующая подкожная гранулема*
Наличие длительно существующих свищей	+	+
Развитие без предшествующей острой фазы	–	+
Асимметрия лица	+	–
Грануляционная ткань свищей	«Пышные»	«Вялые»
Выделения из свища	Обильное жидкое гнойное отделяемое	Незначительное количество кровянисто-гнояной жидкости
Проникновение зонда до кости	+	–
Данные лучевой диагностики	Деструкция костной ткани и секвестры	Гранулирующий периодонтит
Наличие тяжа от лунки зуба с гранулирующим периодонтитом к подкожной мигрирующей гранулеме	–	+
Группы зубов с патологической подвижностью	+	–

* Может быть осложнением одонтогенного хронического остеомиелита.

Одонтогенная подкожная мигрирующая гранулема имеет следующие особенности:

- хроническое воспаление подкожных лимфатических узлов, перемещающихся в локализации;
- наличие источника во всех случаях (гранулирующий периодонтит, нагноившаяся киста, хронический перикоронарит).

Рак челюсти:

- начало поражения верхней челюсти со слизистой оболочки синуса верхнечелюстной пазухи;
- начало поражения нижней челюсти со слизистой оболочки десны;
- отсутствие признаков острого остеомиелита или периостита.

Актиномикоз челюсти:

- поражение мягких тканей, наличие твердого инфильтрата;
- несколько свищей с «крошковатым» гноем;
- положительная кожно-аллергическая проба на актинолизат.

Туберкулез челюсти:

- более длительное течение болезни;
- болезненность в области воспаления;
- выраженный лимфаденит и перилимфаденит поднижнечелюстных и шейных узлов;
- возможен гематогенный характер при поражении легких, гортани и полости рта.

Сифилис челюсти:

- наличие очагов специфического размягчения;
- склероз костного вещества;
- оссифицирующий периостит;
- мраморность костного рисунка.

Саркома челюсти. При гиперостозных формах остеомиелита необходимо исследовать кусочки иссеченной опухоли на бластоматозный рост.

Фиброзная дисплазия челюсти (болезнь Брайцева–Лихтенштейна):

- незаметное начало;
- медленно нарастающая асимметрия лица;
- значительная воспалительная контрактура жевательных мышц;
- на рентгенограмме утолщена ветвь или тело челюсти с участками остеопороза, разряжение и уплотнение кости.

Ответ к задаче 5

1. На основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен диагноз хронический гранулирующий периодонтит зуба 1.3.

2. Хронический гранулирующий периодонтит необходимо дифференцировать с острым апикальным периодонтитом, хроническим фиброзным периодонтитом, хроническим гранулематозным периодонтитом и острым гнойным периоститом.

3. Дифференциальная диагностика хронических форм апикальных периодонтитов представлена в табл. 8.

Дифференциальная диагностика хронических форм апикальных периодонтитов

Клинические признаки	Хронический периодонтит		
	Фиброзный	Гранулирующий	Гранулематозный
Жалобы на боли при приеме твердой пищи	–	+	–
Болезненная перкуссия	–	+	–
Вовлечение в процесс прилежащих мягких тканей (свищ на слизистой оболочке преддверия полости рта в проекции апекса причинного зуба)	–	+	–
Небольшое выбухание без четких границ на альвеолярном отростке в проекции верхушки апекса причинного зуба при пальпации	–	–	+
Изменения на рентгенограмме:	+	+	+
– расширение периодонтальной щели	+	–	–
– очаг деструкции костной ткани с нечеткими размытыми контурами в виде языков пламени;	–	+	–
– округлый очаг деструкции костной ткани с четкими ровными границами	–	–	+

Тема 29. ФУРУНКУЛЫ И КАРБУНКУЛЫ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ. ОСЛОЖНЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ответ к задаче 1

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз фурункулов 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-маскита, удаление некротического стержня, некрэктомия, 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.

Ответ к задаче 2

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.

Ответ к задаче 3

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз карбункул верхней губы слева, осложненный тромбофлебитом вен лица слева и тромбозом кавернозного синуса.

2. При первичном обращении пациента за специализированной помощью стоматолог-хирург допустил следующие тактические ошибки:

- не направил пациента с диагнозом карбункул верхней губы слева в отделение септической челюстно-лицевой хирургии, где ему должна была оказываться специализированная помощь в условиях стационара;
- перед первичной хирургической обработкой гнойного очага не провел пациенту адекватного обследования, выполняемого в экстренном порядке и включающего: общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, развернутую коагулограмму, определение ПТИ, анализ крови на сахар;
- не назначил пациенту в послеоперационном периоде адекватное комплексное лечение. В примененной схеме медикаментозной терапии не использовались антибиотики широкого спектра действия и антикоагулянты.

ные лекарственные средства, которые назначаются в зависимости от показателей развернутой коагулограммы (прямого или непрямого действия), отсутствовала дезинтоксикационная терапия.

Ответ к задаче 4

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).

3. Продолжительность ВУТ в данной клинической ситуации с учетом условий труда составляет до 10 суток.

Ответ к задаче 5

1. Учитывая клиническую ситуацию, представленную в условии задачи, пациенту необходимо назначить дезинтоксикационную терапию, так как у пациентов данной категории в крови присутствует большое число различных биологически активных веществ и продуктов метаболизма, принимающих участие в развитии и прогрессировании генерализованного воспаления.

2. В указанной клинической ситуации пациенту должна быть назначена следующая дезинтоксикационная терапия:

- инфузионная терапия с введением плазмозаменителей гиподинамического, реологического и дезинтоксикационного действия, глюкозо-солевых растворов из расчета 30–50 мл на 1 кг массы тела пациента;
- гемодиализ, базирующийся на диффузии веществ с преимущественно малой молекулярной массой (5×10) через полупроницаемую мембрану и удалении избыточного количества жидкости из организма пациента по градиенту давления;
- плазмообмен (плазмозферез), также являющийся способом эффективной детоксикации у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области.

3. Карбункул подбородочной области при неблагоприятном течении патологического процесса может осложниться: абсцессом, флегмоной, тромбофлебитом вен лица, тромбозом кавернозного синуса, абсцессом головного мозга, менингитом, менингоэнцефалитом, медиастинитом, одонтогенным сепсисом.

4. В ситуации, когда поражение в центре воспаления содержит серозно-кровянистую жидкость или имеются черные корочки, карбункул подбородочной области следует дифференцировать с сибирской язвой. С этой целью проводят бактериологическое исследование серозно-кровянистой жидкости или материала из-под корки с целью выделения сибиреязвенной палочки.

Тема 30. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (ТРОМБОФЛЕБИТ ВЕН ЛИЦА, ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА, ОДОНТОГЕННЫЙ МЕДИАСТИНИТ)

Ответ к задаче 1

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз фурункул левой щечной области, осложненный тромбофлебитом угловой вены лица слева.

2. Пациент с указанным диагнозом должен проходить лечение в условиях стационара (специализированного отделения челюстно-лицевой хирургии или общехирургического отделения). Необходимо размещение пациента в палате отделения интенсивной терапии и реанимации.

3. План обследования и комплексного патогенетического лечения пациента данной категории должен включать следующие позиции:

- экстренную госпитализацию. С целью исключения внутричерепных осложнений следует выполнить компьютерную томографию челюстно-лицевой области и головного мозга;

- экстренное выполнение первичной хирургической обработки гнойного очага, что обеспечит декомпрессию мягких тканей и предупредит генерализацию инфекции;

- забор материала в процессе выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага для определения чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам;

- срочное назначение анализов: развернутой коагулограммы, исследования крови с целью определения бактериемии;

- проведение катетеризации v. subclavia;

- назначение дезинтоксикационной терапии (гемодез, реополиглюкин, реоглюман и т. д.);

- введение внутривенно капельно:
 - 1) изотонического раствора хлорида натрия с целью восстановления кислотно-щелочного равновесия;
 - 2) антибиотиков широкого спектра действия из «группы резерва»;
 - 3) гепарина (при контроле свертывающей системы крови) в дозе 5000 ЕД через каждые 4–6 часов для предотвращения внутрисосудистого свертывания крови. При достижении мягкой гипокоагуляции необходимо переходить на внутримышечное введение препарата в той же дозе и с теми же интервалами;
- неспецифическую десенсибилизирующую терапию.

Ответ к задаче 2

Комплексное лечение следует корректировать следующим образом:

- с целью дезинтоксикации назначить внутривенное введение низкомолекулярных растворов (гемодез);
- для восстановления кислотно-щелочного равновесия назначить внутривенное введение 4%-ного раствора бикарбоната натрия;
- учитывая клиническую картину на момент осмотра, с целью предотвращения внутрисосудистого свертывания крови вместо аспирина назначить гепарин (при контроле свертывающей системы крови) в дозе 5000 ЕД через 4–6 часов, а при достижении мягкой гипокоагуляции перейти на внутримышечное введение препарата в тех же дозах и с теми же интервалами.

Ответ к задаче 3

1. На основании клинических данных пациентки, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз фурункул левой щечной области, осложненный тромбозом угловой вены лица слева.

2. Пациентка с указанным диагнозом должна проходить лечение в условиях стационара вначале в отделении интенсивной терапии и реанимации, при стабилизации состояния и его значительном улучшении возможен перевод в специализированное отделение челюстно-лицевой хирургии или в общехирургическое отделение.

3. К основным составляющим патогенетического лечения следует отнести:

- экстренную госпитализацию;
- выполнение компьютерной томографии челюстно-лицевой области и головного мозга с целью подтверждения наличия внутричерепных осложнений;
- проведение катетеризации v. subclavia;
- назначение дезинтоксикационной терапии (гемодез, реополиглюкин, реоглюман и т. д.);

- введение внутривенно капельно:
 - 1) 4%-ного раствора бикарбоната натрия с целью восстановления кислотно-щелочного равновесия;
 - 2) антибиотиков широкого спектра действия из «группы резерва»;
 - 3) гепарина (при контроле свертывающей системы крови) в дозе 5000 ЕД через каждые 4–6 часов для предотвращения внутрисосудистого свертывания крови. При достижении мягкой гипокоагуляции необходимо переходить на внутримышечное введение препарата в той же дозе и с теми же интервалами;
- экстренное выполнение первичной хирургической обработки гнойного очага, что обеспечит декомпрессию мягких тканей и предупредит генерализацию инфекции;
- забор материала в процессе выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага для определения чувствительности патогенной микрофлоры к антибиотикам;
- срочное назначение анализов: развернутой коагулограммы, исследования крови с целью определения бактериемии;
- неспецифическую десенсибилизирующую терапию.

Ответ к задаче 4

1. По изложенной клинической картине можно предположить, что у данного пациента тяжелое осложнение гнойно-воспалительного процесса — медиастинит.
2. Для верификации диагноза медиастинит, определения локализации процесса и выявления пути распространения гнойного экссудата в качестве дополнительного обследования следует назначить:
 - исследования медиастинальных симптомов;
 - лучевые методы исследования (компьютерную томографию или рентгенографию органов средостения в переднезадней, боковой и косой проекции);
 - развернутую коагулограмму.

Ответ к задаче 5

На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа, осложненный флегмоной дна полости рта и корня языка, острым одонтогенным задним медиастинитом.

Тема 31. ТЯЖЕЛЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (АНАЭРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ, СЕПСИС У ПАЦИЕНТОВ С ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ПРОЦЕССАМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ). ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ. ЛЕЧЕБНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, РЕФЛЕКСОТЕРАПИЯ. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ответ к задаче 1

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз анаэробная инфекция челюстно-лицевой области; острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от зуба 4.7, осложненный флегмоной подвисочной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной и подбородочной областей справа. При отсутствии адекватного и своевременного комплексного лечения возможен летальный исход.

2. Действия врача при диагностике должны быть направлены на оценку местных проявлений болезни, оценку тяжести общего состояния пациента, определение этиологии заболевания. Диагностика анаэробной инфекции должна складываться из трех основных составляющих:

- 1) оценки клинических признаков;
- 2) лабораторных исследований;
- 3) постановки реакций на специфические инфекции.

Из лабораторных методик должны использоваться самые новые и совершенные, позволяющие достаточно быстро получить ответ (газожидкостная хроматография (в том числе плазменно-ферментативный анализ), люминесцентные и иммунологические методы, гистобактериоскопия). Целью лабораторных исследований должно быть получение экспресс-информации для верификации клинического диагноза.

3. Комплексное лечение пациента с анаэробной инфекцией должно включать: неотложное оперативное вмешательство, поддержание гомеостаза организма и его функциональных параметров, сложные перевязки в послеоперационном периоде с применением кислородосодержащих антисептических средств, парентеральное питание, интенсивную дезинтоксикацию, оксигенобаротерапию.

Ответ к задаче 2

1. В данной клинической ситуации должен быть поставлен диагноз анаэробная инфекция челюстно-лицевой области; острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти от зуба 4.8, осложненный флегмоной подъязычной области справа.

2. Необходимо выполнить лабораторные исследования с целью получения экспресс-информации и верификации клинического диагноза. Должны быть использованы самые новые и совершенные исследования, позволяющие достаточно быстро получить ответ (газожидкостная хроматография (в том числе плазменно-ферментативный анализ), люминесцентные и иммунологические методы, гистобактериоскопия).

3. Комплексное лечение необходимо корректировать с учетом послеоперационного диагноза. Оно должно включать: поддержание гомеостаза организма и его функциональных параметров, сложные перевязки в послеоперационном периоде с применением кислородосодержащих антисептических средств, парентеральное питание, интенсивную дезинтоксикацию, оксигенобаротерапию.

Ответ к задаче 3

1. Анаэробы, вероятно, не удалось выявить потому, что были нарушены условия забора и хранения биологического материала для проведения исследований на выделение анаэробных возбудителей. Биологический материал должен был быть доставлен в бактериологическую лабораторию и взят в обработку в течение 30 минут.

2. При назначении послеоперационного лечения данному пациенту врач должен руководствоваться клиническими признаками. Необходимо, чтобы комплекс лечебных мероприятий соответствовал диагнозу анаэробная инфекция челюстно-лицевой области и включал: поддержание гомеостаза организма и его функциональных параметров, сложные перевязки с применением кислородосодержащих антисептических средств, парентеральное питание, интенсивную дезинтоксикацию, оксигенобаротерапию.

Ответ к задаче 4

1. Действия врача следует считать правильными, так как известно, что, по данным О. П. Чудакова (1977) и В. И. Кочеровца (1981), на 30 % фузобактерий, бактероидов и пептострептококков, являющихся причиной развития одонтогенных гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области, встречаются 3–4 представителя облигатной анаэробной флоры, а 70 % составляют факультативные анаэробы, высоко резистентные к большинству антибактериальных препаратов.

2. При назначении послеоперационного лечения данному пациенту врач должен руководствоваться клиническими признаками. Необходимо, чтобы комплекс лечебных мероприятий соответствовал диагнозу анаэробная инфекция челюстно-лицевой области и включал: поддержание гомеостаза организма и его функциональных параметров, сложные перевязки с применением кислородосодержащих антисептических средств, парентеральное питание, интенсивную дезинтоксикацию, оксигенобаротерапию.

Ответ к задаче 5

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти от зуба 1.7, сепсис (синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов).

2. Пациент в обязательном порядке должен быть госпитализирован в стационар.

Ответ к задаче 6

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен диагноз острый гнойный периостит верхней челюсти от зуба 2.6, сепсис (синдром системной воспалительной реакции на инвазию микроорганизмов).

2. Пациент в обязательном порядке должен быть госпитализирован в стационар.

3. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту — первичная хирургическая обработка гнойного очага — должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

Ответ к задаче 7

Действия врача нельзя признать верными, так как бактериемия (выделение микроорганизмов из крови) является одним из возможных, но не обязательных проявлений сепсиса. У пациентки имелся очаг инфекции — гнойное воспаление (флегмона подвисочной, околоушно-жевательной, поднижнечелюстной и подподбородочной областей от зуба 3.8) — и более двух признаков синдрома воспалительного ответа: температура тела 38,1 °С, частота дыхательных движений 23, одышка, частота сердечных сокращений в покое 104 удара в минуту, прерывистый пульс, лейкоцитоз $15 \times 10^9/\text{л}$. Коррекция лечения в этом случае могла привести к сенсibilизации организма пациентки, хронизации процесса, поражению внутренних органов, а в неблагоприятном случае к летальному исходу.

Ответ к задаче 8

1. Полученный результат ЛИИ не соответствует поставленному диагнозу, так как значение индекса 1,2 характерно для флегмон глубоких клетчаточных пространств, а для поверхностных флегмон он находится в пределах 0,9.

2. При выполнении первичной хирургической обработки гнойного очага обязательно следует выполнить ревизию прилежащих соседних глубоких клетчаточных пространств.

Ответ к задаче 9

1. При ИПТ, равном 2,5, течение гнойно-воспалительного процесса следует трактовать как тяжелое.
2. В данной клинической ситуации прогноз заболевания для жизни и выздоровления пациента неблагоприятный.

Ответ к задаче 10

1. При ИПТ, равном 1,6, течение гнойно-воспалительного процесса следует трактовать как средней степени тяжести.
2. В данной клинической ситуации прогноз заболевания для жизни и выздоровления пациента сомнительный.
3. ЛИИ, равный 1,8, свидетельствует об интоксикации продуктами аутолиза.
4. Комплексная противовоспалительная терапия обязательно должна включать инфузию низкомолекулярных растворов, вводимых внутривенно капельно с целью дезинтоксикации, и антикоагулянты прямого действия (гепарин).

Тема 32. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ РАН ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ. ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ, МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СРОКИ НАЛОЖЕНИЯ ВТОРИЧНЫХ РАННИХ И ПОЗДНИХ ШВОВ

Ответ к задаче 1

1. На основании клинических данных пациента, изложенных в условии задачи, при повторном обращении за специализированной помощью ему должен быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от зуба 4.6.
2. В процессе проведения первичной хирургической обработки гнойного очага у пациента стоматологом-хирургом были допущены следующие тактические ошибки:
 - нарушено правило проведения первичной хирургической обработки гнойного очага при остром гнойном периостите (разрез должен быть выполнен до кости на всем протяжении инфильтрата), в результате чего не был обеспечен адекватный отток гнойного экссудата;
 - нарушено правило дренирования гнойной раны в полости рта (был использован марлевый дренаж вместо полосок из стерильной перчаточной резины), что также препятствовало адекватному оттоку гнойного экссудата и способствовало дальнейшему развитию патологического процесса.

Ответ к задаче 2

В представленной клинической ситуации швы на рану могут быть наложены на 14-е сутки после проведения операции.

Ответ к задаче 3

1. Для инстилляций гнойной раны в фазе воспаления используют гипертонические растворы (25%-ный раствор сульфата магния, 34%-ный раствор мочевины), антисептики (3%-ный раствор перекиси водорода, 0,05%-ный раствор хлоргексидина биглюконата), антибиотики, поверхностно-активные вещества — детергенты.

2. Продолжительность I фазы — воспаления — длится 48 часов после проведения хирургической обработки гнойного очага.

3. В фазе воспаления должны применяться следующие виды антисептики для гнойной раны: механическая, физико-химическая, химико-биологическая.

Ответ к задаче 4

1. Причиной сохраняющегося неудовлетворительного состояния пациента, несмотря на выполненную в полном объеме первичную хирургическую обработку гнойного очага и назначенную адекватную комплексную противовоспалительную терапию, является марлевая турунда, пропитанная гипертоническим 10%-ным раствором хлорида натрия. Условием функционирования данного дренажа является постоянная влажная турунда и марлевая повязка над ней. При этом следует подчеркнуть, что гипертонический раствор очень быстро высыхает, и через каждые 3 часа повязка должна быть вновь смочена им. В противном случае высохшая турунда и повязка сами по себе будут препятствовать оттоку гнойного экссудата и способствовать дальнейшему развитию патологического процесса, что и имело место у пациента.

2. На современном этапе наиболее эффективно создать отток гнойного экссудата из раны могут полиэтиленгликоли (левосин, левонорсин, левомиколь), обеспечивающие высокий осмотический эффект мазей на водорастворимой основе, который в 30 раз превышает таковой у гипертонических растворов.

Ответ к задаче 5

1. Для инстилляций гнойной раны в фазе пролиферации и регенерации используют изотонические растворы с анестетиками, ферменты, антисептики, антибиотики.

2. Продолжительность II фазы — фазы пролиферации и регенерации — 48 часов, а после проведения хирургической обработки гнойного очага — от 48 до 96 часов.

3. В фазе пролиферации и регенерации должны применяться следующие виды антисептики гнойной раны: химико-биологическая, биохимическая.

Тема 33. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, ФИЗИОТЕРАПИИ, РЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Ответ к задаче 1

Схема общей комплексной патогенетической терапии при флегмонах предусматривает следующие основные позиции:

- воздействие на микрофлору возбудителя антибактериальными лекарственными средствами (империческая антибактериальная терапия включает антибиотики широкого спектра действия, обладающие тропизмом к костной ткани, сульфаниламидные средства, в частности «Бисептол»; направленная антибактериальная терапия назначается после получения ответа на чувствительность микрофлоры пациента (посев из операционной раны) к антибактериальным препаратам); нестероидными противовоспалительными и антигистаминными средствами;
- дезинтоксикационную терапию;
- использование антикоагулянтов (с учетом данных коагулограммы) прямого или непрямого действия;
- повышение иммунобиологических свойств организма (иммунокорректирующие средства);
- общеукрепляющее воздействие на организм (поливитамины с микроэлементами);
- ФТЛ или рефлексотерапию.

Ответ к задаче 2

Комплексная противовоспалительная терапия, назначенная пациентке в указанной клинической ситуации, включает:

- антибактериальные препараты («Ц-флукс» — антибиотик, принимаемый per os по 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней);
- нестероидные противовоспалительные средства («Теноксикам» («Тилкотил») — по 20 мг (1 таблетка) 1 раз в сутки в течение 7 дней);
- антигистаминные средства («Лоратадин» — по 0,01 г 1 раз в день в течение 7 дней).

Ответ к задаче 3

1. При определении чувствительности к антибиотикам в лабораторных условиях не учитываются факторы макроорганизма.
2. При положительной динамике лечащему врачу не следует менять антибактериальный препарат.

Ответ к задаче 4

При назначении комплексного лечения пациентке в указанной клинической ситуации лечащий врач допустил следующие ошибки:

- назначил иглоукалывание (рефлексотерапию) параллельно с физиотерапевтическим лечением (электрическим полем ультравысокой частоты). При необходимости использовать оба указанных метода их следует планировать последовательно один за другим таким образом, чтобы временной интервал между курсами был не менее двух недель;
- назначил иглоукалывание (рефлексотерапию) не с первых суток после выполнения первичной хирургической обработки гнойного очага.

Ответ к задаче 5

В указанной клинической ситуации лечащий врач неправильно назначил электрическое поле ультравысокой частоты, которое следует назначать не только после обеспечения адекватного оттока экссудата, но и после того, как будут купированы острые воспалительные явления, очистится гнойная рана и начнется процесс роста грануляций. Этот период соответствует фазе пролиферации и регенерации и длится 48 часов, а после проведения хирургической обработки гнойного очага — от 48 до 96 часов.

Тема 34. АКТИНОМИКОЗ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА. ЭКСПЕРТИЗА ВРЕМЕННОЙ УТРАТЫ ТРУДОСПОСОБНОСТИ

Ответ к задаче 1

1. На основании клинических данных пациентки, изложенных в условии задачи, должен быть поставлен предварительный диагноз подкожная форма актиномикоза поднижнечелюстной области слева, стадия абсцедирования.

2. План лечения пациентки в указанной клинической ситуации должен включать следующие позиции:

- первичную хирургическую обработку абсцесса с дренированием раны, удаление зуба 3.7;
- обеспечение специфического иммунитета при помощи актинолизата или поливалентной актиномицетной вакцины (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.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен диагноз подкожно-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.

Ответ к задаче 3

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту, должен быть поставлен диагноз хронический гиперпластический актиномикоз поднижнечелюстных лимфатических узлов справа, хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.6.

2. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования: кожно-аллергическую пробу и другие реакции с актинолизатом в качестве антигена. Самым информативным будет патогистологическое исследование лимфатического узла после удаления.

3. План лечения пациента в указанной клинической ситуации должен заключаться в следующем:

- хирургическом удалении лимфатического узла;
- удалении зуба 4.6;
- обязательной санации полости рта, в том числе и хирургической (по показаниям);

- обеспечении специфического иммунитета при помощи актинолизата или ПАВ;
- комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;
- повышении общей реактивности организма (витамины, адаптогены, препараты пуринового и пиримидинового ряда);
- лечении сопутствующих заболеваний (по показаниям);
- физиотерапии и ЛФК.

Ответ к задаче 4

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту, должен быть поставлен диагноз продуктивно-деструктивный актиномикоз тела нижней челюсти слева.

2. План лечения пациента в указанной клинической ситуации должен заключаться в следующем:

- удалении зуба 3.6;
- консервативном лечении (иммунотерапия, антибактериальная терапия, повышение общей реактивности организма, физиотерапия — электрофорез с 5%-ным раствором йодида калия);
- при отсутствии эффекта — нивелировании участка избыточного костеобразования на челюсти после окончания роста и формирования черепно-лицевого скелета.

Ответ к задаче 5

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен диагноз хронический абсцедирующий актиномикоз поднижнечелюстных лимфатических узлов справа, хронический гранулематозный периодонтит зуба 4.7.

2. План лечения пациента в указанной клинической ситуации должен заключаться в следующем:

- первичной хирургической обработке абсцесса с проведением тщательного кюретажа и дренирования раны;
- удалении зуба 4.7;
- обязательной санации полости рта, в том числе и хирургической (по показаниям);
- обеспечении специфического иммунитета при помощи актинолизата или ПАВ;
- комплексной противовоспалительной терапии, включающей антибактериальные, нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства;

- повышении общей реактивности организма (витамины, адаптогены, препараты пуринового и пиримидинового ряда);
- лечении сопутствующих заболеваний (по показаниям);
- физиотерапии и ЛФК.

Тема 35. СИФИЛИС, ТУБЕРКУЛЕЗ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Ответ к задаче 1

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 стоматолог-хирург 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, иммуноблотинг, радиоиммунореципитация);
- на выявление иммунологических нарушений (определение общего количества лимфоцитов, количества Т-лимфоцитов, соотношения Т-хелперов, Т-супрессоров; постановка внутрикожных аллергические проб, количество естественных киллеров; продукция интерферона; исследование бласттрансформации; циркулирующие иммунные комплексы, уровень иммуноглобулинов, концентрация C_4).

Исследованию могут быть подвергнуты биологические жидкости пациента, в которых возможно выделение ВИЧ: кровь, плазма, слюна, слезная жидкость, пунктаты лимфоузлов, семенная жидкость.

3. При положительных результатах дополнительного обследования необходима госпитализация пациента в отделение инфекционной больницы для дальнейшего обследования и лечения. План лечения в указанной клинической ситуации должен заключаться в следующем:

- создании охранительного психологического режима;
- своевременном начале этиотропной терапии;
- тщательном выборе лекарственных препаратов с подбором необходимого минимума;
- ранней диагностике вторичных заболеваний и их своевременном лечении.

При этом этиотропная терапия предусматривает противовирусные лекарственные средства: «Азидотимидин» (ВА-5 094), «Рибавирин» («Виразол»), «Ацикловир», «Антимоннотунгетад» (РНА-23), «Аденинарабинозид», «Фоскарнет», «Анкамицин», «Видарабин», «Сурамин». Иммуностимулирующая терапия включает: «Тимозин», «Тимопентин», «Интерферон» и его

индукторы, «Левамизол», «Изоприпозин», «Индаметацин», «Циклоспорин А». Иммунозаместительная терапия предусматривает введение зрелых лимфоцитов, трансплантацию костного мозга. Патогенетическая терапия, направленная против вторичной инфекции, включает противогрибковые препараты, противовирусные лекарственные средства, сульфаниламидные препараты, «Амфотерицин В», «5-фторцитозин», производные амидазола, «Ацикловир», «Рибавирин», «Видарабин», «Интерферон».

Ответ к задаче 2

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, реакция иммунофлюоресценции, реакция иммобилизации бледных трепонем).

Ответ к задаче 3

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен диагноз сифилис (вторичный период).

2. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации должна основываться на том, что лечение пациентов с данным диагнозом проводится в специализированном венерологическом лечебном учреждении здравоохранения по специальным (медикаментозным) схемам. Хирургические вмешательства в виде удаления зубов возможны лишь в период ремиссии заболевания, достигнутой применяемым общим лечением.

Ответ к задаче 4

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

2. В указанной клинической ситуации стоматолог-хирург должен назначить пациенту следующие дополнительные методы обследования: пробы Пирке, Манту, Коха, микроскопическое, бактериоскопическое исследования.

Ответ к задаче 5

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен диагноз туберкулез альвеолярного отростка и тела нижней челюсти слева.

2. В указанной клинической ситуации стоматологу-хирургу следует соблюдать основные принципы проведения химиотерапии и хирургического лечения. Основным принцип химиотерапии заболевания заключается в применении лекарственных средств, подавляющих размножение микобактерий туберкулеза, то есть препаратов, обладающих бактериостатическим и бактерицидным эффектом. Химиотерапия должна начинаться в возможно ранние сроки после установления и верификации диагноза в туберкулезном диспансере и быть комбинированной (необходимо соблюдать принцип полихимиотерапии, когда несколько противотуберкулезных препаратов применяют одновременно в течение достаточно длительного времени).

Курс химиотерапии состоит из двух фаз с разными задачами:

1) фазы интенсивной терапии, направленной на ликвидацию клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза с целью прекращения бактериовыделения и предотвращения развития лекарственной устойчивости, уменьшение инфильтративных и деструктивных изменений в органах. Данная фаза может являться составной частью подготовки к оперативному вмешательству;

2) фазы продолжения терапии, направленной на подавление сохраняющейся микробактериальной популяции. Она обеспечивает дальнейшее купирование воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей пациента.

Противотуберкулезные препараты подразделяют на основные и резервные. К основным относятся: «Изониазид», «Рифампицин», «Пиразинамид», «Этамбутол», «Стрептомицин». Их назначают в виде отдельных или комбинированных лекарственных форм. Резервными противотуберкулезными препаратами являются: «Протионамид» («Этионамид»), «Канамидин», «Амикацин», «Капреомицин», «Циклосерин», «Рифабутин», фторхинолоны. Данные препараты применяют под наблюдением врача-фтизиатра в туберкулезном диспансере, где осуществляется централизованный контроль качества микробиологической диагностики и лечения туберкулеза.

Оперативные вмешательства можно проводить только при наличии отграниченных костных очагов в случае отсутствия острых воспалительных явлений. При этом из числа операций можно осуществлять следующие: удаление зубов, вокруг которых периодонт поражен туберкулезным процессом, секвестрэктомию с последующим дренированием костной полости.

Ответ к задаче 6

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.

Ответ к задаче 7

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен предварительный диагноз ВИЧ-инфекция, гипертрофический (псевдомембранный) кандидоз слизистой оболочки полости рта.

2. Обследование, которое необходимо назначить пациенту с целью верификации диагноза, должно включать следующее:

1) исследования, направленные на верификацию или исключение диагноза ВИЧ-инфекция: анализ крови (сыворотки) для определения уровня содержания CD4-лимфоцитов; анализ крови при помощи полимеразно цепной реакции для обнаружения или исключения наличия генного ВИЧ или антигенов ВИЧ; консультацию врача-инфекциониста Республиканского центра профилактики СПИДа (РЦП СПИД);

2) исследования, направленные на верификацию или исключение диагноза гипертрофический (псевдомембранный) кандидоз слизистой оболочки полости рта: клинический осмотр полости рта пациента; микроскопическое (цитологическое) исследование с целью обнаружения дрожжеподобных клеток; культуральное (микробиологическое) исследование для определения роста грибов на среде Сабуро.

Ответ к задаче 8

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту должен быть поставлен предварительный диагноз ВИЧ-инфекция, атрофический (эритематозный) кандидоз слизистой оболочки полости рта.

2. Первичная постановка диагноза ВИЧ-инфекции и его верификация, а также последующая диспансеризация пациента должны осуществляться в Областном центре профилактики СПИДа (ОЦП СПИД) г. Витебска.

Ответ к задаче 9

При оформлении амбулаторной карты ВИЧ-инфицированного пациента врач должен маркировать ее следующим образом: реконвалесцент вирусного гепатита, носительство HbsAg.

Ответ к задаче 10

1. Освидетельствование для определения группы инвалидности данный ВИЧ-инфицированный пациент должен проходить в Областной центральной городской медико-реабилитационной экспертной комиссии (ОЦГ МРЭК) г. Могилева.

2. Для определения группы инвалидности в ОЦГ МРЭК г. Могилева данным пациентом должны быть предоставлены следующие документы: выписной эпикриз из РНПЦ онкологии; направление ОЦП СПИД г. Могилева.

Ответ к задаче 11

1. При летальном исходе у ВИЧ-инфицированного пациента в условиях стационара врачебное свидетельство о смерти должно быть оформлено лечащим врачом.

2. С целью соблюдения правил врачебной этики и деонтологии во врачебном свидетельстве о смерти в графе «Диагноз» указывается не «ВИЧ-инфекция» или «СПИД», а заболевание, осложнившее течение основного патологического процесса.

3. Во врачебном свидетельстве о смерти данного пациента в графе «Диагноз» следует указать: «Острый одонтогенный остеомиелит от зуба 3.7, осложненный флегмоной дна полости рта, тотальным одонтогенным медиастинитом, полиорганной недостаточностью».

Ответ к задаче 12

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.

Ответ к задаче 13

Стоматолог-хирург в рассматриваемой ситуации должен: снять перчатки рабочей поверхностью внутрь, обработать кожу в месте контакта с инфицированным биологическим материалом одним из дезинфектантов (70%-ный этиловый спирт, 3%-ная перекись водорода), вымыть проточной водой с мылом контактный участок и повторно обработать его 70%-ным этиловым спиртом, при необходимости продолжить работу, надев новые перчатки.

Ответ к задаче 14

1. В данной ситуации челюстно-лицевой хирург должен приостановить выполнение оперативного вмешательства, снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; выдавить кровь из раны; обработать пораженное место одним из дезинфектантов (70%-ный этиловый спирт, 3%-ная перекись водорода); вымыть руки проточной водой с мылом, а затем протереть 70%-ным этиловым спиртом; наложить на рану пластырь; надеть напалечник; продолжить работу, предварительно надев новые перчатки.

2. Факт данного происшествия должен быть зарегистрирован в журнале учета аварий.

3. Челюстно-лицевой хирург о факте данного происшествия должен немедленно сообщить руководителю учреждения и председателю комиссии по внутрибольничным инфекциям.

Ответ к задаче 15

1. Стоматолог-хирург должен приостановить выполнение операции; снять перчатки рабочей поверхностью внутрь; вымыть руки под струей проточной воды с мылом; промыть глаза проточной водой (чистыми руками); закапать 30%-ный раствор альбуцида; при необходимости продолжить работу, надев новые перчатки.

2. Стоматолог-хирург нарушил санитарно-эпидемиологический режим тем, что не использовал при приеме ВИЧ-инфицированного пациента защитные очки или экран.

3. Пострадавшему стоматологу-хирургу необходимо назначить исследование крови на ВИЧ (1-е исследование проводится непосредственно после происшествия, 2-е — через 6 месяцев).

Тема 36. ПЕРФОРАЦИИ И СВИЩИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ. ПРИЧИНЫ ИХ РАЗВИТИЯ. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА

Ответ к задаче 1

1. В указанной клинической ситуации тактическая ошибка стоматолога-хирурга заключалась в том, что он применял пациенту консервативное лечение, хотя было показано хирургическое лечение, которое заключается в пластическом устранении перфорации местными тканями из области преддверия верхнего свода полости рта, и назначение в послеоперационном периоде комплексной противовоспалительной терапии.

2. В данной клинической ситуации устранить сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой необходимо сразу после его диагностики.

Ответ к задаче 2

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева, инородное тело в верхнечелюстной пазухе слева (небный корень зуба 2.7).

2. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

3. Радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе слева, удаление инородного тела (небного корня зуба 2.7) и устранение перфорации верхнечелюстной пазухи необходимо проводить после купирования острых воспалительных явлений в ней.

Ответ к задаче 3

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз хронический одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа, инородное тело в верхнечелюстной пазухе справа (зуб 1.8).

2. В данной клинической ситуации план обследования пациента должен включать следующие позиции: консультацию ЛОР-врача; общий развернутый анализ крови, общий анализ мочи, лучевые методы исследования (компьютерную томографию придаточных пазух).

3. Дальнейшая тактика стоматолога-хирурга должна заключаться в том, что пациента следует направить в стационар (в отделение челюстно-лицевой хирургии), где ему будет оказана специализированная помощь (радикальная операция на правой верхнечелюстной пазухе, удаление из нее инородного тела (зуба 1.8) и пластическое устранение сообщения полости рта с верхнечелюстной пазухой местными тканями).

Ответ к задаче 4

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациентке может быть поставлен диагноз хронический одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи слева, сообщение с левой верхнечелюстной пазухой.

2. Дальнейшая тактика лечения пациентки предусматривает комплексное лечение, включающее оперативное вмешательство — радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе, пластическое устранение сообщения с пазухой местными тканями, и назначение комплексной противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

Ответ к задаче 5

1. На основании данных, представленных в условии задачи, пациенту может быть поставлен диагноз обострение хронического одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи справа, свищ пазухи.

2. В данной клинической ситуации план обследования пациента должен включать следующие позиции: консультацию ЛОР-врача; общий развернутый анализ крови, общий анализ мочи, лучевые методы исследования (компьютерную томографию придаточных пазух).

3. В указанной клинической ситуации специализированная помощь пациенту должна оказываться в условиях стационара в отделении септической челюстно-лицевой хирургии.

4. План лечения пациента предусматривает комплексную терапию, включающую оперативное вмешательство — радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе, пластическое устранение сообщения с пазухой местными тканями, и назначение комплексной противовоспалительной терапии в послеоперационном периоде.

Тема 37. ЭТИКА И ДЕОНТОЛОГИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОГО ХИРУРГА И СТОМАТОЛОГА-ХИРУРГА

Ответ к задаче 1

1. Ошибка была допущена на поликлиническом этапе.
2. В указанной ситуации следовало осмотреть пациента, поставить диагноз и, определив необходимость экстренной хирургической помощи, вызвать бригаду скорой медицинской помощи «на себя» для немедленной госпитализации пациента, при этом спокойно, но убедительно, не вдаваясь в подробности, объяснить пациенту необходимость такой тактики.

Ответ к задаче 2

Врачу следует сослаться на сложный диагноз и трудности в диагностике, объяснить, что ряд заболеваний имеет много общего в клинической картине. Необходимо попытаться переубедить пациентку, что лечение было правильным и никакого вреда не принесло, а врачи старались выбрать правильную тактику лечения.

Ответ к задаче 3

Следует терпеливо убеждать пациента в необходимости временно отложить ортопедическое лечение и провести дополнительное обследование у аллерголога.

Ответ к задаче 4

Близкому родственнику (необходимо постараться узнать из общения с пациенткой, кому она больше доверяет) следует сказать всю правду. Остальным родным и посетителям следует ничего не говорить. Они узнают информацию от доверенного человека в той степени, в какой он сочтет нужным. Пациентке лучше дать лишь частичную информацию, не раскрывая полного диагноза, но и не обнадеживая на полное выздоровление. Ей необходимо указать, что заболевание оказалось запущенным и требует длительного лечения, возможно, проведения ни одного оперативного вмешательства. Требуется отметить, что, вероятно, для подстраховки придется провести курс химиотерапии или лучевой терапии. Следует убедить пациентку не отказываться от предлагаемой тактики лечения, а с целью психотерапевтического воздействия периодически госпитализироваться и проходить симптоматическое лечение.

Ответ к задаче 5

Необходимо спокойно сообщить пациенту о возникшем осложнении и объяснить, что зуб 3.7 будет реплантирован в лунку, а случившийся инцидент не повлечет дальнейших отрицательных последствий.

Ответ к задаче 6

Следует попытаться, несмотря на замкнутость пациента, собрать более подробный анамнез, внимательно осмотреть пациента. Принимая во внимание, что он медицинский работник, требуется учесть его мнение (в пределах допустимого) по поводу планирования и проведения ему лечебно-профилактических мероприятий и назначить обследование соответственно поставленному диагнозу. Необходимо проконсультировать пациента со старшим коллегой (зав. отделением, доцентом, профессором) и специалистом в области заболеваний слизистой оболочки полости рта (стоматологом-терапевтом). Следует объяснить пациенту необходимую тактику его обследования и лечения. Назначая исследования, лекарственные препараты и процедуры, не надо идти на поводу у пациента.

Ответ к задаче 7

Нужно извиниться перед пациентом, на несколько минут прекратить прием, пригласить в кабинет младшую медсестру и попросить убрать содержимое плевательницы. Необходимо конфиденциально, в вежливой форме сделать замечание медсестре, которая помогает во время приема пациентов.

Ответ к задаче 8

Следует постараться успокоить пациентку, корректно извиниться и сделать все возможное, чтобы в максимально короткие сроки качественно восстановить коронку зуба 3.5. При необходимости нужно обратиться за помощью к коллегам из терапевтического и ортопедического отделения учреждения здравоохранения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Чудаков, О. П.* Апикальные периодонтиты. Хирургические методы лечения : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков, Т. Л. Шевела. Минск : БГМУ, 2008. 20 с.
2. *Бернадский, Ю. И.* Основы челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии / Ю. И. Бернадский. Витебск : Белмедкніга, 1998. 404 с.
3. *Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии* / В. С. Агапов [и др.]. М. : Медицина, 2002. 256 с.
4. *Вязьмитина, А. В.* Хирургическая стоматология : практикум / А. В. Вязьмитина. Ростов н/Д : Феникс, 2006. 349 с.
5. *Гажва, С. И.* Методы обезболивания в стоматологии при сердечно-сосудистых заболеваниях : монография / С. И. Гажва, В. В. Пичугин, В. В. Соколов. Н. Новгород : НГМА, 2008. 124 с.
6. *Походенько-Чудакова, И. О.* Деонтология и этика врача-стоматолога : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. И. Абаимова. Минск : БГМУ, 2004. 44 с.
7. *Забелин, А. С.* Одонтогенный медиастинит (патогенез, клиника, диагностика, лечение) / А. С. Забелин. Смоленск : СГМА, 2008. 96 с.
8. *Инструментарий и методика удаления зубов на нижней челюсти* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2009. 34 с.
9. *Карлов, В. А.* Неврология лица / В. А. Карлов. М. : Медицина, 1991. 288 с.
10. *Квашук, В. В.* Атлас клинической анатомии головы и шеи : учеб. пособие / В. В. Квашук. Ростов н/Д : Феникс, 2002. 72 с.
11. *Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи (руководство для врачей)* / под ред. А. Г. Шаргородского. М. : ГЭОТАР, 2002. 528 с.
12. *Козлов, В. К.* Сепсис : этиология, иммунопатогенез, концепция современной иммунотерапии / В. К. Козлов. СПб. : Диалект, 2006. 304 с.
13. *Кононенко, Ю. Г.* Местное обезболивание в амбулаторной стоматологии / Ю. Г. Кононенко, Н. М. Рожко, Г. П. Рузин. М. : Книга плюс, 2002. 319 с.
14. *Муковозов, И. Н.* Дифференциальная диагностика хирургических заболеваний челюстно-лицевой области / И. Н. Муковозов. М. : МЕДпресс, 2002. 224 с.
15. *Неотложные состояния и алгоритмы оказания неотложной помощи в амбулаторной практике врача-стоматолога* : метод. рек. / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2004. 56 с.
16. *Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии* : учеб.-метод. пособие / О. П. Чудаков [и др.]. Минск : БГМУ, 2008. 59 с.
17. *Походенько-Чудакова, И. О.* Операция — сложное удаление третьего моляра на нижней челюсти : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова, Е. А. Авдеева. Минск : БГМУ, 2009. 62 с.
18. *Хомич, С. Ф.* Острый одонтогенный остеомиелит : учеб.-метод. пособие / С. Ф. Хомич, Е. В. Максимович. Минск : БГМУ, 2008. 18 с.
19. *Походенько-Чудакова, И. О.* Руководство по традиционным и современным способам и методам рефлексотерапевтических воздействий при болезнях челюстно-лицевой области / И. О. Походенько-Чудакова, О. П. Чудаков. Минск : Асобны Дах, 2004. 352 с.
20. *Походенько-Чудакова, И. О.* Прогнозирование течения гнойно-воспалительных процессов в челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, Ю. М. Казакова. Минск : БГМУ, 2008. 59 с.

21. Юдина, Н. А. Профилактика инфекционного эндокардита на стоматологическом приеме при лечении пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы : учеб.-метод. пособие / Н. А. Юдина, И. О. Походенько-Чудакова, Е. Н. Остапенко. Минск : БГМУ, 2006. 27 с.
22. Дюк Джеймс. Секреты анестезии / Джеймс Дюк ; пер. с англ. ; под общ. ред. А. П. Зильбера, В. В. Мальцева. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 552 с.
23. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика : практ. рук. / под ред. В. С. Соловьева, Б. Р. Гельфанда. М. : Литтерра, 2006. 176 с.
24. Походенько-Чудакова, И. О. Сепсис у пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова, О. П. Чудаков, Ю. М. Казакова. Минск : БГМУ, 2011. 95 с.
25. Соловьев, М. М. Пропедевтика хирургической стоматологии / М. М. Соловьев. М. : МЕДпресс-информ, 2007. 264 с.
26. Сушиев, Т. К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области / Т. К. Сушиев. М. : МЕДпресс, 2001. 160 с.
27. Тимофеев, А. А. Основы челюстно-лицевой хирургии : учеб. пособие / А. А. Тимофеев. М. : Мед. информ. агентство, 2007. 696 с.
28. Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области (тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, одонтогенный медиастинит) : учеб.-метод. пособие / И. О. Походенько-Чудакова [и др.]. Витебск : ВГМУ, 2011. 158 с.
29. Хирургические инфекции : рук. / под ред. И. А. Ерюхина, Б. Р. Гельфанда, Л. А. Шляпникова. СПб. : Питер, 2003. 864 с.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	3
Часть 1. Ситуационные задачи.....	3
Тема 1. Организация отделения (кабинетов) челюстно-лицевой хирургии в поликлинике и стационаре	3
Тема 2. Подготовка рук хирурга и операционного поля. Дезинфекция и стерилизация перевязочного материала и инструментария.....	5
Тема 3. Обследование пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области	6
Тема 4. Виды местного обезболивания, инструменты, местные анестетики в практике стоматолога	7
Тема 5. Инфильтрационная анестезия в челюстно-лицевой области	9
Тема 6. Проводниковая анестезия на нижней челюсти	11
Тема 7. Проводниковая анестезия на верхней челюсти.....	12
Тема 8. Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии: наркоз, атаралгезия, нейролептаналгезия, акупунктурная алгезия, алгезия с помощью чрескожной электронейростимуляции	14
Тема 9. Местные осложнения местной анестезии	16
Тема 10. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.....	17
Тема 11. Инструментарий, методика и этапы удаления зубов на нижней челюсти.....	19
Тема 12. Инструментарий, методика и этапы удаления зубов на верхней челюсти	22
Тема 13. Инструментарий, методика и этапы операции сложного удаления зуба на верхней и нижней челюстях.....	25
Тема 14. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба	27
Тема 15. Местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба	30
Тема 16. Особенности проведения местной анестезии и операции удаления зуба у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и заболеваниями соединительной ткани	33
Тема 17. Особенности проведения местной анестезии и операции удаления зуба у лиц с заболеваниями крови, с патологией печени и почек и другой соматической патологией. Профилактика осложнений	35
Тема 18. Неотложные состояния в клинике челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.....	36
Тема 19. Одонтогенные гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, пути распространения.....	39

Тема 20. Апикальный периодонтит. Клиника, диагностика, показания к хирургическим методам лечения	43
Тема 21. Хирургические методы лечения апикальных периодонтитов	45
Тема 22. Болезни прорезывания зубов, ретенция, дистопия. Клиническая рентгенологическая диагностика. Хирургическое лечение. Лечебная физическая культура. Физиотерапия, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности	48
Тема 23. Периоститы челюстей. Клиника, диагностика.....	51
Тема 24. Комплексное лечение пациентов с периоститами челюстей. Тактика стоматолога-хирурга в отношении причинного зуба. Этапы первичной хирургической обработки. Медикаментозная терапия	54
Тема 25. Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.....	57
Тема 26. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение	61
Тема 27. Одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Физиотерапия, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности	65
Тема 28. Дифференциальная диагностика гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (периодонтитов, периоститов, одонтогенных остеомиелитов челюстей, лимфаденитов).....	68
Тема 29. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения, профилактика. Экспертиза временной утраты трудоспособности	71
Тема 30. Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, одонтогенный медиастинит)	74
Тема 31. Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (анаэробная инфекция, сепсис у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи). Прогнозирование течения. Лечебная физическая культура, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	78
Тема 32. Современные принципы лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи. Принципы проведения первичной хирургической обработки, местное лечение. Сроки наложения вторичных ранних и поздних швов	84
Тема 33. Современные принципы медикаментозной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Основные принципы применения лечебной физической культуры, физиотерапии, рефлексотерапии	86

Тема 34. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Экспертиза временной утраты трудоспособности	88
Тема 35. Сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция в челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение, профилактика	90
Тема 36. Перфорации и свищи верхнечелюстной пазухи. Причины их развития. Клиника, диагностика, лечение, профилактика	96
Тема 37. Этика и деонтология челюстно-лицевого хирурга и стоматолога-хирурга.....	98
Часть 2. Ответы к ситуационным задачам	100
Тема 1. Организация отделения (кабинетов) челюстно-лицевой хирургии в поликлинике и стационаре	100
Тема 2. Подготовка рук хирурга и операционного поля. Дезинфекция и стерилизация перевязочного материала и инструментария.....	102
Тема 3. Обследование пациентов с хирургической патологией челюстно-лицевой области	103
Тема 4. Виды местного обезболивания, инструменты, местные анестетики в практике стоматолога	105
Тема 5. Инфильтрационная анестезия в челюстно-лицевой области	107
Тема 6. Проводниковая анестезия на нижней челюсти	109
Тема 7. Проводниковая анестезия на верхней челюсти.....	112
Тема 8. Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии: наркоз, атаралгезия, нейролептаналгезия, акупунктурная аналгезия, аналгезия с помощью чрескожной электронейростимуляции.....	117
Тема 9. Местные осложнения местной анестезии	120
Тема 10. Показания и противопоказания к операции удаления зуба.....	123
Тема 11. Инструментарий, методика и этапы удаления зубов на нижней челюсти.....	125
Тема 12. Инструментарий, методика и этапы удаления зубов на верхней челюсти	127
Тема 13. Инструментарий, методика и этапы операции сложного удаления зуба на верхней и нижней челюстях.....	129
Тема 14. Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба	138
Тема 15. Местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба	141
Тема 16. Особенности проведения местной анестезии и операции удаления зуба у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и заболеваниями соединительной ткани.....	146
Тема 17. Особенности проведения местной анестезии и операции удаления зуба у лиц с заболеваниями крови, с патологией печени и почек и другой соматической патологией. Профилактика осложнений	148

Тема 18. Неотложные состояния в клинике челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.....	149
Тема 19. Одонтогенные гнойно-воспалительные процессы в челюстно-лицевой области. Этиология, патогенез, пути распространения.....	153
Тема 20. Апикальный периодонтит. Клиника, диагностика, показания к хирургическим методам лечения.....	155
Тема 21. Хирургические методы лечения апикальных периодонтитов.....	157
Тема 22. Болезни прорезывания зубов, ретенция, дистопия. Клиническая рентгенологическая диагностика. Хирургическое лечение. Лечебная физическая культура. Физиотерапия, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	160
Тема 23. Периоститы челюстей. Клиника, диагностика.....	163
Тема 24. Комплексное лечение пациентов с периоститами челюстей. Тактика стоматолога-хирурга в отношении причинного зуба. Этапы первичной хирургической обработки. Медикаментозная терапия.....	164
Тема 25. Острый одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.....	166
Тема 26. Хронический одонтогенный остеомиелит. Клиника, диагностика, лечение.....	168
Тема 27. Одонтогенные лимфадениты челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Физиотерапия, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	171
Тема 28. Дифференциальная диагностика гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (периодонтитов, периоститов, одонтогенных остеомиелитов челюстей, лимфаденитов).....	173
Тема 29. Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения, профилактика. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	181
Тема 30. Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (тромбофлебит вен лица, тромбоз кавернозного синуса, одонтогенный медиастинит).....	184
Тема 31. Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи (анаэробная инфекция, сепсис у пациентов с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и шеи). Прогнозирование течения. Лечебная физическая культура, рефлексотерапия. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	187

Тема 32. Современные принципы лечения гнойных ран челюстно-лицевой области и шеи. Принципы проведения первичной хирургической обработки, местное лечение. Сроки наложения вторичных ранних и поздних швов	190
Тема 33. Современные принципы медикаментозной терапии гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области. Основные принципы применения лечебной физической культуры, физиотерапии, рефлексотерапии.....	192
Тема 34. Актиномикоз челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение, профилактика. Экспертиза временной утраты трудоспособности.....	193
Тема 35. Сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция в челюстно-лицевой области. Клиника, диагностика, лечение, профилактика	196
Тема 36. Перфорации и свищи верхнечелюстной пазухи. Причины их развития. Клиника, диагностика, лечение, профилактика	201
Тема 37. Этика и деонтология челюстно-лицевого хирурга и стоматолога-хирурга.....	203
Литература	205

Учебное издание

Походенько-Чудакова Ирина Олеговна
Чудаков Олег Порфирьевич
Бармуцкая Алиция Збигниевна и др.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ

Сборник задач

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова
Редактор О. В. Лавникович
Компьютерная верстка А. В. Янушкевич

Подписано в печать 11.11.11. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Zoom».

Печать ризографическая. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 12,32. Уч.-изд. л. 11,64. Тираж 50 экз. Заказ 89.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.

ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.