федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(Сеченовский Университет)

Институт Стоматологии им. Е.В. Боровского
Кафедра хирургической стоматологии

Методические материалы по дисциплине:

Хирургическая стоматология

основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа специалитета

3.1.7 Стоматология

Тема №1. Принципы организации стоматологической помощи. Асептика. Антисептика. Методы обследования.

Выберите один правильный ответ

1.1. **ПЛОЩАДЬ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНА СОСТАВЛЯТЬ МИНИМАЛЬНО НА ОДНО КРЕСЛО**

а) 18 $м^2$
б) 16,5 $м^2$
в) 15 $м^2$
г) 14 $м^2$

1.2. **В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ОТДЕЛЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ДОЛЖНО ВКЛЮЧАТЬ**

а) 2 помещения
б) 3 помещения
в) 4 помещения
г) 5 помещений

1.3. **В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ПРИ НАЛИЧИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА ДОЛЖНО БЫТЬ НЕ МЕНЕЕ**

а) 1 помещения
б) 2 помещений
в) 3 помещений
г) 4 помещений

1.4. **НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЙ ОПЕРАЦИЕЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) остеосинтез
б) имплантация
в) удаление зуба
г) пластика преддверия полости рта

1.5. **В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ ДОЛЖНЫ РАБОТАТЬ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫЕ ВРАЧИ**

а) стоматологи-ортопеды
б) стоматологи-ортодонты
в) стоматологи-терапевты
г) челюстно-лицевые хирурги

1.6. **В СТАЦИОНАРЕ ПО ПРАВИЛАМ АСЕПТИКИ НЕОБХОДИМА ОРГАНИЗАЦИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОТДЕЛЕНИЙ И ПАЛАТ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) онкологическими
б) неврологическими
в) гнойно-воспалительными
г) травматическими

1.7. **СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩАЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПОПАДАНИЯ ИНФЕКЦИИ В РАНУ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) септика
б) антисептика
в) реабилитация
г) асептика
д) профилактика

1.8. **СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ НАПРАВЛЕННАЯ НА УНИЧТОЖЕНИЕ МИКРОБОВ В РАНЕ, ПАТОЛОГИЧЕСКОМ ОБРАЗОВАНИИ ИЛИ ОРГАНИЗМЕ В ЦЕЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) дезинфекция
б) стерилизация
в) асептика
г) антисептика

1.9. **УСТАНОВЛЕНИЕ ДИАГНОЗА НА ОСНОВАНИИ ТЩАТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ЖАЛОБ, СБОРА АНАМНЕЗА И ОБЪЕКТИВНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ЦЕЛЬЮ**

а) лечения
б) обследования
в) профилактики
г) реабилитации

1.10. **ТЩАТЕЛЬНЫЙ И ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННЫЙ ОПРОС БОЛЬНОГО ПОЗВОЛЯЕТ ВРАЧУ ВЫДЕЛИТЬ ОСНОВНЫЕ И ВТОРОСТЕПЕННЫЕ**

а) жалобы
б) методы обследования
в) не диагностируемые заболевания
г) лабораторные исследования

1.11. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ, СВЯЗАННОЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, МОЖЕТ БЫТЬ ОСТРАЯ БОЛЬ В**

а) челюсти
б) горле
в) ушах
г) глазах

1.12. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ПРИЧИНОЙ ДЕФЕКТА И ДЕФОРМАЦИИ ЛИЦА, КОТОРЫЕ ВЫЗЫВАЮТ ФУКЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, МОЖЕТ БЫТЬ**

а) травма
б) воспалительный процесс
в) хронические заболевания
г) нервно-психологический статус пациента

1.13. **ПРИ ТРАВМЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПЕРВОНАЧАЛЬНО НЕОБХОДИМО УТОЧНИТЬ**

а) терял ли больной сознание, и на какое время
б) находился ли больной на улице
в) находился ли больной на рабочем месте
г) кем была оказана первая помощь

1.14. **В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛЕЙ, ХАРАКТЕРНЫХ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОВРЕЖДЕНИЙ НЕРВОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ДАННЫЕ**

а) генетического статуса
б) кардиологического статуса
в) терапевтического статуса
г) неврологического статуса

1.15. **ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ ИМЕЕТ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ**

а) воспалительных процессах
б) онкологических процессах
в) врожденных пороках
г) специфических процессах

1.16. **ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО НАЧИНАЮТ С**

а) жалоб
б) наличия сопутствующих заболеваний
в) анамнеза жизни
г) общего осмотра

1.17. **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ОСМАТРИВАЮТ КОЖУ**

а) лица
б) лица и шеи
в) лица, шеи и груди
г) всего тела

1.18. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ, СВЯЗАННОЙ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЦЕССОМ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, МОЖЕТ БЫТЬ**

а) сухость полости рта
б) заложенность уха
в) сухость глаза
г) несвязанная речь

1.19. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНОЙ ЖАЛОБОЙ, СВЯЗАННОЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРОЦЕССОМ В ОБЛАСТИ ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ, МОЖЕТ БЫТЬ**

а) затрудненное открывание рта
б) сухость полости рта

в) заложенность уха
г) слезотечение

1.20. **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ВИЧ-инфекцию ПАЛЬПИРУЮТ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

а) затылочные
б) затылочные, латеральные шейные
в) затылочные, латеральные шейные, подключичные
г) затылочные, латеральные шейные, подключичные, подмышечные

1.21. **ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРУЮ ИНФЕКЦИЮ, СИФИЛИС, РОЖУ, ОПУХОЛЬ ВИЧ-инфекцию ИССЛЕДУЮТ СИМПТОМ**

а) Кернинга
б) наполнения
в) нагрузки
г) Дюпюитрена

1.22. **СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЕ ЗЕРКАЛО В ХОДЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ОСМОТРА**

а) языка
б) твердого и мягкого неба
в) преддверия рта
г) зубов, преддверия рта, подъязычной области, неба

1.23. **ШПАТЕЛЬ В ХОДЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ**

а) осмотра языка
б) отведения губ, щек, языка и осмотра собственно полости рта
в) осмотра преддверия рта
г) осмотра полости рта

1.24. **ПРИ ОСМОТРЕ ЛИЦО ЧАЩЕ ВСЕГО**

а) деформировано
б) асимметрично
в) симметрично
г) конфигурация лица изменена

1.25. **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ДВИЖЕНИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ НЕОБХОДИМО ПОПРОСИТЬ ПАЦИЕНТА**

а) подвигать нижней челюстью вперед, назад, влево, вправо, вверх, вниз
б) запрокинуть голову назад
в) сделать боковые движения нижней челюсти
г) открыть и закрыть рот

1.26. **КАКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЗВОЛЯЕТ УТОЧНИТЬ ГРАНИЦЫ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ, КОНСИСТЕНЦИЮ ТКАНЕЙ, НАЛИЧИЕ РУБЦОВ, СПОСОБНОСТЬ КОЖИ СОБИРАТЬСЯ В СКЛАДКУ**

а) перкуссия
б) пальпация
в) аускультация
г) зондирование

1.27. **ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ПЕРЕЛОМ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДОПОЛНИТЕЛЬНО НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

а) пальпацию
б) перкуссию
в) лучевую диагностику
г) ротоносовую пробу

1.28. **ЕСЛИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОКОЛОЧЕЛЮСТНЫЕ МЯГКИЕ ТКАНИ УПЛОТНЕНЫ, БОЛЕЗНЕННЫ, КОЖА СПАЯНА С ПОДЛЕЖАЩИМИ ТКАНЯМИ, В СКЛАДКУ СОБИРАЕТСЯ С ТРУДОМ, ГИПЕРЕМИРОВАНА, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОВЫШЕНА, ТО ЭТО СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О НАЛИЧИИ**

а) онкологического процесса
б) воспалительного процесса
в) порока развития
г) неврологического процесса

1.29. **ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОМ ПАЛЬПАЦИИ В ОБЛАСТИ ВЫХОДА ПЕРЕФЕРИЧЕСКИХ ВЕТВЕЙ**

а) надглазничного, подбородочного
б) подглазничного, лицевого
в) подбородочного, надглазничного
г) надглазничного, подглазничного, подбородочного

1.30. **ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ДОЛЖНЫ НАСТОРАЖИВАТЬ ТАКИЕ СИМПТОМЫ, КАК**

а) боль, нарушение чувствительности нижнего альвеолярного нерва
б) сухость полости рта
в) болевые приступы длительностью 1-2 сек от внешних раздражителей
г) припухлость железы, связанная с приемом пищи

1.31. **КОНТРАКТУРА ЧЕЛЮСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПРОЦЕССЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ПРОРОСТАНИЯ НОВООБРАЗОВАНИЯ ИЗ**

а) челюстей
б) зубов
в) языка
г) подъязычной железы

1.32. **ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ ЯЗВЫ В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ**

а) исследование дна и плотности краев язвы
б) обследование зубов

в) лучевую диагностику
г) уточнение локализации

1.33. **ВАЖНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ПОДТВЕРЖЕНИЯ ХАРАКТЕРА ЗАБОЛЕВАНИЯ ИМЕЕТ**

а) цитологическое исследование
б) лабораторная диагностика
в) лучевая диагностика
г) генетическое исследование

1.34. **ПРИ ДЛИТЕЛЬНО НЕ ЗАЖИВАЮЩИХ ЯЗВАХ, БЕЗБОЛЕЗНЕННЫХ ИНФИЛЬТРАТАХ, ДЕФЕКТАХ НЕБА ПРОВОДЯТ ОБСЛЕДОВАНИЕ НА НАЛИЧИЕ**

а) сифилиса
б) красного плоского лишая
в) лейкоплакии
г) болезни Шегрена

1.35. **В ПРОЦЕССЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ЦЕЛЬЮ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА ПРОВОДЯТ**

а) экстренную биопсию
б) цитологию
в) биопсию
г) биомикроскопию

1.36. **ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛЕНИЯ, ТРАВМЫ, ОПУХОЛИ, ДЕФОРМАЦИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА**

а) ортопантомография
б) УЗИ-диагностика
в) контрастная рентгенография
г) биомикроскопия

1.37. **ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАЛИЧИЯ КОНКРЕМЕНТА ПРОВОДЯТ**

а) цитологическое исследование
б) УЗИ-диагностику
в) зондирование протоков
г) биопсию

1.38. **ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧЕЛЮСТЕЙ ПАЛЬПАЦИЮ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТОКА ПРОВОДЯТ С**

а) вестибулярной стороны
б) вестибулярной, язычной или небной стороны
в) небной стороны
г) язычной и небной стороны

<u>Выберите несколько правильных ответов</u>

1.39. **ПЕРЕДАЧА ИНФЕКЦИИ КОНТАКТНЫМ ПУТЕМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ЧЕРЕЗ**

а) руки врача
б) операционное поле
в) рабочий инструмент
г) вентиляция
д) бестеневая лампа

1.40. **ОСМОТР БОЛЬНОГО И ВСЕ МАНИПУЛЯЦИИ ВРАЧ ПРОВОДИТ**

а) в маске
б) в резиновых перчатках
в) в халате
г) в защитных очках
д) в бахилах

1.41. **В ХИРУРГИЧЕСКОМ КАБИНЕТЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ**

а) стоматологическое кресло
б) бестеневую лампу
в) столик для инструментов
г) бактерицидную и ультрафиолетовую лампу
д) электрическую бормашину без наконечников

1.42. **СПОСОБЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА**

а) физические
б) химические
в) воздушные
г) холодовые
д) газообразные

1.43. **К ФИЗИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ДЕЗИНФЕКЦИИ ОТНОСЯТСЯ**

а) температура
б) гальванизм
в) давление
г) облучение
д) электролиз

1.44. **АНТИСЕПТИКА ПОДРАЗДЕЛЯЕТСЯ НА СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ**

а) механическая
б) физическая
в) химическая
г) биологическая
д) рентгенологическая

1.45. **СТЕРИЛИЗАЦИЯ ИНСТРУМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ВАЖНЫМ ЗВЕНОМ АСЕПТИКИ И СОСТОИТ ИЗ**

а) предстерлизационной очистки
б) упаковки
в) дезинфекции

г) контроля эффективности стерилизации
д) доставки инструментов к месту операции

1.46. **ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА ВКЛЮЧАЕТ**
а) осмотр больного
б) сбор анамнеза жизни
в) сбор анамнеза заболевания
г) пальпаторного исследования
д) дополнительного исследования

Установите и выберите правильную связь

1.47. **ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛЕЗНЕННОСТЬ И ПРИПУХЛОСТЬ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ, СУХОСТЬ ВО РТУ, потому что ЭТО ХАРАКТЕРНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**
а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

1.48. **ПРИ СБОРЕ АНАМНЕЗА ЖИЗНИ НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ НАЛИЧИЕ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, потому что ЭТО ИМЕЕТ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

1.49. **ОСМОТР БОЛЬНОГО ПРОВОДЯТ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ КРЕСЛЕ, потому что ЕГО ГОЛОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ХОРОШО ФИКСИРОВАНА НА ПОДГОЛОВНИКЕ**
а) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I неверно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

1.50**. В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА ИМЕЮТ БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ, потому что ПРОФЕССИЯ СТОМАТОЛОГА ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ НИЗКОГО РИСКА ИНФИЦИРОВАНИЯ**
а) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I неверно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

Тема 2. Препараты для местного обезболивания.

Выберите один правильный ответ

2.1. **НАИБОЛЬШУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АНЕСТЕЗИИ ИМЕЕТ**

а) новокаин
б) лидокаин
в) артикаин
г) бупивакаин

2.2. **ВАЗОКОНСТРИКТОРЫ ЗАМЕДЛЯЮТ ВСАСЫВАНИЕ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА, ВЫЗЫВАЮТ**

а) расширение сосудов
б) сужение сосудов
в) гиперемию кожных покровов
г) парестезии

2.3. **НАИМЕНЬШУЮ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ АНЕСТЕЗИИ ИМЕЕТ**

а) прокаин
б) лидокаин
в) артикаин
г) прилокаин

2.4. **СКОС ИГЛЫ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ НАПРАВЛЯЕТСЯ К КОСТИ ПОД УГЛОМ**

а) 90°
б) 60-70°
в) 50-55°
г) 30-45°

2.5. **КАКАЯ МИНИМАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ИГЛЫ ДОЛЖНА ОСТАВАТЬСЯ НЕ ПОГРУЖЕННОЙ В ТКАНИ ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ**

а) 1/2
б) 1/3
в) 1/4
г) 1/5

2.6. **ДЛЯ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИГЛА ДЛИНОЙ**

а) 12 мм
б) 16 мм
в) 42 мм
г) 8 мм

2.7. **ДЛЯ ИФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ РЕКОМЕНДУЮТСЯ ИГЛЫ ДЛИНОЙ**

а) 36, 38 и 42 мм
б) 16, 25 мм
в) 10, 12 мм
г) 8 мм

2.8. **ДЛЯ ПРОФИЛАТИКИ ПОПАДАНИЯ АНЕСТЕТИКА В СОСУД ПРОВОДЯТ**

а) определяют время свертываемости крови
б) проводят аспирационную пробу
в) определяют время кровотечения
г) проводят цветную пробу на новокаин

2.9. **ШПРИЦ ДЛЯ ИНТРАЛИГАМЕТАРНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

а) не требует применения карпул
б) позволяет вводить анестетик малыми дозами
в) не требует стерилизационной обработки
г) всегда одноразовый

2.10. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) эндодонтическое лечение зубов
б) лечение кариеса резцов
в) заболевания слизистой оболочки полости рта
г) ортопедические конструкции

2.11. **С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА ПРОВОДЯТ АНЕСТЕЗИЮ**

а) инфильтрационную
б) аппликационную
в) проводниковую
г) стволовую

2.12. **КАКАЯ КОНСТРУКЦИЯ ШПРИЦА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ В СОВРЕМЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

а) шприц Жане
б) двухкомпонентный шприц Мердока
в) карпульный шприц Кука
г) инъекционный шприц Фишера

2.13. **ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЦИЛИНДРИЧЕСКОЙ АМПУЛЫ (КАРПУЛЫ) С АНЕСТЕТИКОМ КОНЕЦ РЕЗИНОВОЙ ПРОБКИ ПЕРЕД ФИКСАЦИЕЙ В ИНЬЕКТОРЕ ОБРАБАТЫВАЮТ**

а) спиртом
б) вазелином
в) 3% раствором перекиси водорода

г) раствором фурацилина

2.14. **МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ОТНОСЯТСЯ**

а) к антигистаминным фармакологическим соединениям
б) к антагонистам ацетилхолина
в) к антиаритмическим препаратам
г) к аналептикам

2.15. **АНЕСТЕЗИЯ, ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В КОСТНУЮ ПЕРЕГОРОДКУ МЕЖДУ АЛЬВЕОЛАМИ РЯДОМ РАСПОЛОЖЕННЫХ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ**

а) мандибулярная
б) интрасептальная
в) ментальная
г) внутрипульпарная

2.16. **К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ДЛЯ УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ДОБАВЛЯЮТ**

а) вазоконстриктор
б) антикоагулянт
в) антидепрессант
г) гормон

2.17. **ДЛЯ ЗАМЕДЛЕНИЯ ВСАСЫВАНИЯ К МЕСТНЫМ АНЕСТЕТИКАМ ДОБАВЛЯЮТ**

а) антикоагулянт
б) антидепрессант
в) вазодилататор
г) вазоконстриктор

2.18. **ОБЩЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ АНЕСТЕТИКА**

а) двигательное возбуждение, судороги
б) кровотечение
в) побледнение участка кожи
г) невралгия тройничного нерва

2.19. **МЕСТНЫЕ АНЕСТЕТИКИ ОТНОСЯТСЯ К**

а) антиаритмическим препаратам
б) аналептикам
в) нейролептикам
г) антибиотикам

2.20. **ЛИДОКАИН ОТНОСИТСЯ К ГРУППЕ**

а) амиду
б) эфиру
в) этилу
г) производному изохинолину

2.21. **КАКОЙ ИЗ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФИРОМ ПАРА-АМИНОБЕНЗОЙНОЙ КИСЛОТЫ**

а) азакаин
б) совкаин
в) новокаинамид
г) новокаин

2.22. **ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ АНЕСТЕЗИИ У РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ ВКЛЮЧАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА**

а) на уровне резцов с вестибулярной стороны
б) на уровне резцов и клыков с небной стороны
в) на уровне клыков с небной стороны
г) всего твердого неба

2.23. **ВТОРАЯ ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВЫХОДИТ ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА ЧЕРЕЗ**

а) сонное отверстие
б) овальное отверстие
в) остистое отверстие
г) круглое отверстие

2.24. **ОБЩИМ ОБЕЗБОЛИВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) атаралгезия
б) эндотрахеальный наркоз
в) проводниковая анестезия
г) вагосимпатическая блокада

2.25. **ПРИ СТВОЛОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ЗОНА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВКЛЮЧАЕТ**

а) зубы
б) слизистую оболочку челюсти
в) всю половину челюсти
г) шею

2.26. **К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ**

а) хлороформ
б) фторотан
в) циклопропан
г) кетамин

2.27. **ПЕРВЫМ АНЕСТЕТИКОМ, ОТКРЫВШИМ ЭПОХУ МЕСТНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ БЫЛ**

а) прокаин
б) кокаин
в) настойка опия
г) лидокаин

2.28. **К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ**

а) 10% р-р лидокаина
б) закись азота
в) гексенал
г) сомбревин

2.29. **К АМИДНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСИТСЯ**

а) прокаин
б) артикаин
в) тетракаин
г) пропоксикаин

Выберите несколько правильных ответов

2.30. **ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ**

а) 1% новокаин
б) 4% артикаин
в) 10% лидокаин
г) 5% бензокаин

2.31. **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) апирогенная дистиллированная вода
б) хлорид натрия
в) вазоконстриктор
г) ЭДТА

2.32. **В КАЧЕСТВЕ ВАЗОКОНСТРИКТОРА ПРИМЕНЯЕТСЯ**

а) эпинефрин
б) норадреналин
в) гидрокортизон
г) дексаметазон

2.33. **К АМИДНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСЯТСЯ**

а) апрокаин
б) артикаин
в) впропоксикаин
г) мепивакин

2.34. **К ЭФИРНОЙ ГРУППЕ АНЕСТЕТИКОВ ОТНОСЯТСЯ**

а) новокаин
б) дикаин
в) лидокаин
г) бупивикаин

2.35. **ДЛЯ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ИСПОЛЬЗУЮТ ИГЛЫ**

а) длиной 16 мм
б) длиной 35, 38 мм
в) длиной 10 или 12 мм
г) длиной 25 мм

2.36. **К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО НАРКОЗА ОТНОСЯТ**

а) оксибутират натрия
б) пропофол
в) циклопропан
г) закись азота

2.37. **ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ АППЛИКАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) 1% прокаин
б) 10% бензокаин
в) 10% лидокаин
г) 2% этидокаин

2.38. **К ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИОННОГО НАРКОЗА ОТНОСИТСЯ**

а) 10% р-р лидокаина
б) закись азота
в) фторотан
г) сомбревин

2.39. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**

а) эндотрахеальный наркоз
б) туберальная анестезия
в) нейролептаналгезия
г) вагосимпатическая блокада

<u>Установите и выберите правильную связь</u>

2.40. **ПОДНАДКОСТНИЧНОЕ ВВЕДЕНИЕ МЕСТНОГО АНЕСТЕТИКА МОЖЕТ БЫТЬ ОСУЩЕСТВЛЕНО ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ НА ПУЛЬПЕ ЗУБА, потому что ИНФИЛЬТРАЦИОННАЯ АНЕСТЕЗИЯ МОЖЕТ БЫТЬ НЕДОСТАТОЧНО ЭФФЕКТИВНА.**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.41. **ФТОРОТАН – БЕСЦВЕТНАЯ ПРОЗРАЗНАЯ ЖИДКОСТЬ СО СПЕЦИФИЧЕСКИМ ЗАПАХОМ, НА СВЕТУ РАЗЛАГАЕТСЯ поэтому ФТОРОТАН ХРАНЯТ В ТЕМНЫХ ФЛАКОНАХ.**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует

б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.42. **ФТОРОТАН НЕ РАЗДРАЖАЕТ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, потому что ХОРОШО РАСТВОРЯЕТСЯ В ВОДЕ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.43. **ГЕКСОНАЛ – ПОРОШОК БЕЛОГО ЦВЕТА, ХОРОШО РАСТВОРИМЫЙ В ВОДЕ И СПИРТЕ, поэтому ВЫЗЫВАЕТ ЛИТОРГИЧЕСКИЙ СОН**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.44. **СОМБРЕВИН ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ СМЕСЬ ПОРОШКА И ЖИДКОСТИ, ВЫПУСКАЕТСЯ В АМПУЛАХ, потому что ПРЕПАРАТ КОРОТКОГО ДЕЙСТВИЯ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.45. **С ПОМОЩЬЮ БЕЗЫГОЛЬНОГО ИНЪЕКТОРА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ИНФИЛЬТРАЦИОННУЮ АНЕСТЕЗИЮ, потому что НЕТ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.46. **НЕБЛАГОПРИЯТНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ПЛОД ОКАЗЫВАЕТ МЕСТНЫЙ АНЕСТЕТИК БУПИВАКАИН, потому что МОЖЕТ ПРОНИКАТЬ ЧЕРЕЗ ГЕМАТО-ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.47. **ВНУТРИВЕННЫЙ НАРКОЗ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЕМ ПРОХОДИМОСТИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ, потому что СУЩЕСТВУЕТ РИСК АСФИКСИИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.48. **ПРИ ИНЪЕКЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ 1/3 ИГЛЫ ДОЛЖНА ОСТАВАТЬСЯ НЕ ПОГРУЖЕННОЙ В ТКАНИ, потому что ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ ИЗВЛЕЧЬ ИГЛУ ПРИ ЕЕ ОТЛОМЕ**
а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I неверно, утверждение II верно, связь отсутствует

2.49. **ВНУТРИВЕННЫЙ НАРКОЗ ПРОТИВОПОКАЗАН ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, потому что СУЩЕСТВУЕТ РИСК АСФИКСИИ**
а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

2.50. **ЭЛЕКТРОНАРКОЗ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ГЕНЕРАТОРА ИМПУЛЬСНОГО ТОКА, потому что СУЩЕСТВУЕТ РИСК ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ**
а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

Тема 3. Техника местной анестезии.

Выберите один правильный ответ

3.1. **АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ПЕРИОДОНТ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**
а) интралигаментарная
б) интрасептальная
в) внутрикостная
г) туберальная

3.2. **РАЗНОВИДНОСТЬЮ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) интралигаментарная
б) ментальная
в) торусальная
г) туберальная

3.3. **ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ**

ДОПОЛНИТЕЛЬНО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНЕСТЕЗИЮ

а) резцовую
б) инфраорбитальную
в) внутриканальную
г) мандибулярную

3.4. **ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКИХ МАНИПУЛЯЦИЯХ ДОПОЛНИТЕЛЬНО МОЖНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ АНЕСТЕЗИЮ**

а) туберальную
б) ментальную
в) внутрипульпарную
г) мандибулярную

3.5. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЯ КОСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ ОКОЛО**

а) 2 часов
б) 1 часа
в) 45 минут
г) 20 минут

3.6. **АНЕСТЕЗИЯ ПРИ КОТОРОЙ АНЕСТЕТИК ВВОДЯТ НЕПОСРЕДСТВЕННО В ГУБЧАТУЮ КОСТЬ МЕЖДУ КОРНЯМИ ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) внутрикостная
б) интрасептальная
в) инфраорбитальная
г) внутрипульпарная

3.7. **В МЕСТЕ ПРОВЕДНИЕЯ ВНУТРИКОСТНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ НЕОБХОДИМО**

а) сделать аппликационную анестезию
б) обработать мягкие ткани спиртом
в) обработать мягкие ткани 5% раствором йода
г) сделать разрез

3.8**. НАИМЕНЕЕ ТРАВМАТИЧНЫМ СПОСОБОМ ПРИ ИНФИЛЬТРАЦИОННОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ СЧИТАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ АНЕСТЕТИКА**

а) в область прикрепленной десны
б) кпереди от переходной складки субпериостально
в) кпереди от переходной складки супрапериостально
г) в губчатое вещество кости

3.9. **АНЕСТЕЗИЯ ЯЗЫЧНОГО НЕРВА ПРОВОДИТСЯ В ЧЕЛЮСТНО-ЯЗЫЧНОМ ЖЕЛОБКЕ НА УРОВНЕ**

а) третьего моляра
б) второго моляра
в) первого моляра

г) второго премоляра

3.10. **ПРИ ТОРУСАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТСЯ**

а) щечный и нижнелуночковый
б) щечный и язычный
в) язычный и нижнелуночковый
г) язычный, щечный, нижнелуночковый

3.11. **АНАТОМИЧЕСКИМ ОРИЕНТИРОМ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ АПОДАКТИЛЬНЫМ ВНУТРИРОТОВЫМ СПОСОБОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) позадимолярная ямка
б) височный гребешок
в) передний край ветви нижней челюсти
г) крыловидно-челюстная складка

3.12. **ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТСЯ ВЕРХНИЕ ЛУНОЧКОВЫЕ ВЕТВИ**

а) передние
б) средние
в) задние
г) передние и средние

3.13. **ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОМ МЕТОДЕ ДОСТИГАЕТСЯ ЭФФЕКТИВНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ**

а) передних верхнелуночковых ветвей
б) средних верхнелуночковых ветвей
в) задних верхнелуночковых ветвей
г) передних и средних верхнелуночковых ветвей

3.14. **ПРИ АНЕСТЕЗИИ У БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ БЛОКИРУЕТСЯ**

а) среднее верхнее альвеолярное сплетение
б) заднее верхнее альвеолярное сплетение
в) носонебный нерв
г) большой небный нерв

3.15. **К МЕТОДУ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ**

а) внутрипульпарная
б) интралигаментарная
в) внутрисептальная
г) туберальная

3.16. **ЦЕЛЬЮ ПРОВЕДЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ ПО БЕРШЕ ЯВЛЯЕТСЯ БЛОКАДА**

а) чувствительных волокон тройничного нерва
б) двигательных волокон тройничного нерва
в) язычного и нижнелуночкового нервов

г) двигательных волокон лицевого нерва

3.17. **ЧТОБЫ ПРИДАТЬ ПРАВИЛЬНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ ИГЛЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ БЛОКАДЫ ПОБОРОДОЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, ЧТО ПОДБОРОДОЧНОЕ ОТВЕРСТИЕ ОТКРЫВАЕТСЯ**

а) кзади, кверху, кнаружи
б) прямо кпереди
в) кнаружи, кпереди, кверху
г) кнаружи, кпереди, книзу

3.18. **ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ИГЛА РАСПОЛАГАЕТСЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПОД УГЛОМ**

а) 30°
б) 45°
в) 60°
г) 90°

3.19. **ПРИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОТСТУПЯ НА 0,5 СМ КНАРУЖИ ОТ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ НА УРОВНЕ ВТОРОГО ВЕРХНЕГО МОЛЯРА ИЛИ МЕЖДУ ВТОРЫМ И ТРЕТЬИМ ВЕРХНИМИ МОЛЯРАМИ**

а) торусальной
б) туберальной
в) мандибулярной
г) палатинальной

3.20. **ПРИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ ОТСТУПЯ ОТ ПРОЕКЦИИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО ОТВЕРСТИЯ НА КОЖУ ВНИЗ И КНУТРИ НА 1СМ**

а) торусальной
б) внеротовой подглазничной
в) внутриротовой подглазничной
г) палатинальной

3.21. **ПРИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ ПО ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКЕ МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМ И БОКОВЫМ РЕЗЦОМ**

а) внеротовой подглазничной
б) внутриротовой подглазничной
в) мандибулярной
г) палатинальной

3.22. **ПРИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ НА 10 ММ КПЕРЕДИ И КНУТРИ ОТ ПРОЕКЦИИ БОЛЬШОГО НЕБНОГО ОТВЕРСТИЯ**

а) внутриротовой подглазничной
б) мандибулярной

в) блокаде большого небного нерва
г) инфильтационной

3.23. **ПРИ КАКОЙ АНЕСТЕЗИИ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ В СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ РЕЗЦОВОГО СОСОЧКА, НЕСКОЛЬКО КПЕРЕДИ ОТ УСТЬЯ РЕЗЦОВОГО ОТВЕРСТИЯ**

а) блокаде большого небного нерва
б) внутриротовой подглазничной
в) блокаде носонебного нерва
г) туберальной
д) инфильтационной

3.24**. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИРОТОВЫМ АПОДАКТИЛЬНЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ**

а) в наружный скат крылочелюстной складки
б) во внутренний скат крылочелюстной складки
в) в переходную складку в области моляров
г) в нижний край щечной области

3.25**. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ С ПОМОЩЬЮ ПАЛЬПАЦИИ ВКОЛ ПРОИЗВОДЯТ**

а) кнутри от височного гребешка
б) кнаружи от височного гребешка
в) в нижний край щечной области
г) в переходную складку в области моляров

3.26**. ПРИ МАНДИБУЛЯРНОЙ АНЕСТЕЗИИ ВНЕРОТОВЫМ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫМ МЕТОДОМ ВКОЛ ИГЛЫ ПРОИЗВОДЯТ**

а) кнаружи от височного гребешка
б) в нижний край щечной области
в) в переходную складку в области моляров
г) под базальный край нижней челюсти отступя от угла челюсти

3.27. **К МЕТОДУ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСИТСЯ**

а) торусальная
б) внутрикостная
в) внутрисептальная
г) внутрипульпарная

3.28. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ**

а) стволовая анестезия
б) внутрикостная
в) мандибулярная
г) нейролептаналгезия

3.29. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ**

а) блокады
б) электрофорез

в) гипноз
г) мандибулярная

3.30. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСИТСЯ**
а) фонофорез
б) электронаркоз
в) инфильтрация
г) бальнеотерапия

Выберите несколько правильных ответов

3.31. **ВИД МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ**
а) инфильтрационная
б) проводниковая
в) эпидуральная
г) масочная

3.32. **ВИД ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ, ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИЙ В ПОЛОСТИ РТА**
а) подкожная
б) интрасептальная
в) интралигаментарная
г) эпидуральная

3.33. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**
а) атаралгезия
б) электронаркоз
в) инфильтрация
г) бальнеотерапия

3.34. **К ОБЩЕМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**
а) наркоз
б) иглоукалывание
в) ингаляции
г) бальнеотерапия

3.35. **К МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**
а) инфильтрационная анестезия
б) аппликационная анестезия
в) атаралгезия
г) нейролептаналгезия

3.36. **К МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**
а) ментальная анестезия
б) туберальная анестезия
в) наркоз
г) гипноз

3.37. **К МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**

а) иглоукалывание
б) центральная аналгезия
в) резцовая анестезия
г) внутрикостная анестезия

3.38. **К МЕСТНОМУ ОБЕЗБОЛИВАНИЮ ОТНОСЯТСЯ**

а) комбинированный наркоз
б) внутривенный наркоз
в) мандибулярная анестезия
г) внутрисвязочная анестезия

3.39. **К ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТСЯ**

а) внутрипульпарная анестезия
б) внутривенный наркоз
в) мандибулярная анестезия
г) внутрисвязочная анестезия

3.40. **К ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ОТНОСЯТСЯ**

а) интрасептальная анестезия
б) комбинированный наркоз
в) торусальная анестезия
г) интралигаментарная анестезия

Установите и выберите правильную связь

3.41. **ДЛЯ БЛОКАДЫ НОСОНЕБНОГО НЕРВА МОГУТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ВНЕРОТОВОЙ МЕТОД, потому что ЭТОТ МЕТОД ПРИМЕНЯЮТ ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВЫПОЛНИТЬ АНЕСТЕЗИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВНУТРИРОТОВОГО ДОСТУПА**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.42. **ПРИ ИНТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРОИСХОДИТ ВЫКЛЮЧЕНИЕ НЕРВНЫХ ВОЛОКОН В КОСТНЫХ И МЯГКИХ ТКАНЯХ, потому что ПРОИСХОДИТ ДИФФУЗИЯ АНЕСТЕТИКА ЧЕРЕЗ КОСТНОМОЗГОВЫЕ ПРОСТРАНСТВА И СОСУДЫ ПАРОДОНТА**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.43. **ПЕРЕД ИНСТРАСЕПТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИЕЙ НЕОБХОДИМО ПРАВИЛЬНО ОПРЕДЕЛИТЬ ТОЧКУ ВКОЛА, потому что ДАННУЮ АНЕСТЕЗИЮ ВЫПОЛНЯЮТ ДЛИННОЙ ИГЛОЙ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.44. **В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МАНИПУЛЯЦИЙ В ПОЛОСТИ РТА ПРИМЕНЯЮТ ПАРОДОНТАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ МЕСТНОЙ АНЕСТЕЗИИ, потому что ОНИ НАИБОЛЕЕ ПРОСТЫ В ВЫПОЛНЕНИИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.45. **В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ МОГУТ ПРИМЕНЯТЬ ИНФИЛЬТРАЦИОННУЮ АНЕСТЕЗИЮ, потому что ОНА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА ПРИ ДЛИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЯХ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.46. **БЛОКАДУ НОСОНЕБНОГО НЕРВА ПРОВОДЯТ ИСПОЛЬЗУЯ ВНУТРИРОТОВОЙ МЕТОД, потому что ПРИ ЭТОМ «ВЫКЛЮЧАЕТСЯ» АНАСТОМОЗНАЯ ВЕТВЬ ОТ НОСОНЕБНОГО НЕРВА ИДУЩАЯ К ПЕРЕДНЕМУ ОТДЕЛУ ЗУБНОГО СПЛЕТЕНИЯ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.47. **ПРИ ИНФРАОРБИТАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ БЛОКИРУЮТ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ВЕТВИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО НЕРВА потому что ДЕПО РАСТВОРА АНЕСТЕТИКА СОЗДАЮТ В ОБЛАСТИ ПОДГЛАЗНИЧНОГО ОТВЕРСТИЯ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.48. **ПРИ ПРОВОДНИКОВОЙ АНЕСТЕЗИИ РАСТВОР АНЕСТЕТИКА ВВОДЯТ НЕ В ТКАНИ ОПЕРАЦИОННОГО ПОЛЯ, А НА НЕКОТОРОМ РАССТОЯНИИ В ОБЛАСТЬ НЕРВА, потому что ПРИ ЭТОМ НЕ НАДО ПРОВОДИТЬ АСПИРАЦИОННУЮ ПРОБУ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует

г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.49. **ПРИ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ В ЗОНУ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВХОДЯТ ВЕРХНИЕ МОЛЯРЫ И СООТВЕТСТВУЮЩИЙ УЧАСТОК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ, потому что ПРОИСХОДИТ БЛОКАДА БОКОВЫХ ЛУНОЧКОВЫХ ВЕТВЕЙ НЕРВА**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

3.50. **ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПО ЕГОРОВУ – ЭТО АНЕСТЕЗИЯ В ОБЛАСТИ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, потому что ЭТО РАЗНОВИДНОСТЬ ТУБЕРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение II верно, связь существует

Тема 4. Интенсивная терапия соматических осложнений. СЛР.

Выберите один правильный ответ

4.1. **АСФИКСИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПРОИСХОДИТ ПОЛНОЕ ПЕРЕКРЫТИЕ ПРОСВЕТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аспирационной
б) стенотической
в) обтурационной
г) клапанной

4.2. **В ПРЕМЕДИКАЦИЮ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ДЕНТОФОБИИ ВКЛЮЧАЮТ**

а) успокаивающие препараты
б) транквилизаторы
в) снотворные
г) антидепрессанты

4.3. **ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 10 мин
б) 30 – 60 мин
в) 1 – 5 мин
г) 1-2 часа

4.4. **ПРИ ТАХИКАРДИИ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ПРЕВЫШАЕТ**

а) 70 уд/ мин
б) 80 уд/ мин
в) 100 уд/ мин
г) 110 уд/мин

4.5. **ПРИ БРАДИКАРДИИ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ НАХОДИТСЯ В ПРЕДЕЛАХ**

а) менее 60 уд/ мин
б) 60 - 80 уд/ мин
в) 60 - 90 уд/ мин
г) 60 - 100 уд/ мин

4.6. **ПАЦИЕНТУ В СОСТОЯНИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА ВВОДЯТ**

а) подкожно
б) внутримышечно
в) внутривенно
г) внутрисердечно

4.7. **ПРИ ПОТЕРЕ СОЗНАНИЯ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ПОПАДАНИЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ВЕРХНИЕ ДЫХАТЕЛЬНЫЕ ПУТИ, ВЫПОЛНЯЮТ**

а) торакотомию
б) трахеотомию
в) трахеостомию
г) коникотомию

4.8. **ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ В АНАМНЕЗЕ ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ АНЕСТЕТИКА**

а) лидокаина
б) прокаина
в) артикаина
г) мепивакаина

4.9. **НИТРОМИНТ-АЭРОЗОЛЬ - ЭТО СРЕДСТВО ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ**

а) судорожного припадка
б) гипертонического криза
в) приступа бронхиальной астмы
г) приступа стенокардии

4.10. **В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ ПРИЧИНОЙ ИНФАРКТА МИОКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) тромбоз коронарных артерий
б) эмболия коронарных артерий
в) атеросклероз коронарных артерий
г) длительный спазм коронарных артерий

4.11. **ТЯЖЁЛАЯ ОДЫШКА, ВЗДУТИЕ ШЕЙНЫХ ВЕН, ВЫБУХАНИЕ**

НАДКЛЮЧИЧНЫХ ЯМОК, ВЫРАЖЕННЫЙ ЦИАНОЗ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

а) обтурационной асфиксии
б) стенотической асфиксии
в) приступа стенокардии
г) приступа бронхиальной астмы

4.12. **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ АНЕСТЕТИКОВ ПЕРЕД ЛЕЧЕНИЕМ МОЖНО ВЫПОЛНИТЬ**

а) накожную пробу
б) внутрикожную пробу
в) внутриротовую пробу (ополаскивание)
г) никакую

4.13. **ПАЦИЕНТУ С ПОРОКОМ СЕРДЦА, ИСКУССТВЕННЫМ КЛАПАНОМ, С ШУМОМ СЕРДЦА, РЕВМАТИЗМОМ ПЕРЕД ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОКАЗАНЫ**

а) седация и центральный анальгетик
б) седация и профилактика антибиотиками
в) седация и анестетики без вазоконстрикторов
г) анестетики и центральные анальгетики

4.14. **ПРИ СУДОРОЖНОМ ПРИПАДКЕ НЕ ПРИМЕНЯЮТ**

а) позу Тренделенбурга
б) защиту от ушибов головы и конечностей
в) устранение причин, препятствующих дыханию
г) пероральное введение транквилизаторов

4.15. **ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАЖНО ОПРЕДЕЛИТЬ**

а) вид перенесенной операции
б) степень сердечной недостаточности
в) возможность использования вазоконстрикторов
г) необходимость применения антибиотиков

4.16. **К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ ОТНОСЯТСЯ**

а) глюкокортикоиды, адреналин, антигистамины, эуфиллин
б) анаболические гормоны, антибиотики
в) седативные
г) сердечные гликозиды

4.17. **ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ КЛИНИЧЕСКИ НАБЛЮДАЮТ**

а) бледность, сонливость, озноб
б) судороги, гипотонию, дыхательная недостаточность
в) гипотонию, покраснение кожных покровов
г) гипертензию, потливость

4.18. **ПРИ РАЗВИТИИ ОСТРОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА НЕОБХОДИМО**

а) купировать болевой синдром
б) начать кислородную терапию
в) наложить горчичники на икроножные мышцы
г) улучшать мозговое кровообращение

4.19. **ДЛЯ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ПРИСТУПА СТЕНОКАРДИИ ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

а) премедикацию
б) тщательный сбор анамнеза
в) провести кислородную терапию
г) снять ЭКГ

4.20. **ПРИ ОБМОРОКЕ ВАЖНО ОБЕСПЕЧИТЬ**

а) горизонтальное положение с приподнятыми ногами
б) стабильное положение тела пациента
в) положение пациента на правом боку
г) положение пациента на левом боку

4.21. **ТОНУС СКЕЛЕТНОЙ МУСКУЛАТУРЫ СНИЖАЕТ ВВЕДЕНИЕ**

а) эуфиллина
б) но-шпы
в) диазепама
г) кофеина

4.22. **ПУЛЬС В БЕССОЗНАТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ПРОЕКЦИИ АРТЕРИИ**

а) лучевой
б) локтевой
в) наружной сонной
г) общей сонной

4.23. **ЧАСТОТА ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В 1 МИНУТУ В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 8-12
б) 12-16
в) 16-20
г) 20-24

4.24. **ЧАСТОТУ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ТЕЧЕНИИ**

а) 20 секунд
б) 30 секунд
в) 60 секунд
г) 90 секунд

4.25. **ПРИ РИТМИЧНОМ ПУЛЬСЕ ЕГО ЧАСТОТУ ОПРЕДЕЛЯЮТ В ТЕЧЕНИИ**

а) 120 секунд
б) 30 секунд
в) 60 секунд
г) 90 секунд

4.26. **ПРИ АРИТМИИ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ОПРЕДЕЛЯЮТ ЗА**

а) 20 секунд
б) 30 секунд
в) 60 секунд
г) 90 секунд

4.27. **НЕПРЯМОЙ МАССАЖ СЕРДЦА У ВЗРОСЛЫХ ВЫПОЛНЯЮТ С ЧАСТОТОЙ (КОМПРЕССИЙ В МИНУТУ)**

а) 60
б) 60-80
в) 80-100
г) не менее 100

4.28. **РУКИ СПАСАТЕЛЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА НАХОДЯТСЯ В ПОЗИЦИИ**

а) кулака
б) замка
в) крючка
г) двух пальцев

4.29. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЧАСТОТА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ (В 1 МИНУТУ)**

а) 5
б) 8
в) 9
г) не менее 10

4.30. **ПРИЕМ САФАРА ПРОВОДИТСЯ С ЦЕЛЬЮ**

а) выдвижения нижней челюсти вперед
б) открывания рта
в) изменения положения головы
г) обеспечения проходимости верхних дыхательных путей

4.31. **ГЛУБИНА КОМПРЕССИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ВЗРОСЛОГО СОСТАВЛЯЕТ**

а) 1,5-2,0 см
б) 2,0-3,0 см
в) 3,0-3,5 см

г) 3,0-4,0 см

4.32**. КАКОЕ СОСТОЯНИЕ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПЕРЕДОЗИРОВКЕ ИНСУЛИНА**

а) гипергликемическая кома
б) токсико-септический шок
в) уремическая кома
г) гипогликемия

4.33. **ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ НЕПОДВИЖНО ЛЕЖАЩЕГО ЧЕЛОВЕКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

а) вызвать скорую помощь
б) провести осмотр пострадавшего
в) провести осмотр места происшествия
г) вынести пострадавшего с места происшествия

4.34. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОСМОТРА НЕПОДВИЖНО ЛЕЖАЩЕГО ЧЕЛОВЕКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ**

а) дыхание
б) сознание
в) пульс
г) зрачковый эффект

4.35. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ОСМОТРА НЕПОДВИЖНО ЛЕЖАЩЕГО ЧЕЛОВЕКА НЕОБХОДИМО ОЦЕНИТЬ ДЫХАНИЕ В ТЕЧЕНИИ**

а) 20 секунд
б) 10 секунд
в) 5 секунд
г) 10 минут

4.36. **ОДНОВРЕМЕННО С ОЦЕНКОЙ НАЛИЧИЯ ДЫХАНИЯ, ДОПУСКАЕТСЯ ОЦЕНИТЬ**

а) наличие сознания
б) наличие пульса
в) цвет кожных покровов
г) наличие повреждений органов

4.37. **ПРИ САМОСТОЯТЕЛЬНОМ ДЫХАНИИ ПАЦИЕНТУ НЕОБХОДИМО ПРИДАТЬ БЕЗОПАСНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ**

а) усадить пострадавшего
б) уложить пострадавшего
в) придать восстановительное положение
г) согнуть ноги

4.38. **ПРИ ВЫЗОВЕ СКОРОЙ ПОМОЩИ ОТ ДИСПЕТЧЕРА НЕОБХОДИМО ДОЖДАТЬСЯ ФРАЗЫ**

а) укажите точный адрес

б) ваш контактный телефон
в) пути подъезда
г) вызов принят

4.39. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА НАРУШЕНИЯ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ**

а) прелом конечностей
б) запавший язык
в) аспирированная пища
г) термический ожог

4.40. **ПРИ ИСКУСТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ В ВЫДЫХАЕМОМ ВОЗДУХЕ «ДОНОРА» СОДЕРЖАНИЕ КИСЛОРОДА ДОСТИГАЕТ**

а) 25%
б) 100%
в) 17%
г) 0%

4.41. **НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ № 1 ПРИ АНАФИЛАКТИЧЕСКОМ ШОКЕ**

а) новокаин
б) промедол
в) адреналин
г) но-шпа

4.42. **ГДЕ СЛЕДУЕТ РАСПОЛАГАТЬ ЛАДОНИ НА ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ ВЗРОСЛОГО ЧЕЛОВЕКА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЗАКРЫТОГО МАССАЖА СЕРДЦА**

а) на средней части грудины
б) на границе нижней и средней части грудины
в) на мечевидном отростке грудины
г) на верхней части грудины

4.43. **КАКОВА ДОЛЖНА БЫТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ**

а) 1 час
б) 40-60 минут
в) 30 мин
г) до приезда скорой помощи

4.44. **КАКОЙ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОПТИМАЛЬНЫЙ РИТМ ЭКСКУРСИЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ ЗАКРЫТОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА**

а) 80-100 мин
б) 50-60 мин
в) 110-120 мин
г) 100 -120 мин

4.45. **ОПТИМАЛЬНАЯ ЧАСТОТА ПРОВЕДЕНИЯ «ИСКУССТВЕННОГО**

ДЫХАНИЯ» У ВЗРОСЛЫХ СОСТАВЛЯЕТ

а) 12-15
б) 30
в) 6
г) 5

4.46. **КАКАЯ СИСТЕМА ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ УЯЗВИМОЙ ПРИ КЛИНИЧЕСКОЙ СМЕРТИ**

а) кровеносная
б) дыхательная
в) центральная нервная
г) эндокринная

4.47. **УКАЖИТЕ СООТНОШЕНИЕ ИВЛ И МАССАЖА СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ВДВОЕМ ВЗРОСЛОМУ ЧЕЛОВЕКУ**

а) 30:2
б) 1:4
в) 1:5
г) 2:15

4.48. **УДАЛЕНИЯ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ИЗ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ ПРИЕМА**

а) Сафара
б) Труссо
в) Геймлиха
г) Кохера

4.49. **ЕСЛИ У ПОСТРАДАВШЕГО ОТСУТСТВУЕТ СОЗНАНИЕ НЕОБХОДИМО**

а) обеспечить вызов скорой помощи
б) оставить пострадавшего
в) начать СЛР 30:2
г) позвать на помощь

4.50. **НАРУШЕНИЕ ПРОХОДИМОСТИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ**

а) непрямого массажа сердца
б) ИВЛ
в) запрокидывания головы
г) придания восстановительного положения

ТЕМА 5. Особенности операций в челюстно-лицевой области.

Выберите один правильный ответ

5.1. **ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ КОЖУ ЛИЦА ОБРАБАТЫВАЮТ СПИРТОВЫМ РАСТВОРОМ ЙОДА, В КОТОРОМ**

СОДЕРЖАНИЕ СПИРТА СОСТАВЛЯЕТ

а) 70 %
б) 94 %
в) 1-3 %
г) 0,05%
д) 0,2-0,5%

5.2. **ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОЛОСТЬ РТА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМ РАСТВОРОМ**

а) 0,02-0,05% хлоргексидина
б) спирта
в) йода
г) 2% хлоргексидина
д) 3% перекиси водорода

5.3. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ОПЕРАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) радикальная
б) паллиативная
в) плановая
г) одномоментная
д) бескровная

5.4. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ ОПЕРАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) многоэтапная
б) кровавая
в) плановая
г) одномоментная
д) срочная

5.5. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРА И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОПЕРАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) радикальная
б) экстренная
в) плановая
г) одномоментная
д) многоэтапная

5.6. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРА И ОБЪЕМА ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОПЕРАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) экстренная
б) плановая
в) паллиативная
г) одномоментная
д) многоэтапная

5.7. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО**

ВМЕШАТЕЛЬСТВА ОПЕРАЦИЯ НАЗЫВАЕТСЯ

а) многоэтапная
б) экстренная
в) паллиативные
г) радикальные
д) одноэтапные

5.8. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ КОТОРЫХ ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЮТ ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧАГ НАЗЫВАЮТСЯ**

а) многоэтапные
б) экстренные
в) паллиативные
г) радикальные
д) одноэтапные

5.9. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ НАПРАВЛЕНЫ НА УМЕНЬШЕНИЕ ВЫРАЖЕННОСТИ И ЧАСТИЧНОЕ УСТРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ НАЗЫВАЮТСЯ**

а) бескровные
б) экстренные
в) паллиативные
г) радикальные
д) одноэтапные

5.10. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПО ЖИЗНЕННЫМ ПОКАЗАНИЯМ (ОСТАНОВКА КРОВОТЕЧЕНИЯ, ТРАХЕОСТОМИЯ, УДАЛЕНИЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА ИЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ) НАЗЫВАЮТСЯ**

а) бескровные
б) экстренные
в) паллиативные
г) радикальные
д) одноэтапные

5.11. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПОСЛЕ УТОЧНЕНИЯ ДИАГНОЗА И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ (ВСКРЫТИЕ ГНОЙНЫХ ОЧАГОВ ПРИ АБСЦЕССЕ, ФЛЕГМОНЕ, ПЕРИОСТИТЕ, ЛИМФАДЕНИТЕ) НАЗЫВАЮТСЯ**

а) одноэтапные
б) срочные
в) бескровные
г) экстренные
д) паллиативные

5.12. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, КОТОРЫЕ ВЫПОЛНЯЮТСЯ ПОСЛЕ ПОЛНОГО И ВСЕСТОРОННЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО И ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ**

ПОДГОТОВКИ НАЗЫВАЮТСЯ

а) плановые
б) одноэтапные
в) срочные
г) экстренные
д) паллиативные

5.13. **К РЕЗОРБТИВНЫМ, ИЛИ РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ**

а) нейлон
б) хлопок
в) кетгут
г) лавсан
д) полиэстер

5.14. **К НЕРЕЗОРБТИВНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ**

а) коллаген
б) шелк
в) кетгут
г) кетгут-хром
д) целлюлоза

5.15. **РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ КЕТГУТ СОХРАНЯЕТ ПРОЧНОСТЬ В ТКАНЯХ В ТЕЧЕНИИ**

а) 9-14 дней
б) 5 -7 дней
в) 1 месяца
г) 3 недель
д) 2 месяцев

5.16. **КЕТГУТ, ОБРАБОТАННЫЙ ХРОМОМ, СОХРАНЯЕТ ПРОЧНОСТЬ В ТКАНЯХ В ТЕЧЕНИИ**

а) 9-14 дней
б) 5 -7 дней
в) 1 месяца
г) 3 недель
д) 2 месяцев

5.17. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА ЛЕЗВИЕ СКАЛЬПЕЛЯ ДОЛЖНО РАССЕКАТЬ ПОКРОВНЫЕ ТКАНИ ПОД УГЛОМ**

а) 45°
б) 90°
в) 30°
г) 60°
д) 70°

5.18. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАЗРЕЗОВ В ОБЛАСТИ ЛИЦА СКАЛЬПЕЛЬ**

ДЕРЖАТ

а) вертикально
б) горизонтально
в) как писчее перо или смычок
г) с углом наклона 45°
д) с углом наклона 70°

5.19. **МИМИЧЕСКИЕ МЫШЦЫ ИННЕРВИРУЮТСЯ НЕРВОМ**

а) подглазничным
б) тройничным
в) лицевым
г) височным
д) жевательным

5.20. **ВЫПОЛНЯЯ ОПЕРАЦИИ НА ЛИЦЕ И ШЕИ, НЕОБХОДИМО УЧИТЫВАТЬ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВЕТВЕЙ НЕРВОВ И ПРОВОДИТЬ РАССЕЧЕНИЕ ТКАНЕЙ**

а) перпендикулярно нерву
б) параллельно нерву
в) отступя 2 см от нерва
г) отступя 0,5 см от нерва
д) поперечно нерву

5.21. **ПРИ ПОСЛОЙНОМ УШИВАНИИ РАНЫ УЗЕЛ ШВА ДОЛЖЕН**

а) находится над линией разреза
б) смещен в сторону от линии разреза
в) туго затянут
г) ослаблен
д) обеспечивать завертывание краев раны во внутрь

5.22. **ПРИ ПОСЛОЙНОМ УШИВАНИИ РАНЫ ДЛЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ДРЕНИРОВАНИЯ, ЧТОБЫ В ГЛУБИНЕ РАНЫ НЕ СКАПЛИВАЛАСЬ ЖИДКОСТЬ, НЕОБХОДИМО**

а) ослабить швы
б) сместить шов в сторону от линии разреза
в) наложить матрасные швы
г) оставить в ране трубку из мягкой резины
д) обеспечить завертывание краев раны во внутрь

5.23. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА СВОБОДНОЙ ДЕСНЕ ПРОВОДЯТ РАЗРЕЗЫ**

а) продольные или поперечные
б) полуовальные
в) трапециевидные
г) углообразные
д) до кости под углом 90°

5.24. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА**

КОСТНЫХ ТКАНЯХ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ОСТЕОТОМИЮ ПРОВОДЯТ С ПОМОЩЬЮ

а) физиодиспенсора
б) распатора
в) долота
г) рашпиля
д) скальпеля

Выберите несколько правильных ответов

5.25. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПРИКРЕПЛЕННОЙ ДЕСНЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ РАЗРЕЗЫ**

а) продольные или поперечные
б) полуовальные
в) трапециевидные
г) углообразные
д) до кости под углом 90°

5.26. **ПРИ СОПОСТАВЛЕНИИ КРАЕВ РАНЫ В ОБЛАСТИ ЛИЦА И ШЕИ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ШВОВ**

а) погружной
б) узловой
в) непрерывный
г) матрацный
д) вертикальный петлеобразный

5.27. **ПО СТРОЕНИЮ ШОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА**

а) мононити
б) крученые нити
в) плетеные нити
г) неорганические нити
д) полиамидные нити

5.28. **НАЗОВИТЕ МЕСТНЫЕ ГЕМОСТАТИКИ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТ ПРИ КАПИЛЛЯРНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ**

а) раствором перекиси водорода
б) изотоническим раствором
в) гемостатической губкой
г) коллагеновыми материалами
д) раствором фурацилина

5.29. **РАЗРЕЗ НА КОЖЕ ЛИЦА И ШЕИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

а) по ходу нервов
б) по ходу сосудов
в) вдоль естественных складок
г) по образовавшимся бороздам при возрастных изменениях
д) поперек мимических мышц

5.30. **К НЕРЕЗОРБТИВНЫМ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ**

а) кетгут
б) лавсан
в) нейлон
г) полиэстр
д) хлопок

5.31. **К РЕЗОРБТИВНЫМ, ИЛИ РАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТСЯ**

а) кетгут
б) кетгут-хром
в) коллаген
г) целлюлоза
д) хлопок

5.32. **СУЩЕСТВУЕТ ДВА ОСНОВНЫХ ВИДА ШОВНОГО МАТЕРИАЛА**

а) рассасывающийся
б) синтетический
в) нерассасывающийся
г) естественный
д) полиамидный

5.33. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ТВЕРДЫХ И МЯГКИХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МАТЕРИАЛЫ**

а) марлевые салфетки
б) тампоны
в) марлевые полоски
г) шовные нити
д) компрессионно-дистракционные аппараты

5.34. **ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАЦИЙ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ, ИСПОЛЬЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕХАНИЗИРОВАННЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ**

а) дерматомы
б) аппараты с надкостничными клеммами или зажимами
в) компрессионные аппараты
г) костные кусачки для челюстей
д) компрессионно-дистракционные аппараты

5.35. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ, ЛИЦЕВОМ СКЕЛЕТЕ, ОРГАНАХ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ ЗОНДИРУЮЩИЕ И БУЖИРУЮЩИЕ ИНСТРУМЕНТЫ**

а) слюнной пуговчатый зонд
б) зонд Кохера
в) полый зонд
г) элеватор

д) желобоватый зонд

5.36. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ, ЛИЦЕВОМ ЧЕРЕПЕ, ОРГАНАХ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ ОТТЕСНЯЮЩИЕ ИНСТРУМЕНТЫ**

а) ранорасширители
б) зеркала
в) шпатели
г) рашпили
д) крючки

5.37. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ, ЛИЦЕВОМ ЧЕРЕПЕ, ОРГАНАХ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ КОЛЮЩИЕ ИНСТРУМЕНТЫ**

а) иньекционные
б) иглодержатели
в) торокары
г) кюретажные ложки
д) пункционные иглы

5.38. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ, ЛИЦЕВОМ ЧЕРЕПЕ, ОРГАНАХ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ПОДРАЗДЕЛЯЮТСЯ НА**

а) режущие
б) сверлящие и пилящие
в) оттесняющие
г) резорбтивные
д) зажимные

5.39. **ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАЦИЙ НА ЛИЦЕ, ЛИЦЕВОМ ЧЕРЕПЕ, ОРГАНАХ ПОЛОСТИ РТА ИСПОЛЬЗУЮТ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩИЕ ЗАЖИМЫ**

а) Кохера
б) Волкова
в) Пеана
г) Карапетяна
д) Бильрота

5.40. **К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ**

а) пункция
б) биопсия
в) разрез
г) прокол
д) наложение свища

5.41. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СРОКОВ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЕЛЯТСЯ НА**

а) радикальные
б) экстренные
в) срочные
г) плановые
д) многоэтапные

5.42. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СЛОЖНОСТИ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ДЕЛЯТСЯ НА**

а) радикальные
б) экстренные
в) двухмоментные
г) одномоментные
д) многоэтапные

5.43. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ЦЕЛЕЙ, ХАРАКТЕРА И ОБЪЕМА ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

а) радикальные
б) экстренные
в) плановые
г) одномоментные
д) паллиативные

5.44. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ИНТЕНСИВНОСТИ КРОВОТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

а) радикальные
б) кровавые
в) плановые
г) одномоментные
д) бескровные

5.45. **РАЗРЕЗ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА БЫВАЕТ**

а) продольный
б) поперечный
в) угловой
г) вертикальный
д) косой

5.46. **В ПРОЦЕССЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА СЛЕДУЕТ РАЗЛИЧАТЬ РЯД ДЕЙСТВИЙ**

а) разрез
б) рассечение
в) удаление
г) частичное устранение симптомов заболевания
д) наложение шва

5.47. **ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВЫПОЛНЯЮТСЯ В ТРИ ЭТАПА, НАЗОВИТЕ ЭТАПЫ**

а) формирование оптимального оперативного доступа при меньшей травме
б) остановка кровотечения во время операции
в) использование наиболее эффективного оперативного вмешательства
г) окончание операции с восстановлением целостности тканей
д) частичное устранение симптомов заболевания

5.48. **ЦЕЛЯМИ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**
а) удаление патологического очага
б) отсутствие кровотечения во время операции
в) устранение нарушений функций патологического очага
г) восстановление эстетики лица
д) частичное устранение симптомов заболевания

5.49. **ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПОЛОСТЬ РТА ОБРАБАТЫВАЮТ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИМИ РАСТВОРАМИ**
а) 0,02-0,05% хлоргексидина
б) миромистина
в) фурацилина
г) 2% хлоргексидина
д) йода

5.50. **ПЕРЕД ОПЕРАТИВНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ КОЖУ ЛИЦА ОБРАБАТЫВАЮТ РАСТВОРАМИ**
а) спирта
б) йода
в) миромистина
г) фурацилина
д) хлоргексидина

Тема 6. «Методы удаления зубов».

Выберите 1 правильный ответ

6.1. **ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ**
а) острый одонтогенный остеомиелит
б) острый воспалительный процесс
в) острый периостит
г) подвижность зуба III-IV степени
д) острый одонтогенный синусит

6.2. **ПРИ КАКИХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВАХ ОТЛОМ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА МОЖЕТ БЫТЬ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ**
а) линия отлома уходит под круговую связку более 1-го мм
б) отлом коронковой части без обнажения пульпы
в) отлом только режущего края коронки зуба
г) отлом коронковой части с обнажением пульпы

д) отлом коронковой части до круговой связки

6.3. **К СРОЧНОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ПРИБЕГАЮТ ПРИ**

а) подвижности зуба III-IV степени
б) перфорация корня зуба
в) отломе коронковой части без обнажения пульпы
г) остром, не купирующийся гнойном периодонтите
д) подвижности зуба II степени

6.4. **ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБ МОЖЕТ БЫТЬ СОХРАНЁН, ЕСЛИ ОН**

а) оказывает компрессию на зубной ряд
б) усугубляет парадонтологическую ситуацию в области соседних зубов
в) является причиной развития фолликулярной кисты
г) со всех сторон окружен большим объемом костной ткани
д) травмирует окружающие мягкие ткани

6.5. **ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МОЖНО ПРОВОДИТЬ ПАЦИЕНТУ, ПЕРЕНЕСШЕМУ ИНФАРКТ МИОКАРДА СПУСТЯ**

а) 2 месяца после инфаркта
б) 8 месяцев после перенесённого инфаркта миокарда
в) 6 месяцев после перенесённого инфаркта миокарда
г) по истечении одного месяца после инфаркта
д) 2 недели после инфаркта

6.6. **ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ ЗУБА МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ ПРИ**

а) остром нарушении мозгового кровообращения
б) остром респираторном заболевании
в) хроническом туберкулёзе
г) при острой лучевой болезни 1-3 степени
д) обострении шизофрении

6.7. **ПОЛОЖЕНИЕ ВРАЧА ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО ПРИ УДАЛЕНИИ 46 ЗУБА КЛЮВОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ**

а) спереди и справа
б) сзади и слева
в) сзади и справа
г) сбоку и справа
д) сбоку и слева

6.8. **ПРЯМЫЕ ЩИПЦЫ ПРЕДНАЗНАЧЕНЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ**

а) моляров
б) премоляров
в) зубов мудрости
г) резцов верхней челюсти
д) резцов нижней челюсти

6.9. **S-ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ УДАЛЯЮТ**

а) корни всех зубов
б) моляры нижней челюсти
в) моляры верхней челюсти
г) премоляры верхней челюсти
д) 3-моляры нижней челюсти

6.10. **S-ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ С ШИПОМ НА ПРАВОЙ СТОРОНЕ УДАЛЯЮТ**
а) резцы
б) 3-и моляры верхней челюсти
в) премоляры верхней челюсти
г) моляры верхней челюсти слева
д) моляры нижней челюсти справа

6.11. **S-ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ С ШИПОМ НА ЛЕВОЙ СТОРОНЕ УДАЛЯЮТ**
а) резцы
б) 3-и моляры верхней челюсти
в) премоляры верхней челюсти
г) моляры верхней челюсти слева
д) моляры нижней челюсти справа

6.12. **СПЕЦИАЛЬНЫМИ S-ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ С КОРОТКИМИ И ШИРОКИМИ ЩЕЧКАМИ, С ЗАКРУГЛЕННЫМИ КОНЦАМИ И ЯМКАМИ С ВНУТРЕННЕЙ СТОРОНЫ УДАЛЯЮТ**
а) резцы нижней челюсти
б) премоляры нижней челюсти
в) корни зубов верхней челюсти
г) корни зубов нижней челюсти
д) 3-и моляры нижней челюсти

6.13. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТСЯ**
а) прямые коронковые
б) прямые корневые
в) клювовидные корневые
г) изогнутые по плоскости
д) S-образные

6.14. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТСЯ**
а) Щтыковидные
б) прямые коронковые
в) прямые корневые
г) S-образные
д) изогнутые по плоскости

6.15. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ 2.6, 2.7 НАЗЫВАЮТСЯ S-**

ОБРАЗНЫМИ

а) сходящимися
б) правосторонними
в) двусторонними
г) левосторонними
д) несходящимися

6.16. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБОВ 1.6, 1.7 НАЗЫВАЮТСЯ S-ОБРАЗНЫМИ**

а) сходящимися
б) правосторонними
в) двусторонними
г) левосторонними
д) несходящимися

6.17. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КОРНЕЙ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТСЯ**

а) S-образные сходящиеся
б) прямые сходящиеся
в) клювовидные
г) S-образные несходящиеся
д) прямые коронковые

6.18. **КЛЮВОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ СО СХОДЯЩИМИСЯ ЩЕЧКАМИ УДАЛЯЮТ**

а) моляры нижней челюсти
б) корни зубов нижней челюсти
в) резцы нижней челюсти
г) моляры верхней челюсти
д) премоляры верхней челюсти

6.19. **КЛЮВОВИДНЫМИ ЩИПЦАМИ С НЕСХОДЯЩИМИСЯ ЩЕЧКАМИ УДАЛЯЮТ**

а) моляры верхней челюсти
б) премоляры нижней челюсти
в) 3-и моляры нижней челюсти
г) корни зубов нижней челюсти
д) моляры нижней челюсти

6.20. **НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УГЛОВЫМ ЭЛЕВАТОРОМ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО УДАЛЯЮТ**

а) корни зубов
б) резцы
в) клыки
г) премоляры
д) резцы и клыки

6.21.**ЭЛЕВАТОРОМ ЛЕКЛЮЗА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УДАЛЯЮТ**

а) клык
б) премоляр
в) третий моляр
г) второй моляр
д) первый моляр

6.22. **ЩИПЦЫ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЮТСЯ**

а) клювовидные сходящиеся
б) S-образные щипцы с шипом
в) клювовидные несходящиеся
г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками
д) изогнутые по плоскости

6.23. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ 1.6 или 2.6 S- ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ ВЫВИХИВАНИЕ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

а) ротационным движением
б) люксацией
в) люксацией и ротацией
г) вниз кнутри
д) в небную сторону

6.24. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 1.6 или 2.6 S- ОБРАЗНЫМИ ЩИПЦАМИ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

а) ротационные движения
б) раскачивание только в щечную сторону
в) люксацию и ротацию
г) раскачивание сначала в щечную сторону, затем в небную
д) люксацию сначала в небную сторону, затем в щечную

6.25. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 3.5 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА**

а) в вестибулярную сторону
б) в язычную сторону
в) в небную сторону
г) к 36 зубу
д) к 34 зубу

6.26. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.7 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА**

а) в щечную сторону
б) в язычную сторону
в) в вестибулярную сторону
г) к 46 зубу
д) к 48 зубу

6.27. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 1.6 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА**

а) в щечную сторону
б) в небную сторону
в) к 15 зубу
г) к 17 зубу
д) в щечную затем в небную

6.28. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 2.8 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА**
а) щечную сторону
б) небную сторону
в) дистальном направлении
г) проксимальном направлении
д) вверх кнаружи

6.29. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА 4.2 ВЫВИХИВАНИЕ ПРОИЗВОДЯТ СНАЧАЛА**
а) в вестибулярном направлении
б) в язычном направлении
в) к 41 зубу
г) к 43 зубу
д) в небном направлении

6.30. **ОПЕРАЦИЮ УДАЛЕНИЯ ЗУБА НАЧИНАЮТ С**
а) раскачивания
б) вывихивания
в) отделения круговой связки от шейки зуба
г) наложения щипцов
д) ротации

6.31. **НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЩИПЦОВ ВО ВРЕМЯ ВЫВИХИВАНИЯ ЗУБА ПРИВОДИТ К**
а) извлечению зуба из альвеолы
б) тракции зуба
в) отделению круговой связки от шейки зуба
г) перелому корня зуба
д) ротации зуба

6.32. **ПОСЛЕ ОТДЕЛЕНИЯ КРУГОВОЙ СВЯЗКИ ОТ ЗУБА СЛЕДУЮЩИЙ ЭТАП ЭТО**
а) раскачивание
б) вывихивание
в) тракция
г) наложение щипцов
д) ротация

6.33. **ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО**
а) спереди и справа

б) сзади и слева
в) сзади и справа
г) спереди слева
д) сбоку и слева

6.34. **ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО**

а) спереди и слева
б) сбоку и слева
в) сзади и справа
г) сзади и слева
д) спереди справа

6.35. **ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО**

а) сбоку и слева
б) спереди справа
в) спереди и слева
г) сзади и слева
д) сзади и справа

6.36. **ПРИ УДАЛЕНИИ ЛЕВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО**

а) сбоку и слева
б) спереди и слева
в) спереди справа
г) сзади и слева
д) сзади и справа

6.37. **ПРИ УДАЛЕНИИ ПРАВЫХ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВРАЧ ДОЛЖЕН РАСПОЛАГАТЬСЯ ОТНОСИТЕЛЬНО БОЛЬНОГО**

а) сбоку и слева
б) спереди и слева
в) спереди справа
г) сзади и слева
д) позади и справа

6.38. **ПРИ УДАЛЕНИИ МОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ**

а) вниз и кнаружи
б) вниз и вовнутрь
в) вверх и вовнутрь
г) вверх и кнаружи
д) в щечную сторону

6.39. **ПРИ УДАЛЕНИИ РЕЗЦОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ**

а) в щечную сторону

б) в небную сторону
в) вниз и кнаружи
г) вниз и вовнутрь
д) вверх и вовнутрь

6.40. **ПРИ УДАЛЕНИИ КЛЫКОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ**

а) вниз и кнаружи
б) в щечную сторону
в) вверх и вовнутрь
г) вверх и кнаружи
д) в небную сторону

6.40. **ПРИ УДАЛЕНИИ ПРЕМОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗУБ ИЗВЛЕКАЮТ ИЗ АЛЬВЕОЛЫ**

а) вниз и кнаружи
б) вверх и кнаружи
в) вверх и вовнутрь
г) в щечную сторону
д) в небную сторону

6.41. **НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ НЕОБХОДИМО**

а) зуб сбросить в лоток
б) осмотреть зуб и убедится в целостности корней
в) провести кюретаж лунки
г) дать рекомендации пациенту
д) наложить швы на лунку

6.42. **ПАЦИЕНТ ПОКИДАЕТ КАБИНЕТ ХИРУРГА ПОСЛЕ ТОГО КАК**

а) удалили зуб
б) провели кюретаж лунки
в) образовался сгусток и врач дал рекомендации
г) через 10 минут после удаления
д) через 20 минут после удаления

Выберите несколько правильных ответов

6.43. **ЧТОБЫ ПРЕДОХРАНИТЬ КРОВЯНОЙ СГУСТОК ОТ ПОВРЕЖДЕНИЯ И НЕ ВЫЗЫВАТЬ КРОВОТЕЧЕНИЕ БОЛЬНОМУ РЕКОМЕНДУЮТ**

а) не принимать пищу в течение 2-3 часов
б) не полоскать полость рта в течение 2-3 часов
в) в день операции исключить физические нагрузки
г) в день операции не принимать горячий чай или кофе
д) принимать тепловые процедуры

6.44. **ПОСЛЕ ИЗВЛЕЧЕНИЯ ЗУБА ИЗ АЛЬВЕОЛЫ НЕОБХОДИМО**

а) удалить межкорневую перегородку
б) осмотреть зуб и убедится в целостности корней
в) провести кюретаж лунки
г) дать рекомендации пациенту
д) наложить швы на лунку

6.45. **ПРЯМОЙ ЭЛЕВАТОР ПРЕДНАЗНАЧЕН ДЛЯ УДАЛЕНИЯ**
а) корней зубов на верхней челюсти
б) зубов верхней челюсти, расположенных вне зубной дуги
в) третьих моляров
г) премоляров нижней челюсти
д) премоляров верхней челюсти

6.46. **ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА СОСТОИТ ИЗ РЯДА ПРИЕМОВ**
а) смыкания щипцов
б) вывихивания зуба
в) извлечения зуба из альвеолы
г) отлома коронковой части зуба
д) продвижения щёчек щипцов под десну

6.47. **ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА СОСТОИТ ИЗ РЯДА ПРИЕМОВ**
а) вывихивания
б) ротации
в) люксации
г) отлома коронковой части зуба
д) тракции

6.48. **ОПЕРАЦИЯ УДАЛЕНИЯ ЗУБА СОСТОИТ ИЗ РЯДА ПРИЕМОВ**
а) наложения щипцов
б) продвижения щёчек щипцов под десну
в) фиксации
г) скалывания коронковой части
д) вывихивания

6.49. **ОТНОСИТЕЛЬНЫМИ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ**
а) гипертоническая болезнь II-III степени
б) панкреатит
в) острый, не купирующийся гнойный периодонтит
г) ишемическая болезнь сердца
д) инфекционный гепатит

6.50. **ПОКАЗАНИЕМ К ПЛАНОВОМУ УДАЛЕНИЮ ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ**
а) острый одонтогенный остеомиелит
б) сверхкомплектные зубы, травмирующие мягкие ткани
в) безуспешность консервативного лечения при наличии хронического очага
г) подвижность зуба III-IV степени

д) острый синусит

Тема 7. Одонтогенный лимфаденит.

Выберите 1 правильный ответ

7.1. **ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ И КЛЫКОВ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

а) подбородочные
б) поднижнечелюстные
в) заглоточные
г) поверхностные шейные
д) затылочные

7.2. **К ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОБЛАСТИ СВОДА ЧЕРЕПА ОТНОСЯТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

а) нижнечелюстные
б) поднижнечелюстные
в) сосцевидные
г) подподбородочные
д) глубокие шейные

7.3. **К ЛИЦЕВЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОТНОСЯТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ**

а) подподбородочные
б) щечные
в) околоушные
г) поднижнечелюстные
д) затылочные

7.4. **ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) лимфангит
б) лимфаденит
в) аденофлегмона
г) периостит
д) карбункул

7.5. **ЛИМФАДЕНИТ ЭТО ВОСПАЛЕНИЕ**

а) лимфатических сосудов
б) лимфатической ткани
в) лимфатических узлов
г) сальных желез
д) волосяного фолликула

7.6. **ПРИ РАСПЛАВЛЕНИИ КАПСУЛЫ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРОИСХОДИТ ФОРМИРОВАНИЕ**

а) свищевого хода
б) аденофлегмоны
в) поднадкостничного абсцесса
г) карбункула
д) фурункула

7.7. **НАЛИЧИЕ НА КОЖЕ КРАСНЫХ ПОЛОС, ИДУЩИХ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

а) острого серозного лимфангита
б) ретикулярного лимфангита
в) хронического лимфаденита
г) острого гнойного лимфаденита
д) трункулярного лимфангита

7.8 **ЛИМФАНГИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) острым лимфаденитом
б) хроническим лимфаденитом
в) тромбофлебитом вен лица
г) обострением хронического лимфаденита
д) лимфогрануломатозом

7.9. **В СТРОЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ВХОДИТ**

а) капсула, паренхима, трабекулы, синусы
б) капсула, паренхима, синусы, клапаны
в) трабекулы, синусы, клапаны
г) синусы, клапаны, трабекулы
д) капсула, синусы

7.10. **КАКОЙ ТКАНЬЮ ОБРАЗОВАНА ПАРЕНХИМА ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА**

а) ретикулярной
б) фиброзной
в) грануляционной
г) коллагеновой
д) соединительной

7.11. **МОЗГОВОЕ ВЕЩЕСТВО ПАРЕНХИМЫ СОСТОИТ ИЗ**

а) тяжей лимфоцитов
б) тяжей лейкоцитов
в) тяжей макрофагов
г) лимфоидных фолликулов
д) лимфоцитов

7.12. **ИЗ КАКОГО СИНУСА ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ИСХОДЯТ ВЫНОСЯЩИЕ СОСУДЫ**

а) краевого
б) воротного

в) интермедиарного
г) пристеночного
д) межуточного

7.13. **В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ ОТ**
а) ушной раковины, наружного слухового прохода
б) малых коренных зубов,
в) альвеолярного отростка верхней челюсти
г) тканей дна полости рта
д) кожи верхней и нижней губы

7.14. **В ЛИЦЕВЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ ОТ**
а) малых коренных зубов, альвеолярного отростка верхней челюсти
б) кожи наружного носа
в) тканей дна полости рта
г) языка
д) передних отделов слизистой оболочки полости носа

7.15. **В ПОДПОДБОРОДОЧНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ ОТ**
а) кожи лба, щеки, верхней губы
б) нижней губы, нижних резцов и клыков
в) альвеолярного отростка и тела нижней челюсти
г) кожи и слизистой оболочки носа
д) премоляров и моляров верхней челюсти

7.16. **В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРОИСХОДИТ ОТТОК ЛИМФЫ ОТ**
а) кожи лба, щеки
б) нижней губы, нижних резцов и клыков
в) альвеолярного отростка и тела нижней челюсти
г) премоляров и моляров верхней челюсти
д) нижней губы

7.17. **ПРИ ОСТРОМ ВОСПАЛЕНИИ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРОИСХОДИТ**
а) расширение интермедиарных синусов
б) сужение краевых синусов
в) сужение интермедиарных синусов
г) сужение воротного синуса

7.18. **КАКОЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ РАЗВИТИЕМ ЛИМФАДЕНИТА**
а) остеобластокластома
б) одонтома, остеома
в) острый гнойный перикоронит
г) пародонтоз нижних фронтальных зубов

д) хронический вывих ВНЧС

7.19. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) патогенные стафилококки
б) синегнойная палочка
в) актиномицеты
г) бледная трепонема
д) пневмококк

7.20. **ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) устранение причины воспаления узла, комплексная терапия
б) вскрытие лимфоузла или пункция для эвакуации гноя
в) введение антибиотиков в лимфоузел
г) консервативная терапия
д) иммунотерапия

7.21. **ОСТРЫЙ СЕРОЗНЫЙ ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ЛИМФАДЕНИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) аденофлегмоной
б) острым подчелюстным сиаладенитом
в) перикоронитом верхнего третьего моляра
г) остеомиелитом верхней челюсти
д) остеомиелитом нижней челюсти

7.22**. ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПОДБОРОДОЧНОГО ЛИМФАДЕНИТА МОЖЕТ БЫТЬ**

а) периостит нижней челюсти
б) острый подчелюстной сиаладенит
в) медиастенит
г) аденофлегмона
д) перикоронит нижнего третьего моляра

7.23. **ЛОЖНЫЙ ПАРОТИТ ГЕРЦЕНБЕРГА ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) эпидемическим паротитом
б) средним отитом
в) флегмоной щеки
г) периоститом верхней челюсти
д) остеомиелитом нижней челюсти

7.24. **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ**

а) остром гнойном лимфадените
б) абсцедирующим гнойном лимфадените
в) аденофлегмоне
г) остром серозном лимфадените
д) обострении хронического гиперпластического лимфаденита

7.25. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) хирургическое
б) консервативное
в) общеукрепляющая терапия
г) физиотерапевтическое
д) блокада лимфатического узла

7.26. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АДЕНОФЛЕГМОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) абсцедирование фурункула
б) хронический остеомиелит
в) паренхиматозный сиалоаденит
г) распространение воспалительного процесса из других областей
д) разлитое гнойное воспаление лимфатического узла

7.27. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

а) антибактериальной терапии
б) физиотерапии
в) гистологического исследования лимфатического узла
г) иммуностимулирующей терапии
д) химиотерапии

7.28. **ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ ХАРАКТЕРНО**

а) наличие плотного лимфатического узла с чёткими контурами
б) наличие гиперемии кожных покровов над лимфатическим узлом
в) наличие свищевого хода с обильным гнойным отделяемым
г) наличие лимфатических узлов в разных частях тела
д) наличие воспалительного инфильтрата

Выберите несколько правильных ответов

7.29. **РАЗВИТИЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЛИМФОАДЕНОПАТИИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

а) гемобластозов
б) ВИЧ-инфекции
в) системных заболеваний соединительной ткани
г) сахарного диабета
д) гипертонической болезни

7.30. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ПРОВОДЯТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) специфическими инфекциями
б) опухолями
в) лимфангитами
г) врождёнными кистами лица и шеи

д) карбункулами

7.31. **ДЛЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ХАРАКТЕРНО**

а) постоянное увеличение размера лимфоузла
б) наличие первичной опухоли
в) наличие атипических клеток при цитологическом исследовании
г) медленное увеличение размера лимфоузла
д) неспаянность с окружающими тканями

7.32. **ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ЛИМФАДЕНИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) бронхиогенной и дермоидной кистой
б) подкожной одонтогенной гранулемой
в) туберкулезной гранулемой
г) актиномикозной гранулемой
д) карбункулом

7.33. **ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ ЛИМФАДЕНИТ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) доброкачественной опухолью лимфатического узла
б) злокачественной опухолью лимфатического узла
в) метастазом злокачественной опухоли
г) эпидермальной кистой
д) фурункулом

7.34. **К ЛИЦЕВЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОТНОСЯТСЯ**

а) щечные
б) сосцевидные
в) молярный
г) нижнечелюстные
д) заглоточные

7.35. **В ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ ОТ**

а) верхней губы
б) передних отделов языка
в) тканей дна полости рта
г) ушной раковины
д) глазницы

7.36. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) патогенные стафилококки
б) стрептококки
в) бледная трепонема

г) хламидии
д) актиномицины

7.37. **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**
а) устранении первичного очага инфекции
б) назначении антибиотиков широкого спектра действия
в) назначении десенсибилизирующей терапии
г) вскрытии воспалительного очага
д) проведении сиалографии

7.38. **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**
а) устранении первичного очага инфекции
б) назначении антибиотиков широкого спектра действия
в) назначении десенсибилизирующей терапии
г) вскрытии воспалительного очага
д) проведении литотрипсии

7.39. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ С**
а) доброкачественными опухолями
б) метастазами злокачественных опухолей ЧЛО
в) инфекционным мононуклеозом
г) абсцессами и флегмонами ЧЛО
д) доброкачественными опухолями

7.40. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ПРОВОДЯТ С**
а) опухолями
б) гемобластозами
в) метастотическими поражениями
г) остеохондрозом
д) саркоидозом

7.41. **В ОКОЛОУШНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ОТТЕКАЕТ ЛИМФА ОТ СЛЕДУЮЩИХ АНАТОМИЧЕСКИХ СТРУКТУР**
а) ушной раковины
б) наружного слухового прохода
в) верхней губы
г) нижней губы
д) подбородка

7.42.**ОТ ПРЕМОЛЯРОВ, МОЛЯРОВ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЛИМФА ОТТЕКАЕТ В**
а) поднижнечелюстные лимфатические узлы
б) заглоточные лимфатические узлы

в) сосцевидные лимфатические узлы
г) лицевые лимфатические узлы
д) глубокие шейные узлы

7.43. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА ПРИМЕНЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

а) пальпацию
б) пункцию лимфатического узла
в) ультразвуковое исследование
г) аускультацию
д) лучевую диагностику

7.44. **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ**

а) отек тканей соответственно пораженному лимфатическому узлу
б) ограниченный, болезненный инфильтрат
в) гиперемия кожи над пораженным лимфатическим узлом
г) общее состояние пациента удовлетворительное
д) увеличенный, безболезненный лимфатический узел

7.45. **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ**

а) общее состояние удовлетворительное
б) плотный увеличенный лимфатический узел
в) ярко выраженная гиперемия кожи над лимфатическим узлом
г) в общем анализе крови увеличение СОЭ ДО 25-30 мм/ч.
д) увеличенный, безболезненный лимфатический узел

7.46. **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО СЕРОЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ**

а) общее состояние удовлетворительное
б) увеличенный, болезненный лимфатический узел
в) гиперемия кожи над лимфатическим узлом
г) симптом флюктуации при пальпации узла
д) ярко выраженная гиперемия кожи над лимфатическим узлом

Установите и выберите правильную связь

7.47. **РАЗВИТИЕ ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ РЕАКЦИЕЙ СО СТОРОНЫ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ потому что ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЯВЛЯЮТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ БАРЬЕРОВ НА ПУТИ ВНЕДРЕНИЯ ИНФЕКЦИИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

7.48. **ХРОНИЧЕСКИЙ ЛИМФАДЕНИТ ЯВЛЯЕТСЯ ИСХОДОМ ОСТРОГО ПРОЦЕССА В ЛИМФАТИЧЕСКОМ УЗЛЕ**
потому что ЭТО СВЯЗАНО С ОСОБЕННОСТЯМИ МИКРОФЛОРЫ, ЕЕ СЛАБОЙ ВИРУЛЕНТНОСТЬЮ

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

7.49. **В БОЛЬШИНСТВЕ СЛУЧАЕВ ПОРАЖАЮТСЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ,**
потому что ОНИ НАХОДЯТСЯ В ГЛУБОКИХ ОТДЕЛАХ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ТРЕУГОЛЬНИКА

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

7.50. **ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ЛИМФАДЕНИТА НЕОБХОДИМО ВЫЯВИТЬ И УСТРАНИТЬ ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ,**
для того чтобы ПРЕДОТВРАТИТЬ ДАЛЬНЕЙШЕЕ ПОСТУПЛЕНИЕ МИКРООРГАНИЗМОВ В ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ.

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

Тема 8. Ретенция. Дистопия. Перикоронит.

Выберите 1 правильный ответ

8.1. **ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ ЗУБОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ НАБЛЮДАЮТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) клыков
б) премоляров нижней челюсти
в) верхнего третьего моляра
г) нижнего третьего моляра
д) премоляров верхней челюсти

8.2. **НИЖНИЕ ЗУБЫ МУДРОСТИ ПРОРЕЗЫВАЮТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В ВОЗРАСТЕ**

а) 14-17 лет
б) 30-45 лет
в) 18-25 лет
г) 45-60 лет
д) 10-14 лет

8.3. **ГЛАВНОЙ ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ СЧИТАЮТ**

а) толстый и компактный слой кости
б) отсутствие предшественника в виде молочного зуба
в) недостаток места в челюсти
г) толстая слизистая оболочка
д) генетические причины

8.4. **ЗУБ, НАХОДЯЩИЙСЯ В ТОЛЩЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ, НЕПРОРЕЗАВШИЙСЯ В СРОК НАЗЫВАЕТСЯ**

а) дистопированный зуб
б) полуретенированный зуб
в) ретенированный зуб
г) сверхкомплектный зуб
д) анкилозированный зуб

8.5. **ЗАДЕРЖКА ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБА ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) дизостоз
б) анкилоз
в) дистопия
г) полуретениция
д) ретенция

8.6. **ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ СЛЕДУЮЩЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ**

а) лейкоплакия
б) периодонтит
в) парадонтит
г) гигнгивит
д) перикоронит

8.7. **ПЕРИКОРОНИТ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ АКТИВАЦИИ ОБЫЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА, В КОТОРОЙ ПРЕОБЛАДАЮТ**

а) грибы
б) актиномицеты
в) аэробные бактерии
г) анаэробные бактерии
д) вирусы

8.8. **ОСНОВНОЙ МЕТОД ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРИКОРОНИТА НИЖНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА**

а) наркоз
б) внутрикостная анестезия
в) инфильтрационная анестезия
г) проводниковая +инфильтрационная анестезия
д) проводниковая анестезия

8.9. **НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ, ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБОВ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) конусно-лучевая компьютерная томография
б) микрофокусная рентгенография
в) ортопантомография
г) ультразвуковое исследование
д) визиография

8.10. **РЕТЕНЦИЯ ЗУБА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ПРОРЕЗЫВАНИИ**

а) нижнего зуба мудрости
б) верхнего зуба мудрости
в) верхних клыков
г) нижних клыков
д) вторых нижних малых коренных зубов

8.11. **ОСНОВНЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛУРЕТЕНЦИИ ЗУБА ПРИ ОСМОТРЕ В ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) выбухание наружной стенки альвеолярного отростка
б) частично прорезавшаяся коронковая часть зуба
в) на месте отсутствующего зуба расположен молочный зуб
г) полностью прорезавшаяся коронковая часть зуба
д) отсутствие зуба в зубном ряду

8.12. **ПОСТОЯННЫЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВОКРУГ НЕПРОРЕЗАВШЕГОСЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) острый катаральный перикоронит
б) острый гнойный перикоронит
в) хронический перикоронит
г) позадимолярный периостит
д) дистопия зуба

8.13. **ОСНОВНОЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗАДИМОЛЯРНОГО ПЕРИОСТИТА**

а) вскрытие гнойного очага, дренирование гнойной раны
б) блокада анестетиками, противовоспалительная терапия
в) удаление причинного зуба
г) нестероидные противовоспалительные средства
д) физиотерапевтические способы лечения, сульфаниламиды

8.14**. КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЕТЕНЦИИ ЗУБА МОЖЕТ БЫТЬ СХОДНА С КЛИНИКОЙ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

а) неврита
б) альвеолита
в) синусита

г) периостита
д) парадонтита

8.15. **АБСОЛЮТНЫМ ПОКАЗАНИЕМ К УДАЛЕНИЮ ТРЕТЬЕГО НИЖНЕГО МОЛЯРА ЯВЛЯЕТСЯ**
а) наличие фолликулярной кисты
б) перекоронит
в) пульпит во 2-м моляре
г) полуретенция зуба
д) стоматит

8.16. **ПЛАНОВОЕ УДАЛЕНИЕ РЕТЕНИРОВАННОГО КЛЫКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖНО ПРОВОДИТЬ**
а) в прединфарктном состоянии
б) по истечении 1-го месяца после инфаркта
в) по истечении 7-го месяца после инфаркта
г) по истечении 4-го месяца после инфаркта
д) через 4 месяца после инфаркта миокарда

8.17. **НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА В ЗУБНОМ РЯДУ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ В ПРОЦЕССЕ ПРОРЕЗЫВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**
а) дистопия
б) полуретенция
в) ретенция
г) дизостоз
д) анкилоз

8.18. **ПРИ РЕТЕНЦИИ ПРЕМОЛЯРОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРОЯВЛЯЕТСЯ**
а) явлениями синусита
б) бессимптомным течением
в) невралгией тройничного нерва
г) невритом тройничного нерва
д) явлениями остеомиелита

8.19. **РЕТЕНИРОВАННЫЕ ЗУБЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, РАСПОЛОЖЕННЫЕ ВБЛИЗИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА МОГУТ ВЫЗВАТЬ**
а) бруксизм
б) синусит
в) неврит тройничного нерва
г) деформацию нижней челюсти
д) артрит

8.20. **ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЗУБОВ ПО ПОВОДУ РЕТЕНЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) физиотерапевтический
б) ортопедический

в) лучевая терапия
г) хирургический
д) терапевтический

8.21. **СИЛЬНАЯ ПОСТОЯННАЯ БОЛЬ И ПРИПУХЛОСТЬ ДЕСНЫ В ОБЛАСТИ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА, ЗАТРУДНЕННОЕ ОТКРЫВАНИЕ РТА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**
а) острого периодонтита
б) острого катарального перикоронита
в) острого остеомиелита
г) острого гнойного перикоронита
д) полуретенции

8.22. **БОЛЬ ПРИ ЖЕВАНИИ В ОБЛАСТИ ПРОРЕЗЫВАЮЩЕГОСЯ ЗУБА МУДРОСТИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ, ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ ЛИМФАДЕНИТ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЧИНОЙ**
а) острого периодонтита
б) острого катарального перикоронита
в) острого остеомиелита
г) острого гнойного перикоронита
д) полуретенции

8.23. **ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ХИРУРГОМ-СТОМАТОЛОГОМ СОВМЕСТНО С ВРАЧОМ**
а) ортодонтом
б) невропатологом
в) терапевтом
г) ортопедом
д) отоларинголом

8.24. **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИКОРОНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**
а) полном обнажении коронковой части зуба
б) обнажении только жевательной поверхности зуба
в) обнажении только медиальных бугров
г) выскабливании патологических тканей
д) рассечении слизистого капюшона

8.25. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИКОРОНИТ ВЕРХНЕГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**
а) хроническим лимфаденитом
б) невритом III ветви тройничного нерва
в) хроническим пульпитом и периодонтитом
г) анкилозом ВНЧС
д) паротитом

8.26. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ВОКРУГ ЗУБА МУДРОСТИ,**

РАЗВИВАЮЩИЙСЯ ПРИ ЧАСТОМ ТРАВМИРОВАНИИ СЛИЗИСТОЙ И ПОВТОРНЫХ ОБОСТРЕНИЯХ НАЗЫВАЕТСЯ

а) острый катаральный перикоронит
б) позадимолярный периостит
в) дистопия зуба
г) полуретенция зуба
д) хронический перикоронит

8.27. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИКОРОНИТЕ, ПРОТЕКАЮЩЕМ ПО ТИПУ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПРОЦЕССА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ВИДНО, ЧТО ДЕСТРУКЦИЯ КОСТИ ПРОИСХОДИТ У**

а) верхушки корня зуба
б) у корня соседнего зуба
в) с дистальной поверхности корня зуба
г) с медиальной поверхности корня зуба
д) у коронки зуба, распространяясь вдоль корня

8.28. **ПОЗАДИМОЛЯРНЫЙ ПЕРИОСТИТ ВОЗНИКАЕТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ**

а) острого остеомиелита
б) острого синусита
в) острого катарального перикоронита
г) острого гнойного перикоронита
д) хронического пульпита

8.29**. ПЕРИКОРОНИТ И ПОЗАДИМОЛЯРНЫЙ ПЕРИОСТИТ ДИАГНОСТИРУЮТ НА ОСНОВАНИИ ХАРАКТЕРНОЙ**

а) клинической картины
б) рентгенологической картины
в) анамнеза жизни
г) клинической картины и рентгенологических данных
д) осмотра полости рта

8.30**. В СЛУЧАЕ РЕТЕНЦИИ, ДИСТОПИИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ПРИМЕНЯЮТ**

а) элеватор Волкова
б) щипцы изогнутые по плоскости
в) угловой элеватор
г) физиодеспенсор для выпиливания зуба
д) экскаватор

8.31**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА ПАРАЛЛЕЛЬНА ОСИ ВТОРОГО МОЛЯРА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) вертикальное
б) медиально-косое
в) язычное

г) дистально-косое
д) комбинированное

8.32**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА НАКЛОНЕНА К ОСИ ВТОРОГО МОЛЯРА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) дистально-косое
б) вертикальное
в) медиально-косое
г) язычное
д) комбинированное

8.33**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА НАКЛОНЕНА К ВЕТВИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) медиально-косое
б) комбинированное
в) дистально-косое
г) вертикальное
д) щечное

8.34**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА ПЕРПЕНДИКУЛЯРНА К ОСИ ВТОРОГО МОЛЯРА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) горизонтальное
б) медиально-косое
в) комбинированное
г) дистально-косое
д) вертикальное

8.35**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА ОТКЛОНЕНА В ЯЗЫЧНУЮ СТОРОНУ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) язычное
б) горизонтальное
в) медиально-косое
г) комбинированное
д) дистально-косое

8.36**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА ОТКЛОНЕНА В ЩЕЧНУЮ СТОРОНУ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) горизонтальное

б) медиально-косое
в) щечное
г) комбинированное
д) дистально-косое

8.37**. ПОЛОЖЕНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ И ЕГО ОСИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДИСТАЛЬНОМУ ОТДЕЛУ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И ЕЕ ВЕТВИ, ПРИ КОТОРОМ ОСЬ ЗУБА ОТКЛОНЕНА В РАЗНЫХ НАПРАВЛЕНИЯХ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) дистально-косое
б) горизонтальное
в) медиально-косое
г) щечное
д) комбинированное

8.38. **НЕВРИТ НИЖНЕГО ЛУНОЧКОВОГО НЕРВА ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ПРИ УДАЛЕНИИ НЕПРАВИЛЬНО ПРОРЕЗАВШИХСЯ**

а) клыков
б) резцов
в) премоляров
г) моляров
д) резцов и моляров

8.39. **НАЗОВИТЕ ВОЗМОЖНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

а) периостит
б) синусит
в) паротит
г) отрыв бугра верхней челюсти
д) невралгия тройничного нерва

<u>Выберите несколько правильных ответов</u>

8.40. **СМЕЩЕНИЕ ЗУБА В ЗУБНОМ РЯДУ МОЖЕТ ПРОИСХОДИТЬ ПО СЛЕДУЮЩИМ НАПРАВЛЕНИЯМ**

а) медиально
б) дистально
в) вокруг продольной оси
г) ниже других зубов
д) выше других зубов

8.41. **ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ ОСЛОЖНЯЕТСЯ ОБРАЗОВАНИЕМ**

а) пародонтальной кисты
б) кариесом зуба
в) пульпитом зуба
г) периодонтитом зуба

д) эрозией эмали зуба

8.42. **ПРИ ПЕРИКОРОНИТЕ, ПОЗАДИМОЛЯРНОМ ПЕРИОСТИТЕ ГНОЙНЫЙ ПРОЦЕСС ИЗ ПОЗАДИМОЛЯРНОЙ ОБЛАСТИ РАСПРОСТРАНЯЕТСЯ НА СОСЕДНИЕ КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА**

а) к нижнему своду преддверия рта
б) в щечную область
в) внутрь и кзади в окологлоточное пространство
г) внутрь и кпереди в подъязычную область
д) в подвисочную область

8.43. **ПОЗАДИМОЛЯРНЫЙ ПЕРИОСТИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

а) абсцесса крыловидно-челюстного пространства
б) абсцесса подъязычного пространства
в) абсцесса жевательной мышцы
г) хронического артрита ВНЧС
д) хронического перикоронита

8.44. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИКОРОНИТ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОТ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

а) хронического пульпита
б) хронического периодонтита
в) невралгии тройничного нерва
г) остеомиелита челюсти
д) стоматита

8.45. **ПРИ УДАЛЕНИИ ВЕРХНИХ ПОЛУРЕТЕНИРОВАННЫХ ПРЕМОЛЯРОВ, ВО ВРЕМЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА БЫВАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

а) повреждение подглазничного нерва
б) периостит
в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
г) отлом бугра верхней челюсти
д) паралич лицевого нерва

8.46. **ПРИ УДАЛЕНИИ РЕТЕНИРОВАННОГО ТРЕТЬЕГО МОЛЯРА НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ВОЗМОЖНЫ СЛЕДУЮЩИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

а) перелом челюсти
б) периостит
в) остеомиелит
г) альвеолит лунки
д) стоматит

8.47**. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ УДАЛЕНИЯ РЕТЕНИРОВАННОГО ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ**

а) обострение хронического перикоронита

б) острый катаральный перикоронит
в) недостаток места в зубном ряду
г) аномалии размера челюсти
д) хронический перикоронит

8.48. **ПРИ РЕТЕНЦИИ И ДИСТОПИИ ЗУБ МОЖЕТ ПОДЛЕЖАТЬ УДАЛЕНИЮ ЕСЛИ ОН**
а) оказывает компрессию на зубной ряд
б) причиной развития воспалительных процессов
в) является причиной скученности зубов
г) является причиной развития фолликулярной кисты
д) усугубляет пародонтологическую ситуацию

8.49. **ЗАТРУДНЕННОЕ ПРОРЕЗЫВАНИЕ ЗУБА МУДРОСТИ МОЖЕТ ЯВЛЯТЬСЯ ПРИЧИНОЙ СЛЕДУЮЩИХ ОСЛОЖНЕНИЙ**
а) периостит
б) остеомиелит
в) флегмона
г) гингивит
д) перикоронит

8.50. **ПРИЧИНАМИ ЗАТРУДНЕННОГО ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ СЧИТАЮТ**
а) толстый и компактный слой кости
б) отсутствие предшественника в виде молочного зуба
в) недостаток места в челюсти
г) толстая слизистая оболочка
д) наличие сопутствующей патологии

Тема 9. Хронический периодонтит.

Выберите 1 правильный ответ

9.1. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**
а) острая травма зуба
б) проникновение инфекции через пульпу зуба
в) хроническая травма зуба
г) ятрогенное повреждение периодонта медикаментозными веществами
д) аномалия прикуса

9.2. **ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВЕРХУШЕЧНОГО ПЕРИОДОНТИТА МОЖЕТ БЫТЬ**
а) гипертрофия маргинальной десны
б) периостит
в) рак нижней челюсти
г) гематома по переходной складке в области «причинного» зуба

д) пародонтальный абсцесс

9.3. **ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНО НЕЗНАЧИТЕЛЬНОЕ РАСШИРЕНИЕ ПЕРИОДОНТАЛЬНОЙ ЩЕЛИ И ОТСУТСТВИЕ ИЗМЕНЕНИЙ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ**

а) хронического фиброзного
б) острого серозного
в) хронического гранулирующего
г) хронического гранулематозного
д) обострения хронического гранулирующего

9.4. **ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ОКРУГЛОЙ ФОРМЫ С ЧЕТКИМИ ГРАНИЦАМИ**

а) хронического фиброзного
б) острого серозного
в) хронического гранулирующего
г) хронического гранулематозного
д) обострения хронического гранулирующего

9.5. **ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДОНТИТА ХАРАКТЕРНЫ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ВИДЕ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ В ВИДЕ ЯЗЫКОВ ПЛАМЕНИ С НЕ ЧЕТКИМИ КОНТУРАМИ**

а) хронического фиброзного
б) острого серозного
в) хронического гранулирующего
г) хронического гранулематозного
д) обострения хронического гранулирующего

9.6. **ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРООДОНТОМЕТРИИ ПРИ ОСТРОМ ПЕРИОДОНТИТЕ СООТВЕТСТВУЕТ**

а) 10-20 мА
б) 40-60 мА
в) 80-100 мА
г) 60-80 мА
д) 2-8 мА

9.7. **ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ПЕРИОДОНТИТА СВОЙСТВЕННО НАЛИЧИЕ СВИЩЕВОГО ХОДА С ГНОЙНЫМ ОТДЕЛЯЕМЫМ**

а) хронического фиброзного
б) острого серозного
в) хронического гранулирующего
г) хронического гранулематозного
д) обострения хронического гранулематозного

9.8. **НАИБОЛЕЕ АКТИВНОЙ ФОРМОЙ ХРОНИЧЕСКОГО**

ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЕТСЯ

а) гранулирующий
б) гранулематозный
в) фиброзный
г) диффузный
д) ограниченный

9.9. **ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ**

а) проникновения инфекции через апикальное отверстие
б) хронической травмы
в) проникновения инфекции через десневой карман
г) при внедрении аутоинфекции, находящейся в полости рта
д) в следствие аллергической реакции периодонта на лекарства

9.10. **НАЛИЧИЕ МИГРИРУЮЩИХ ГРАНУЛЕМ СВОЙСТВЕННО ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

а) обострения хронического периодонтита
б) фиброзного периодонтита
в) гранулематозного периодонтита
г) гранулирующего периодонтита
д) хронического генерализованного периодонтита

9.11. **НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ В ДИАГНОСТИКЕ ПОДКОЖНОЙ ГРАНУЛЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) рентгенография зубов
б) наличие соединительно-тканного тяжа с внутрикостным очагом деструкции
в) ЭОД «причинного» зуба
г) цитологическое исследование свищевого содержимого
д) пальпация

9.12. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГРАНУЛИРУЮЩЕМ ПЕРИОДОНТИТЕ НА RG-грамме ОЧАГ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ У ВЕРХУШКИ КОРНЯ ИМЕЕТ**

а) нечеткие контуры
б) четкие контуры
в) расширение периодонтальной щели
г) вид не измененного периодонта
д) округлую форму

9.13. **ПРИ КАКОЙ ФОРМЕ ПЕРИОДОНТИТА ВОЗМОЖНО ОБРАЗОВАНИЕ УЗУР В КОМПАКТНОЙ ПЛАСТИНКЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА**

а) фиброзной
б) гранулематозной
в) гранулирующей
г) острой серозной

д) острой гнойной

9.14. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ БОЛЬ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ ВО ВРЕМЯ**

а) пережевывания пищи
б) приема горячей пищи
в) обострения процесса
г) горизонтального положения тела
д) приема холодной пищи

9.15. **ПОДСЛИЗИСТАЯ ОДОНТОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОГРАНИЧЕННЫЙ ПЛОТНЫЙ ОЧАГ, РАСПОЛОЖЕННЫЙ В**

а) в внутрислизистой ткани переходной складки
б) в подслизистой ткани переходной складки
в) внутримышечно
г) поднадкостнично
д) внутрикожно

9.16. **ПОДКОЖНАЯ ГРАНУЛЕМА, ИСХОДЯЩАЯ ОТ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ**

а) в области угла рта
б) в области щеки
в) в области верхней губы
г) у крыла носа
д) у наружного угла глаза

9.17. **ОДОНТОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА, ПРОИСХОДЯЩАЯ ОТ ВЕРХНИХ ПРЕМОЛЯРОВ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ**

а) в области угла рта
б) в области щеки
в) в области верхней губы
г) в скуловой области
д) у наружного угла глаза

9.18. **ОДОНТОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА, ПРОИСХОДЯЩАЯ ОТ НИЖНИХ РЕЗЦОВ, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) щечной
б) поднижнечелюстной
в) верхней губы
г) подбородка
д) нижней губы

9.19. **ОДОНТОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА, ПРОИСХОДЯЩАЯ ОТ НИЖНИХ ПРЕМОЛЯРОВ И МОЛЯРОВ, ЛОКАЛИЗУЕТСЯ**

а) в щечной области
б) в поднижнечелюстных областях
в) в тканях дна полости рта

г) в подбодбородочной области
д) в области нижней губы

9.20. **РАЗМЕРЫ ОДОНТОГЕННЫХ ГРАНУЛЕМ ОБЫЧНО НЕ ПРЕВЫШАЮТ**
а) 1,0-1,5 см
б) 0,5-1 см
в) 0,5 см
г) 2,0 см
д) 1,5 см

9.21. **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ ПЕРИОДОНТИТ**
а) верхушечный
б) аллергический
в) медикаментозный
г) гранулирующий
д) фиброзный

9.22. **КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ВОЗМОЖНА В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ**
а) у верхушки переднего щечного корня 1.6 зуба
б) у верхушек обоих корней 4.6 зуба
в) в области фуркации 3.6 зуба
г) в области верхушки корня 3.1 зуба
д) в области верхушки корня 3.6

9.23. **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ ПЕРИОДОНТИТ**
а) травматический
б) аллергический
в) маргинальный
г) гранулирующий
д) гранулематозный

9.24. **УДАЛЕНИЕ КОРНЯ ВМЕСТЕ С ПРИЛЕЖАЩЕЙ КОРОНКОВОЙ ЧАСТЬЮ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**
а) ампутация
б) реплантация
в) гемисекция
г) имплантация
д) резекция

9.25. **ОТСЕЧЕНИЕ КОРНЯ ОТ МЕСТА ЕГО ОТХОЖДЕНИЯ, НО БЕЗ УДАЛЕНИЯ КОРОНКОВОЙ ЧАСТИ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**
а) ампутация
б) реплантация
в) гемисекция

г) имплантация
д) коронарнорадикулярная сепарация

9.26. **ГЕМИСЕКЦИЯ ЗУБА ПРОВОДИТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ**
а) гранулирующего очага у корня 1.1 зуба
б) гранулемы у щечного и небного корня 2.7 зуба
в) гранулирующего очага у дистального корня 3.6 зуба
г) гранулемы у корня 1.5 зуба
д) гранулемы в области фуркации 3.6 зуба

9.27. **ПРИ КАКОЙ ЗУБОСОХРАНЯЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ОТСЛАИВАЮТ ТРАПЕЦИЕВИДНЫЙ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНЫЙ ЛОСКУТ**
а) реплантации зуба
б) коронарорадикулярной сепарации
в) гемисекции
г) резекции верхушки корня
д) ампутации корня

9.28. **ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗУБА ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ГРАНУЛИРУЮЩЕГО ПЕРИОДОНТИТА, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ ПОДСЛИЗИСТОЙ ГРАНУЛЕМОЙ НЕОБХОДИМО**
а) сделать внутрислизистую инъекцию противоотечного препарата
б) ввести в лунку остеоинтегрирующий препарат
в) провести рассечение тяжа с эктомией грануляционной ткани
г) провести УВЧ-терапию
д) провести периостотомию

9.29. **КОРОНАРОРАДИКУЛЯРНАЯ СЕПАРАЦИЯ ПРОВОДИТСЯ В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОЧАГА ДЕСТРУКЦИИ В ОБЛАСТИ**
а) верхушки переднего щечного корня 1-го моляра верхней челюсти
б) верхушек обоих корней 1-го нижнего моляра
в) фуркации 1-го нижнего моляра
г) фуркации и апекса 1-го нижнего моляра
д) апекса 1-го верхнего моляра

9.30. **НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННАЯ ЗУБОСОХРАНЯЮЩАЯ ОПЕРАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ФОРМ ПЕРИОДОНТИТА ЭТО**
а) реплантация зуба
б) резекция верхушки корня
в) гемисекция
г) отсроченная ремплантация
д) девитальная ремплантация

9.31. **МАРГИНАЛЬНЫЙ, ИЛИ КРАЕВОЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ВСЛЕДСТВИЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ЧЕРЕЗ**

а) корневой канал
б) десневой карман
в) коронку зуба
г) отверстие в области верхушки зуба
д) от соседнего зуба

9.32. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ**
а) стафилококков
б) микроаэрофильных стрептококков
в) пневмококков
г) актиномицетов
д) лучистых грибов

9.33. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОДОНТИТ РАЗВИВАЕТСЯ ПОД ДЕЙСТВИЕМ РЕЗИДЕНТНОЙ МИКРОФЛОРЫ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ**
а) пептострептококков, актиномицетов
б) пневмококков
в) стрептококков
г) стафилококков
д) лучистых грибов

9.34. **НЕПОЛНОЦЕННОЕ ПЛОМБИРОВАНИЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ВСЛЕДСТВИЕ НАЛИЧИЯ АНАТОМИЧЕСКОГО ПРЕПЯТСТВИЯ (ИЗГИБ, СУЖЕНИЕ, ДЕНТИКЛИ, ОБОЛИТЕРАЦИЯ КАНАЛА) ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ**
а) имплантации зуба
б) резекции верхушки корня
в) отсроченной ремплантации
г) коронарорадикулярной сепарации
д) удалении зуба

9.35. **НАЛИЧИЕ ГЛУБОКИХ КОСТНЫХ КАРМАНОВ (БОЛЕЕ ½ - ¾ ДЛИННЫ КОРНЯ) В ОБЛАСТИ ОДНОГО ИЗ КОРНЕЙ МНОГОКОРНЕВОГО ЗУБА ЯВЛЯЕТСЯ ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ**
а) реплантации зуба
б) резекции верхушки корня
в) гемисекции
г) отсроченной ремплантации
д) девитальной ремплантации

9.36. **НА ПЕРВЫХ И ВТОРЫХ МОЛЯРАХ НИЖНЕЙ И ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДЯТ ЗУБОСОХРОНЯЮЩУЮ ОПЕРАЦИЮ**
а) ампутацию корня
б) резекцию верхушки корня
в) гемисекцию зуба
г) коронарорадикулярную сепарацию
д) девитальную ремплантацию

9.37. **ВНЕДРЕНИЕ УДАЛЕННОГО ЗУБА В АЛЬВЕОЛУ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) реплантация зуба
б) резекция верхушки корня
в) гемисекция
г) отсроченная ремплантация
д) девитальная ремплантация

9.38. **ПЕРЕСАДКА ЗУБА С СОХРАНЕННОЙ ПУЛЬПОЙ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) витальная реплантация
б) резекция верхушка корня
в) гемисекция
г) отсроченная ремплантация
д) девитальная ремплантация

9.39. **ПЕРЕСАДКА ЗУБА В ДРУГУЮ АЛЬВЕОЛУ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аутотрансплантация
б) ампутация
в) гемисекция
г) витальная ремплантация
д) аллотрансплантация

Выберите несколько правильных ответов

9.40. **ПОКАЗАНИЯМИ К РЕЗЕКЦИИ ВЕРХУШКИ КОРНЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

а) отлом стрежневого инструмента в канале
б) перелом корня в области верхушки корня
в) перфорация в области верхушки корня
г) полноценно запломбированный канал корня
д) острый остеомиелит челюсти

9.41. **К ХИРУРГИЧЕСКИМ ЗУБОСОХРАНЯЮЩИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ**

а) ампутация корня
б) гемисекция корня
в) ремплантация зуба
г) коронарорадикулярная сепарация
д) удаление зуба

9.42. **К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ**

а) отсроченная имплантация зуба
б) немедленная имплантация зуба
в) ремплантация зуба
г) коронарорадикулярная сепарация
д) секвестрэктомия

9.43. **К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПЕРИОДОНТИТА ОТНОСЯТСЯ**

а) удаление зуба
б) резекция верхушки корня
в) гемисекция корня
г) ампутация корня
д) периостотомия

9.44. **ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА РАЗЛИЧАЮТ ПЕРИОДОНТИТ**

а) верхушечный
б) маргинальный
в) медикаментозный
г) гранулирующий
д) фиброзный

9.45. **ОДОНТОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА, ПРОИСХОДЯЩАЯ ОТ ВЕРХНИХ ПРЕМОЛЯРОВ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЯХ**

а) в области угла рта
б) в области щеки
в) в подглазничной области
г) в скуловой области
д) у наружного угла глаза

9.46. **ПОДКОЖНАЯ ГРАНУЛЕМА, ИСХОДЯЩАЯ ОТ ФРОНТАЛЬНОЙ ГРУППЫ ЗУБОВ ВЕРНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ РАСПОЛАГАТЬСЯ В СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЯХ**

а) у внутреннего угла глаза
б) в подглазничной области
в) в области верхней губы
г) у крыла носа
д) у наружного угла глаза

9.47. **ОКАЗАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОДОНТИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ**

а) проведение послабляющего разреза
б) обеспечение полноценного оттока по каналу зуба
в) пломбирование корневого канала
г) раскрытие полости зуба
д) резекцию верхушки корня

9.48. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА ПРОВОДЯТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) острым пульпитом
б) острым гнойным периоститом

в) острым остеомиелитом
г) поверхностным кариесом
д) фиброматозным эпулисом

9.49**. К ХРОНИЧЕСКОМУ ПЕРИОДОНТИТУ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ**
а) гнойный
б) гранулематозный
в) фиброзный
г) гранулирующий
д) серозный

9.50 **ПЕРЕЧИСЛИТЕ СИМПТОМЫ ОСТРОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА**
а) боль при перкуссии
б) болезненность по переходной складке в области «причинного» зуба
в) ощущение «выросшего», удлинённого причинного зуба
г) гипертрофия маргинальной десны
д) подвижность зуба II степени

Тема 10. Корневая (радикулярная) киста.

Выберите 1 правильный ответ

10.1. **В РЕЗУЛЬТАТЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ РАЗВИВАЕТСЯ**
а) первичная киста
б) корневая киста
в) киста прорезывания
г) амелобластома
д) десневая киста

10.2. **КИСТА, В ОСНОВЕ РАЗВИТИЯ КОТОРОЙ ЛЕЖИТ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ПЕРИАПИКАЛЬНЫХ ТКАНЯХ НАЗЫВАЕТСЯ**
а) кератокиста
б) радикулярная киста
в) зубосодержащая киста
г) назоальвеолярная киста
д) киста резцового канала

10.3. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) порок развития одонтогенного эпителия
б) воспалительный процесс в периапикальных тканях
в) аутоинфекция

г) изолированный перелом альвеолярного отростка
д) отсутствие предшественника в виде молочного зуба

10.4. **КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) гематома
б) боль при открывании рта
в) нарушение глотания
г) плотное обызвествленное образование
д) безболезненное выбухание участка челюсти

10.5. **ПРИ РЕЗКОМ ИСТОНЧЕНИИ КОСТНОЙ ТКАНИ НАД РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТОЙ ПАЛЬПАТОРНО ОПРЕДЕЛЯЮТ ТАК НАЗЫВАЕМЫЙ ПЕРГАМЕНТНЫЙ ХРУСТ – СИМПТОМ**

а) Гетчинсона
б) Херинга
в) Трела
г) Венсана
д) Дюпюитрена

10.6. **ДЛЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ХАРАКТЕРНА ДЕСТРУКЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ**

а) в виде «тающего» сахара
б) с нечеткими границами в области образования
в) в виде нескольких полостей с четкими контурами
г) округлой формы с четкими границами
д) в виде участков уплотнения и разряжения

10.7. **ПУНКТАТ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВНЕ ВОСПАЛЕНИЯ ИМЕЕТ ВИД**

а) творожистой массы грязно-белого цвета
б) прозрачной жидкости
в) вязкой жидкости с фибринозными включениями
г) мутной жидкости
д) опалесцирующей жидкости с кристаллами холестерина

10.8. **ВНУТРЕННИЙ И НАРУЖНЫЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННЫЙ СЛОЙ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ВЫСТЛАН**

а) плотной волокнистой соединительной тканью
б) грануляционной тканью
в) фиброзной тканью
г) ороговевающим многослойным плоским эпителием
д) неороговевающим многослойным плоским эпителием

10.9. **ЛОКАЛИЗАЦИЯ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ В ОБЛАСТИ ПРЕМОЛЯРОВ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ**

а) гингивита

б) одонтогенного синусита
в) острого сиалоаденита
г) острого ринита
д) хронического периодонтита

10.10. **КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ КОРНЕВЫХ КИСТ ПРИ НАГНОЕНИИ МОЖЕТ НАПОМИНАТЬ КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ**
а) острого синусита
б) острого одонтогенного остеомиелита
в) острого сиалоаденита
г) хронического периостита
д) обострения хронического периодонтита

10.11. **КОРНЕВАЯ КИСТА, ДОСТИГАЮЩАЯ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ИСТОНЧАЕТ ОСНОВАНИЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ И МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К**
а) образованию валика Гербера
б) патологическому перелому
в) атрофии альвеолярного отростка
г) конвергенции коронок зубов
д) острому одонтогенному остеомиелиту

10.12. **ДИАГНОСТИКУ КОРНЕВОЙ КИСТЫ ПРОВОДЯТ ОБЫЧНО НА ОСНОВАНИИ**
а) жалоб пациента
б) клинико-рентгенологической картины
в) цитологического исследования
г) гистологического исследования
д) ультразвукового исследования

10.13. **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ РАДИКУЛЯРНАЯ КИСТА МОЖНО УСТАНОВИТЬ ТОЛЬКО ПОСЛЕ**
а) цитологического исследования
б) гистологического исследования
в) лучевой диагностики
г) лабораторных исследований
д) электроодонтодиагностики

10.14. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) цитологическое исследование
б) гистологическое исследование
в) лучевая диагностика
г) серологическое исследование
д) электроодонтодиагностика

10.15. **РАДИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

а) одонтомой
б) зубосодержащей кистой
в) репаративной гранулемой
г) остеомиелитом
д) цементомой

10.16. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕБОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) цистотомия
б) частичная резекция челюсти
в) цистэктомия
г) половинная резекция челюсти
д) склерозирование

10.17. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ БОЛЬШОГО РАЗМЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) цистэктомия
б) половинная резекция челюсти
в) склерозирование
г) цистотомия
д) частичная резекция челюсти

10.18. **ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ОПЕРАТИВНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ СЧИТАЕТСЯ**

а) Ю.И. Бернадский
б) Т.Г. Робустова
в) А.И. Евдокимов
г) К. Партч
д) Г. Дюпюитрен

10.19. **ОПЕРАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПРОВОДЯТ ПОЛНОЕ УДАЛЕНИЕ ОБОЛОЧКИ КИСТЫ С ПОСЛЕДУЮЩИМ УШИВАНИЕМ РАНЫ НАГЛУХО НАЗЫВАЕТСЯ**

а) цистотомия
б) двухэтапная операция кисты
в) ороназальная цистэктомия
г) цистэктомия
д) пластическая цистэктомия

10.20. **ОПЕРАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПРОВОДЯТ ИССЕЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ КИСТЫ И СОЗДАЮТ СООБЩЕНИЕ ПОЛОСТИ КИСТЫ С ПОЛОСТЬЮ РТА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) ороназальная цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистотомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистэктомия

10.21. **ОПЕРАЦИЯ ПРИ КОТОРОЙ ПОЛНОСТЬЮ УДАЛЯЮТ ОБОЛОЧКУ КИСТЫ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННУЮ РАНУ ТАМПОНИРУЮТ ЙОДОФОРМНЫМ ТАМПОНОМ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистотомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистэктомия

10.22. **ОПЕРАЦИЯ ПРИ КОТОРОЙ СОЧЕТАЮТ ЦИСТОТОМИЮ И ЦИСТЭКТОМИЮ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) ороназальная цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) радикальная синусотомия

10.23. **ОПЕРАЦИЯ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ КИСТАХ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, В ПОЛОСТЬ КОТОРОЙ ПРОЕЦИРУЕТСЯ БОЛЕЕ ТРЕХ КОРНЕЙ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.24. **ОПЕРАЦИЯ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ КИСТАХ НЕ БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ, ПОЛНОСТЬЮ ОКРУЖЕННЫХ КОСТНОЙ ТКАНЬЮ, В ПОЛОСТЬ КОТОРОЙ ПРОЕЦИРУЕТСЯ НЕ БОЛЕЕ ТРЕХ КОРНЕЙ ЗУБОВ, НАЗЫВАЕТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.25. **ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) прорастание кисты в полость носа
б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
в) небольшие размеры (до 3-х корней зубов в полости)
г) большие размеры (более 3-х корней зубов в полости)
д) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти

10.26. **ДВУХЭТАПНАЯ ОПЕРАЦИЯ КИСТЫ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ**

а) разрушает костное дно полости носа
б) прорастает в верхнечелюстную пазуху

в) располагается в области премоляров
г) располагается в области бугра
д) прорастает в полость носа

10.27. **ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ЦИСТЭКТОМИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) деструкция наружной кортикальной пластинки челюсти кисты
б) прорастание кисты в верхнечелюстную пазуху
в) прорастание кисты в полость носа
г) одиночная киста с одним корнем в полости
д) большие размеры (более 3-х зубов в полости)

10.28. **ДВУХЭТАПНАЯ ЦИСТОТОМИЯ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ, КОГДА КИСТА БОЛЬШИХ РАЗМЕРОВ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) моляров
б) тела и ветви челюсти
в) мыщелкового отростка
г) клыков
д) премоляров

10.29. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) киста, в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
б) киста, в полость которой проецируется более 3-х корней зубов
в) киста верхней челюсти с разрушением костного дна пазухи
г) киста верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа
д) обширные кисты нижней челюсти с истончением основания челюсти

10.30. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА**

а) в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
б) в полость которой проецируется более 3-х корней зубов
в) как следствие порока развития одонтогенного эпителия
г) верхней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и сохранением костных стенок
д) киста нижней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и достаточной толщиной основания челюсти

10.31. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА**

а) обширные кисты нижней челюсти с истончением основания челюсти
б) в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
в) как следствие порока развития одонтогенного эпителия
г) верхней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и сохранением костных стенок
д) киста нижней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и достаточной толщиной основания челюсти

10.32. **В СЛУЧАЕ ПРОНИКНОВЕНИЯ КОРНЕВОЙ КИСТЫ В ПОЛОСТЬ НОСА ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.33. **ПРИ КОРНЕВЫХ КИСТАХ, ПРОНИКАЮЩИХ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ПРОВОДИТСЯ ОПЕРАЦИЯ**

а) двухэтапная операция кисты
б) цистотомия
в) гайморотомия
г) пластическая цистэктомия
д) цистэктомия

10.34. **ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ В ОБЛАСТИ «ПРИЧИННОГО» ЗУБА ПРОВОДЯТ**

а) выскабливание зубодесневого кармана
б) резекцию верхушки корня
в) пломбирование канала
г) ампутацию корня
д) эндодентальный электрофорез

10.35. **ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ДЛЯ ПЛОМБИРОВАНИЯ ПРИЧИННОГО ЗУБА ЛУЧШЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ**

а) колосепт
б) гуттаперчу
в) эндометазон
г) цементы
д) метапекс

10.36. **ОПЕРАЦИЯ, КОТОРАЯ ПРОВОДИТСЯ ПРИ БОЛЬШИХ КИСТАХ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ОТСУТСТВИЕМ ЗУБОВ В ЕЕ ЗОНЕ И СОХРАНЕНИЕМ КОСТНЫХ СТЕНОК НАЗЫВАЕТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.37. **С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ, УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОЧНОСТИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, УСКОРЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, ОБРАЗУЮЩУЮСЯ ПОЛОСТЬ ЗАПОЛНЯЮТ МАТЕРИАЛОМ**

а) «Остеоматрикс»

б) «Прорут»
в) «Йодоформ»
г) «Кальмецин»
д) «Триоксидент»

Выберите несколько правильных ответов

10.38. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ КИСТА**

а) в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
б) в полость которой проецируется более 3-х корней зубов
в) как следствие порока развития одонтогенного эпителия
г) верхней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и сохранением костных стенок
д) киста нижней челюсти с отсутствием зубов в ее зоне и достаточной толщиной основания челюсти

10.39. **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАЦИИ ЦИСТОТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) киста, в полость которой проецируется не более 3-х корней зубов
б) киста, в полость которой проецируется более 3-х корней зубов
в) киста верхней челюсти с разрушением костного дна пазухи
г) киста верхней челюсти с разрушением костного дна полости носа
д) обширные кисты нижней челюсти с истончением основания челюсти

10.40. **С ЦЕЛЬЮ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ, УВЕЛИЧЕНИЯ ПРОЧНОСТИ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ, УСКОРЕНИЯ ПРОЦЕССОВ ОСТЕОРЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ, ОБРАЗУЮЩИЕСЯ ПОЛОСТИ ЗАПОЛНЯЮТСЯ МАТЕРИАЛАМИ**

а) «Коллапол»
б) «КоллапАн-Л»
в) «Остеоматрикс»
г) «Bio-Oss»
д) «Триоксидент»

10.41. **ПРИ ОПЕРАЦИИ ЦИСТЭКТОМИИ ФОРМА РАЗРЕЗА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ МОЖЕТ БЫТЬ**

а) прямая
б) дугообразная
в) прямоугольная
г) вертикальная
д) трапециевидная

10.42. **КАКИЕ ХИРУГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРЕДЛОЖИЛ К.ПАРТЧ В 1892 и 1910 гг.**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия

в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.43. **К ОПЕРАТИВНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ОТНОСЯТСЯ**

а) пластическая цистэктомия
б) гайморотомия
в) цистэктомия
г) двухэтапная операция кисты
д) цистотомия

10.44. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ И ПЛАНИРОВАНИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ ПРИМЕНЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ**

а) ортопатомография
б) микрофокусная рентгенография
в) радиовизиография
г) конусно-лучевая компьютерная томография
д) ультразвуковое исследование

10.45. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ В ОПРЕДЕЛЕННОЙ СТЕПЕНИ ОБУСЛОВЛЕНА**

а) локализацией
б) анатомическим строением
в) клиническим проявлением течения кисты
г) жалобами пациента
д) жизнеспособностью пульпы причинных зубов

10.46. **ДИАГНОСТИКА РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ**

а) серологических исследований
б) клинических данных
в) лучевой диагностики
г) цитологического исследования
д) лабораторных данных

10.47. **ДИАГНОЗ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ**

а) анамнеза
б) клинических данных
в) лучевой диагностики
г) электроодонтодиагностики
д) ультразвукового исследования

10.48. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ РАДИКУЛЯРНЫХ КИСТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) зубосодержащей кистой
б) амелобластомой
в) кератокистой
г) хроническим гранулематозным периодонтитом
д) цементомой

10.49. **РАДИКУЛЯРНУЮ КИСТУ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**
а) одонтомой
б) зубосодержащей кистой
в) репаративной гранулемой
г) хроническим гранулематозным периодонтитом
д) цементомой

10.50. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАДИКУЛЯРНОЙ КИСТЫ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЮТСЯ**
а) медленный рост
б) бессимптомное течение
в) нарушение глотания
г) плотное обызвествленное образование
д) безболезненное выбухание участка челюсти

Тема 11. Одонтогенный периостит челюстей.

Выберите 1 правильный ответ

11.1. **ОСТРОЕ ГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАДКОСТНИЦЫ АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ, ТЕЛА НИЖНЕЙ И АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЗЫВАЕТСЯ**
а) острый периодонтит
б) острый гнойный периостит
в) острый пульпит
г) острый остеомиелит
д) острый синусит

11.2. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО НАДКОСТНИЦА ПОРАЖАЕТСЯ С**
а) с язычной стороны
б) с вестибулярной стороны
в) со стороны неба
г) со стороны щеки
д) со стороны преддверия рта

11.3. **С КАКОЙ СТОРОНЫ ЧЕЛЮСТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ НАДКОСТНИЦА АЛЬВЕОЛЯРНЫХ ОТРОСТКОВ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ**
а) с небной

б) с вестибулярной
в) со стороны подъязычной складки
г) с нескольких сторон одновременно
д) с язычной

11.4. **НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЮТСЯ**
а) премоляры и клыки
б) большие коренные зубы
в) резцы
г) клыки
д) премоляры

11.5. **НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ ОТ**
а) зубов мудрости
б) первых больших коренных зубов
в) резцов
г) клыков
д) премоляров

11.6. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**
а) заболеваний пародонта
б) острого или обострения хронического периодонтита
в) при одонтомах
г) травматического удаления зуба
д) затрудненное прорезывание зуба

11.7. **ПРИЧИНОЙ ОСТРЫХ ГНОЙНЫХ ПЕРИОСТИТОВ ЯВЛЯЕТСЯ СМЕШАННАЯ МИКРОФЛОРА, СОСТОЯЩУЮ ИЗ АНАЭРОБНЫХ И АЭРОБНЫХ БАКТЕРИЙ В СООТНОШЕНИИ**
а) 75%-25%
б) 50%-50%
в) 25%-75%
г) 40%-60%
д) 30%-70%

11.8. **САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ЧЕРЕЗ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ В ПОЛОСТЬ РТА ПРОИСХОДИТ НА**
а) 2-3 сутки
б) 1 сутки
в) через неделю
г) 5-6 сутки
д) 10 сутки

11.9. **ПРИ ОСТРОМ СЕРОЗНОМ ПЕРИОСТИТЕ БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ УСИЛИВАЮТСЯ**

а) при тепловых процедурах
б) при охлаждении
в) как при тепловых процедурах, так и при охлаждении
г) не зависят от нагрева или охлаждения
д) при пережевывании пищи

11.10. **ПРИ ОСТРОМ ОГРАНИЧЕННОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА**

а) без изменений
б) средней тяжести, температура тела 38,5-39,0 С°
в) удовлетворительное, температура тела 37,5-38,0С°
г) легкого дискомфорта
д) тяжелое

11.11. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ОТЛИЧАЕТСЯ РАЗНООБРАЗИЕМ И ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ЗАВИСИТ ОТ**

а) типа воспалительной реакции
б) объема поражения
в) локализации и протяженности воспалительного процесса
г) лабораторных показателей
д) сопутствующей патологии

11.12. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТЕЧНОСТЬ**

а) мягких тканей лица
б) верхней губы
в) верхней губы, крыльев и дна носа
г) верхнего века
д) подглазничной области

11.13. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТЕЧНОСТЬ**

а) мягких тканей лица
б) верхней и нижней губы
в) крыльев и дна носа
г) подглазничной области
д) верхней губы, боковой поверхности носа, нижнего века

11.14. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО КЛЫКА И МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отек тканей щечной, скуловой областей, нижнего века
б) отечность мягких тканей лица
в) отечность щечной и подглазничной области
г) отек нижнего и верхнего века
д) отечность скуловой области

11.15. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ БОЛЬШИХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отек тканей щечной, скуловой областей, нижнего века
б) незначительная отечность щечной области
в) отечность мягких тканей лица
г) отек подглазничной области
д) отек тканей щечной, скуловой, околоушной областей

11.16. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ БУГРА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отек подвисочной области
б) отечность околоушно-жевательной области
в) незначительная отечность щечной области
г) отек тканей щечной и височной областей
д) отек тканей скуловой области

11.17. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ РЕЗЦОВ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отечность нижней губы, подбородочной области
б) отек поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей
в) отек нижней губы
г) отечность в поднижнечелюстном треугольнике
д) отек подбородка

11.18. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ КЛЫКОВ И ПРЕМОЛЯРОВ ОТМЕЧАЕТСЯ**

а) коллатеральный отек нижнего отдела щечной области, угла рта
б) отечность нижней губы, подбородочной области
в) отек поднижнечелюстной области
г) отек околоушно-жевательной области
д) отечность подбородочной области

11.19. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ С ВЕСТИБУЛЯРНОЙ СТОРОНЫ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ МОЛЯРОВ ОТМЕЧАЕТСЯ**

а) отек нижнего отдела щечной области, угла рта
б) отек щечной области
в) отек поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей
г) отек поднижнечелюстной
д) отечность околоушной области

11.20. **ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ЗОНЫ ВОСПАЛЕНИЯ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ОТМЕЧАТЬСЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ КОНТРАКТУРА**

а) I степени
б) I-II степени

в) II-III степени
г) III степени
д) II степени

11.21. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ГИПЕРЕМИЯ И СГЛАЖЕННОСТЬ ПЕРЕХОДНОЙ СКЛАДКИ НАБЛЮДАЮТСЯ НА ПРОТЯЖЕНИИ**

а) 3-5 зубов
б) 2-3 зубов
в) 2 зубов
г) причинного зуба
д) 3 зубов

11.22. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С ЯЗЫЧНОЙ СТОРОНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отсутствие клинических проявлений
б) сухость слизистой оболочки
в) боль при глотании и разговоре
г) выраженный отек языка
д) сглаженность челюстно-язычной бороздки

11.23. **ПРИ ПЕРИОСТИТЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ КЛЫКОВ И РЕЗЦОВ С НЕБНОЙ СТОРОНЫ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) отек верхней губы
б) отек щеки
в) отек подглазничной области
г) отсутствие клинических проявлений со стороны лица
д) отек крыльев носа

11.24. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИ ЛАБОРАТОРНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ НАБЛЮДАЕТСЯ**

а) лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ в норме или незначительно повышена
б) лейкоцитоз, резкий подъем СОЭ
в) лабораторные показатели в норме
г) незначительное повышение СОЭ
д) лейкоцитоз, высокое СОЭ

11.25. **ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА НА АЛЬВЕОЛЯРНОМ ОТРОСТКЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ С НЕБНОЙ СТОРОНЫ ФОРМИРУЕТСЯ**

а) фиброматозный эпулис
б) подслизистая гранулема
в) воспалительный инфильтрат
г) небный абсцесс
д) челюстная киста

11.26. **ПРИ ГИПОЕРГИЧЕСКОМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ КЛИНИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ**

а) ярко выражены
б) не выражены
в) умеренно выражены
г) слабо выражены
д) сильно выражены

11.27. **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА НАЧИНАЮТ С**

а) вскрытия абсцесса
б) назначения физиотерапии
в) консервативного лечения
г) выявления и устранения причины заболевания
д) противовоспалительных блокад

11.28. **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПЕРИОСТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) комплексном лечении
б) оперативном лечении
в) лекарственной терапии
г) антибиотикотерапии
д) физиотерапевтическом лечении

11.29. **ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА РАЗРЕЗ ПРОВОДЯТ**

а) продольно над центром инфильтрата
б) отступя от десневого края на 1-2 см через всю толщу инфильтрата
в) ниже инфильтрата на 2 см
г) выше инфильтрата на 2 см
д) крестообразный разрез над центром

11.30. **ПРИ ВСКРЫТИИ ПОДНАДКОСТНИЧНОГО АБСЦЕССА ОБЫЧНО РАЗРЕЗ ПРОВОДЯТ В ОБЛАСТИ**

а) двух зубов
б) не менее трех зубов
в) пяти зубов
г) причинного зуба
д) не более двух зубов

11.31. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИЧИННЫЙ ЗУБ**

а) удаляется
б) не удаляется
в) сохраняют однокорневые зубы с хорошо проходимыми каналами
г) сохраняют многокорневые зубы на верхней челюсти
д) сохраняют многокорневые зубы на нижней челюсти

11.32. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ТЕПЛОВЫЕ ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕДУРЫ**

а) противопоказаны
б) показаны на 7 сутки
в) показаны на 10 сутки
г) показаны на 2-3 день
д) показаны на 5 сутки

11.33. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИ ПРАВИЛЬНОМ И СВОЕВРЕМЕННОМ ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЯВЛЕНИЯ ИДУТ НА УБЫЛЬ**

а) через 2-3 дня
б) через неделю
в) через 10 дней
г) через 2 недели
д) на 5-7 сутки

11.34. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) острым и обострением хронического периодонтита
б) острым синуситом
в) острым артритом
г) острым лимфаденитом
д) острым сиалоаденитом

11.35. **НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) кровотечение
б) неврит
в) остеомиелит
г) прогрессирование воспалительного процесса
д) невралгия

11.36. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТИ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ**

а) на нижней челюсти
б) на верхней челюсти
в) одинаково на верхней и нижней челюстях
г) в области твердого неба
д) в области клыков и резцов верхней челюсти

11.37. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОСТИТЕ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

а) плотное безболезненное утолщение челюсти в вестибулярную сторону
б) флюктуация
в) рыхлый отек
г) сглаженность переходной складки
д) выраженная гиперемия переходной складки

11.38. **ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОСТИТЕ ЧЕЛЮСТЕЙ**

КОНФИГУРАЦИЯ ЛИЦА

а) не изменена
б) изменена за счет воспалительного инфильтрата
в) может быть изменена за счет выбухания мягких тканей
г) изменена за счет отека мягких тканей
д) изменена за счет костных деформаций

Выберите несколько правильных ответов

11.39. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) хроническим парадонтитом
б) хроническим одонтогенным остеомиелитом
в) хроническим синуситом
г) нагноением радикулярных кист
д) хроническим артритом

11.40. **ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТЕЙ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) кровотечение
б) хронический периостит
в) флегмона
г) остеомиелит
д) абсцесс

11.41. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) острым периодонтитом
б) абсцессом челюстно-язычного желобка
в) со злокачественными опухолями
г) обострением хронического сиалодохита
д) острым лимфаденитом

11.42. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) острым и обострением хронического периодонтита
б) острым остеомиелитом
в) острым сиалоаденитом
г) нагноением радикулярных кист
д) острым лимфаденитом

11.43. **НЕБНЫЙ АБСЦЕСС СОПРОВОЖДАЕТСЯ РЕЗКОЙ БОЛЬЮ ЗА СЧЕТ**

а) отслоения надкостницы
б) расплавления надкостницы
в) нарушения кровотока
г) большого давления экссудата внутри абсцесса
д) лейкоцитарной инфильтрации

11.44. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ НИЖНИХ КЛЫКОВ И МАЛЫХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ ОТМЕЧАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ИЗМЕНЕНИЯ**

а) коллатеральный отек нижнего отдела щечной области
б) отек в области угла рта
в) отек в поднижнечелюстном треугольнике
г) отечность нижней губы
д) отек околоушно-жевательной области

11.45. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ БОЛЬШИХ КОРЕННЫХ ЗУБОВ НАБЛЮДАЮТСЯ ОТЕЧНОСТЬ СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЕЙ**

а) височной
б) подглазничной
в) щечной
г) скуловой
д) околоушной

11.46. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНЕГО КЛЫКА И ПРЕМОЛЯРОВ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТЕЧНОСТЬ СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЕЙ**

а) щечной
б) скуловой
в) нижнего века
г) подвисочной
д) верхнего века

11.47. **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ПЕРИОСТИТЕ В ОБЛАСТИ ВЕРХНИХ РЕЗЦОВ МОЖЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ОТЕЧНОСТЬ СЛЕДУЮЩИХ ОБЛАСТЕЙ**

а) подглазничной области
б) верхнего века
в) верхней губы
г) боковой поверхности носа
д) нижнего века

11.48. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО ПЕРИОСТИТА ЧЕЛЮСТИ ОТЛИЧАЕТСЯ РАЗНООБРАЗИЕМ И ЗАВИСИТ ОТ**

а) типа воспалительной реакции
б) объема поражения
в) локализации воспалительного процесса
г) протяженности воспалительного процесса
д) сопутствующей патологии

11.49. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

а) обострении хронического верхнечелюстного синусита

б) обострении хронического периодонтита
в) нагноении радикулярных кист
г) воспалительного процесса в области полуретинированных зубов
д) хроническом периодонтите

11.50. **ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ СЛЕДУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**
а) остром сиалоадените
б) остром верхнечелюстном синусите
в) остром хроническом периодонтите
г) нагноении челюстных кист
д) нагноении амелобластоме

Тема 12. Одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи.

Выберите 1 правильный ответ

12.1. **У ВЗРОСЛЫХ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА ВЫСТЛАНА ЭПИТЕЛИЕМ**
а) плоским неороговевающим
б) плоским ороговевающим
в) многослойным мерцательным
г) цилиндрическим
д) кубическим

12.2. **ПРИ АНАЛИЗЕ РЕНТГЕНОГРАММЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СРАВНЕНИЕ ПНЕВМАТИЗАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ С**
а) лобными пазухами
б) решетчатым лабиринтом
в) орбитами
г) носовой полостью
д) костными структурами

12.3. **ПУНКЦИЮ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОВОДЯТ ЧЕРЕЗ**
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) через искусственное сообщение в полости рта
д) не проводится

12.4. **ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ОТЛИЧИТЕЛЬНЫХ СИМПТОМОВ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) проявление клинических симптомов с одной стороны
б) заложенность полости носа
в) неприятный запах изо рта
г) боли по ходу тройничного нерва

д) гнойное отделяемое из носа

12.5. **ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ХРОНИЧЕСКОМ СИНУСИТЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПОРАЖАЮТСЯ СТЕНКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

а) медиальная, передняя и верхняя
б) задняя, нижняя и верхняя
в) нижняя, передняя и наружная
г) задняя, передняя и верхняя
д) передняя и задняя

12.6 **ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО**

а) удалить причинный зуб
б) ликвидировать периапикальный воспалительный очаг
в) провести радикальную синусотомию
г) назначить сосудосуживающие средства
д) провести физиолечение

12.7 **ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ ОДОНТОГЕННОМ СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ**

а) пункцию верхнечелюстной пазухи
б) удаление причинного зуба
в) удаление причинного зуба, пункцию верхнечелюстной пазухи
г) гайморотомию
д) антибиотикотерапию

12.8 **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) удалении причинного зуба
б) пункции гайморовой пазухи
в) удалении причинного зуба, пункции пазухи с промыванием ферментами
г) гайморотомии
д) симптоматическом лечении

12.9 **ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ С**

а) острым пульпитом
б) раком верхнечелюстной пазухи
в) парадонтитом
г) фиброзной дисплазией
д) остеомиелитом

12.10 **ВОСПАЛЕНИЕ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ОТ ОЧАГА ИНФЕКЦИИ, НАХОДЯЩЕГОСЯ В ПОЛОСТИ РТА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) риногенный синусит
б) одонтогенный синусит

в) генерализованный пародонтит
г) фиброзная дисплазия
д) одонтогенный остеомиелит

12.11. **ДОСТУП В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ СИНУС ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ ПО КОЛДУЭЛЛ-ЛЮКУ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ**

а) со стороны полости носа
б) со стороны лунки зуба
в) со стороны твердого неба
г) через переднюю стенку верхнечелюстного синуса
д) через заднюю стенку верхнечелюстного синуса

12.12. **СРЕДНИЙ ОБЪЕМ ПАЗУХИ КОМБИНИРОВАННОГО ТИПА СОСТАВЛЯЕТ**

а) 9,0 см³
б) 2,8 см³
в) 18,6 см³
г) 12,1 см³
д) 7,5 см³

12.13. **СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАЦИИ РАДИКАЛЬНОЙ ГАЙМОРОТОМИИ УДАЛЯЮТ**

а) частично
б) полностью
в) в области носа
г) в области причинного зуба
д) только изменённую

12.14. **ИСТОЧНИКОМ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ МОЖЕТ БЫТЬ ИНФЕКЦИЯ СО СТОРОНЫ**

а) полости носа
б) резцов верхней челюсти
в) клыков верхней челюсти
г) премоляров и моляров верхней челюсти
д) моляров нижней челюсти

12.15. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) рентгенография придаточных пазух носа
б) ортопантомография
в) визиография
г) МРТ
д) ультразвуковое исследование

12.16. **ИСТИННОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) радикулярная
б) ретенционная
в) лимфангиэктатическая
г) резидуальная
д) поднадкостничная

12.17. **ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНАЯ ПАЗУХА СООБЩАЕТСЯ С ПОЛОСТЬЮ НОСА ЧЕРЕЗ**

а) верхний носовой ход
б) средний носовой ход
в) нижний носовой ход
г) основную пазуху
д) лобную пазуху

12.18. **ПУНКЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ У ВЗРОСЛЫХ ПРОВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ НОСОВОЙ ХОД**

а) нижний
б) средний
в) верхний
г) средний и нижний
д) верхний и нижний

12.19. **ЛОЖНОЙ КИСТОЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) радикулярная
б) ретенционная
в) лимфангиэктатическая
г) резидуальная
д) поднадкостничная

12.20. **НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОДОНТОГЕНИОМ СИНУСИТЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРОЕЦИРУЕТСЯ**

а) затемнение одной из верхнечелюстных пазух
б) полное или частичное затемнение обеих верхнечелюстных пазух
в) затемнение всех придаточных пазух носа
г) уровень жидкости в пораженной верхнечелюстной пазухе
д) уровень жидкости в обеих верхнечелюстных пазухах

12.21. **КАКОЕ КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

а) верографин
б) йодолипол
в) кардиотраст
г) уротраст
д) майодил

12.22. **ВЕРХНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) скуловой отросток верхней челюсти

12.23. **НИЖНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) скуловой отросток верхней челюсти

12.24. **НАРУЖНОЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) скуловой отросток верхней челюсти

12.25. **ВНУТРЕННЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) скуловой отросток верхней челюсти

12.26. **ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) передняя поверхность верхней челюсти

12.27. **ЗАДНЕЙ СТЕНКОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) альвеолярный отросток верхней челюсти
б) носовая поверхность верхней челюсти
в) подвисочная поверхность верхней челюсти
г) глазничная поверхность верхней челюсти
д) передняя поверхность верхней челюсти

12.28. **КРОВОСНАБЖЕНИЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

ОСУЩЕСТВЛЯЕТ АРТЕРИЯ

а) нижнечелюстная
б) подглазничная
в) средняя альвеолярная
г) передняя альвеолярная
д) большая небная артерия

12.29. **ИННЕРВАЦИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НЕРВОМ**

а) нижнечелюстным
б) подглазничным
в) средним альвеолярным
г) передним альвеолярным
д) верхнечелюстным

12.30. **МЕСТНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРФОРАЦИИ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) боль в зубах на пораженной стороне
б) боль в верхней челюсти с иррадиацией в затылок
в) заложенность носа с одной стороны
г) попадание жидкой пищи в полость носа во время приема пищи
д) выделения из соответствующей половины носа

12.31. **МЕСТНОЙ ЖАЛОБОЙ ПАЦИЕНТА ПРИ НАЛИЧИИ СВИЩА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) попадание жидкой пищи в нос
б) отсутствие обоняния
в) отсутствие осязания
г) чувство тяжести в области верхней челюсти
д) выделения из соответствующей половины носа

12.32. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ОБРАЗОВАНИЯ СВИЩЕВОГО ХОДА И ПОПАДАНИЯ ПИЩИ В ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНУЮ ПАЗУХУ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) перенесенное ОРВИ месяц назад
б) заложенность носа с одной стороны
в) заложенность носа с двух сторон
г) удаление зуба на нижней челюсти несколько дней назад
д) удаление зуба на верхней челюсти 3 недели назад

12.33 **ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ПЕРФОРАТИВНОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ С ОРОАНТРАЛЬНЫМ СВИЩЕВЫМ ХОДОМ ПРОВОДЯТ В**

а) районной поликлинике
б) челюстно-лицевом стационаре
в) отделении отоларингологии поликлиники
г) стоматологической поликлинике
д) клинико-диагностическом центре

12.34**.** **ТАКТИКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

а) ежедневное промывание верхнечелюстной пазухи фурацилином
б) радикальная гайморотомия с пластикой свищевого хода
в) иссечение свища
г) изготовление защитной пластинки
д) назначение физиотерапии до полного закрытия свища

12.35. **СВИЩЕВОЙ ХОД ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ - ЭТО СООБЩЕНИЕ ПОЛОСТИ НОСА С ПОЛОСТЬЮ РТА**

а) через лунку удаленного зуба, которое функционирует 1 день
б) через лунку удаленного зуба, которое функционирует 14 дней
в) возникшее в следствие гайморотомии
г) созданное во время синус-лифтинга
д) созданное через нижний носовой ход

12.36. **ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ ПРИ УДАЛЕНИИ**

а) верхних моляров
б) нижних моляров
в) всех зубов верхней челюсти
г) верхних резцов
д) верхних клыков

Выберите несколько правильных ответов

13.37. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ СВИЩЕВОГО ХОДА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) отек слизистой оболочки в области зубов от 2.8 до 2.1.
б) свищ области отсутствующего зуба 2.5 с небной стороны
в) лунка моляра не заполнена кровяным сгустком
г) свищ в области лунки удаленного 1.6 зуба
д) положительная ротоносовая проба

13.38. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ПЕРФОРАЦИИ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ПРИ УДАЛЕНИИ ЗУБА ЯВЛЯЮТСЯ**

а) кровотечение из лунки
б) кровотечение из носа
в) выделение крови из лунки с пузырьками воздуха
г) глубокое погружение инструмента в пазуху при ревизии лунки
д) положительная носоротовая проба

12.39. **ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЮТ ПРИ УДАЛЕНИИ**

а) верхних моляров
б) верхних премоляров
в) всех зубов верхней челюсти

г) верхних резцов
д) нижних моляров

12.40. **ПЕРФОРАЦИЯ ДНА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА ВОЗНИКАЕТ В РЕЗУЛЬТАТЕ СЛЕДУЮЩИХ ДЕЙСТВИЙ**

а) грубой техники удаления зубов
б) низкого расположения дна пазухи по к верхушкам корней зубов
в) деструктивного процесса в периодонте верхних моляров
г) несвоевременного лечения синусита
д) вредных привычек

12.41. **ПЕРЕЧИСЛИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

а) постоянные боли
б) ихорозный запах отделяемого из носа
в) сукровичное отделяемое
г) наличие причинного зуба
д) носовые кровотечения

12.42. **АНАТОМИЧЕСКИ РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ТИПЫ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

а) пневматический
б) склеротический
в) комбинированный
г) фиброзный
д) деструктивный

12.43. **КАКИЕ ЭТАПЫ ВХОДЯТ В ОПЕРАЦИЮ РАДИКАЛЬНОЙ СИНУСОТОМИИ**

а) трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи
б) удаление полипозноизмененной слизистой оболочки
в) тампонада синуса йодоформным тампоном
г) удаление причинного зуба
д) наложение швов

12.44. **ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) пансинусит
б) периостит
в) абсцесс или флегмона глазницы
г) тромбофлебит вен лица и синусов твёрдой мозговой оболочки
д) гемофильный менингит

12.45. **ПОЯВЛЕНИЕ ГНОЙНОГО ОТДЕЛЯЕМОГО С ПРИМЕСЬЮ ПУЗЫРЬКОВ ВОЗДУХА ИЗ ЛУНКИ УДАЛЕННОГО ЗУБА 2.6 МОЖЕТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О НАЛИЧИИ**

а) одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи
б) перфорации дна верхнечелюстной пазухи

в) нагноении радикулярной кисты
г) обострении хронического парадонтита
д) обострении хронического периодонтита

12.46. **ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ МОЖЕТ РАЗВИТЬСЯ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

а) хронического периодонтита зубов верхней челюсти
б) нагноения корневой кисты верхней челюсти
в) остеомиелита верхней челюсти
г) перикоронита зубов верхней челюсти
д) пульпита зубов верхней челюсти

12.47. **КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СЛЕДУЮЩИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

а) санацию полости рта
б) антибактериальную терапию
в) гайморотомию
г) симптоматическую терапию
д) физиолечение

12.48. **ХРОНИЧЕСКИЙ ОДОНТОГЕННЫЙ СИНУСИТ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ СЛЕДУЕТ ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) хроническим периодонтитом
б) злокачественным поражением верхнечелюстной пазухи
в) радикулярной кистой
г) перикоронитом
д) невралгией II ветви тройничного нерва

12.49. **КАКИЕ ПРОЦЕССЫ СПОСОБСТВУЮТ РАЗВИТИЮ ОДОНТОГЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ**

а) хронический периодонтит зуба
б) остеомиелит верхней челюсти
в) нагноение радикулярной кисты
г) перикоронит в области зубов 1.8, 2.8
д) острый пульпит

12.50. **ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО СИНУСИТА ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ**

а) тяжесть в области верхней челюсти
б) выделения из носа
в) затруднённое носовое дыхание на пораженной стороне
г) нарушение обоняния
д) стреляющие боли в области верхней челюсти длительностью 1-3 сек.

Тема 13. Одонтогенный остеомиелит челюстей.

Выберите 1 правильный ответ

13.1. **ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ – ЭТО ИНФЕКЦИОННЫЙ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС В**

а) костной ткани челюсти
б) мышечной ткани
в) мягких тканях
г) слизистой оболочке
д) нервной ткани

13.2. **ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) острый паротит
б) хронический периодонтит
в) острый лимфаденит
г) снижение реактивности организма
д) вредные привычки

13.3. **РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В РАЗВИТИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА В КОСТИ, ЕГО ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ ИМЕЕТ**

а) хронический паротит
б) специфические заболевания
в) наличие врожденной патологии
г) реактивность организма
д) вредные привычки

13.4. **ПРИЧИННЫЙ ЗУБ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ**

а) сохраняют
б) депульпируют
в) шинируют
г) удаляют
д) ремплантируют

13.5. **ПЕРВЫЕ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ УДАЕТСЯ УСТАНОВИТЬ НА**

а) 30-е сутки
б) 25-е сутки
в) 20-е сутки
г) 10-14-е сутки
д) 7-е сутки

13.6. **ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ИСПОЛЬЗУЮТ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ОСТЕОТРОПНЫМ ДЕЙСТВИЕМ**

а) нейромультивит
б) амидопирин
в) линкомицин
г) супрастин
д) меронем

13.7. **В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ**

а) ГБО-терапия
б) химиотерапия
в) рентгенотерапия
г) электрокоагуляция
д) лучевая терапия

13.8. **В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ВХОДИТ**

а) лучевая терапия
б) седативная терапия
в) мануальная терапия
г) физиотерапия
д) остеосинтез

13.9. **ПРИ ОСТРОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ПОДВИЖНЫЕ ИНТАКТНЫЕ ЗУБЫ ПОДЛЕЖАТ**

а) шинированию
б) удалению
в) депульпированию
г) ремплантации
д) избирательному пришлифовыванию

13.10. **ЦЕЛЬЮ ШИРОКОЙ ПЕРИОСТОТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ОДОНТОГЕННОМ ОСТЕОМИЕЛИТЕ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) эвакуации гноя
б) создание внутричелюстной декомпрессии
в) профилактика спонтанного перелома челюсти
г) снижение напряжения тканей в области воспалительного процесса
д) санации очагов инфекции

13.11. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ НАЗОВИТЕ ФОРМУ ХАРАКТЕРНУЮ ДЛЯ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ**

а) серозная
б) литическая
в) гнойная
г) острую

д) очаговую

13.12. **НАЗОВИТЕ ФОРМУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА В ПРЕДЕЛАХ ОДНОГО ЗУБА**

а) ограниченная
б) диффузная
в) гнойная
г) острая
д) очаговая

13.13. **НАЗОВИТЕ ФОРМУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ОТРОСТКА, ТЕЛА ЧЕЛЮСТИ НА ПРОТЯЖЕНИИ ТРЕХ-ЧЕТЫРЕХ ЗУБОВ**

а) ограниченная
б) диффузная
в) гнойная
г) острая
д) очаговая

13.14. **НАЗОВИТЕ ФОРМУ ХРОНИЧЕСКОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ, ДЛЯ КОТОРОЙ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОВИНЫ ИЛИ ВСЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

а) диффузная
б) гнойная
в) острая
г) очаговая
д) ограниченная

13.15. **ПРИ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТЕОМИЕЛИТА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛЬ В ПОЛОВИНЕ ЧЕЛЮСТИ**

а) слабую
б) умеренную
в) сильную, разламывающую
г) периодическую
д) приступообразную

13.16. **В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ БОЛЬНЫЕ ЖАЛУЮТСЯ НА БОЛЬ В ПОЛОВИНЕ ЧЕЛЮСТИ**

а) слабую
б) умеренную
в) сильную, разламывающую
г) периодическую
д) приступообразную

13.17. **В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ПРИ ГИПЕРЕРГИЧЕСКОМ ТИПЕ ТЕЧЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ РАСЦЕНИВАЕТСЯ КАК СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ ИЛИ ТЯЖЕЛОЕ, ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА ПОДНИМАЕТСЯ ДО**

а) 37,5°С
б) 38,0°С
в) 38,5°С
г) 36,5-37,0°С
д) 39,0-40,0°С

13.18. **ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА НА ВЕРХНЕЙ ИЛИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ В ОБЛАСТИ МОЛЯРОВ, МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К**

а) рубцовой контрактуре
б) отеку тканей
в) острому лимфадениту
г) симптому периостита с одной стороны
д) воспалительной контрактуре

13.19. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) муфтообразный отек челюсти
б) симптом периостита с одной стороны
в) умеренная боль в челюсти
г) тошнота, рвота
д) температура 37,5°С

13.20. **НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) воспалительная контрактура
б) интенсивную боль в половине челюсти
в) периодическая боль в челюсти
г) признаки интоксикации
д) тахикардия

13.21. **ПРИ ПРОДУКТИВНО-ДЕСТРУКТИВНОЙ (ГНЕЗДНОЙ ИЛИ РАРЕФИЦИРУЮЩЕЙ) ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО ОСТЕОМИЕЛИТА РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) деформацией челюсти
б) множеством мелких очагов разряжения
в) уплотнением костной ткани
г) изменением костного рисунка
д) наличием очага разряжения костной ткани больших размеров

13.22. **ПРИ ДЕСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ ХРОНИЧЕСКОГО**

ОСТЕОМИЕЛИТА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

а) наличием множества секвестральных полостей
б) выраженной периостальной гипертрофической реакцией
в) уплотнением надкостницы
г) изменением костного рисунка
д) очаг разряжения костной ткани больших размеров

13.23.**НАИБОЛЕЕ ЧАСТО АМБУЛАТОРНО ЛЕЧАТ**

а) очаговую форму острого остеомиелита челюсти
б) обострение хронического остеомиелита челюсти
в) острый остеомиелит верхней челюсти
г) острый остеомиелит нижней челюсти
д) ограниченный остеомиелит лунки зуба

13.24. **В ДИАГНОСТИКЕ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА, ПОМИМО ХАРАКТЕРНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ, БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОТВОДИТСЯ**

а) биохимическим исследованиям
б) лабораторным исследованиям
в) цитологическому исследованию
г) гистологическому исследованию
д) лучевой диагностике

13.25. **В ОСТРОЙ СТАДИИ ОДОНТОГЕННЫЙ ОСТЕОМИЕЛИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ СО СЛЕДУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ**

а) хроническим периодонтитом
б) острым пульпитом
в) острым периоститом
г) хроническим пародонтитом
д) гипертрофическим гингивитом

<u>Выберите несколько правильных ответов</u>

13.26. **В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФОРМЫ ОСТЕОМИЕЛИТА**

а) ограниченную
б) диффузную
в) хроническую
г) острую
д) очаговую

13.27. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ГНОЙНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ВНЕДРЕНИЕ ОДОНТОГЕННОЙ СМЕШАННОЙ МИКРОФЛОРЫ, КОТОРАЯ ПРЕДСТАВЛЕНА СЛЕДУЮЩИМИ БАКТЕРИЯМИ**

а) бактероиды
б) фузобактерии

в) пептострептококки
г) пептококки
д) лучистые грибы

Установите и выберите правильную связь

13.28. **ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТИ ХАРАКТЕРНО ПОВЫШЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 40ºС, потому что ПОЯВЛЯЮТСЯ СВИЩЕВЫЕ ХОДЫ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

13.29. **МЕСТНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ МУФТООБРАЗНЫЙ, ИНФИЛЬТРАТ, потому что ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ЛОКАЛИЗУЕТСЯ ПОДНАДКОСТНИЧНО И ТОЛЬКО С ОДНОЙ СТОРОНЫ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует

13.30. **ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОДОНТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА ОСНОВАНА НА СНИЖЕНИИ ФАКТОРОВ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ потому что ЭТО ПРИВОДИТ К РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ЧЕЛЮСТИ**

а) утверждение I верно, утверждение II неверно, связь отсутствует
б) утверждение I неверно, утверждение II неверно, связь отсутствует
в) утверждение I верно, утверждение II верно, связь отсутствует
г) утверждение I верно, утверждение I верно, связь существует
д) утверждение I неверно, утверждение II верно, связь отсутствует

Тема14. Заболевания ВНЧС.

Выберите 1 правильный ответ

14.1. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ВЫВИХОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) артрит ВНЧС
б) нижняя макрогнатия
в) снижение высоты прикуса
г) слабость суставной капсулы и связочного аппарата ВНЧС
д) анкилоз ВНЧС

14.2. **ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ**

а) средний
б) нижний
в) передний
г) верхний
д) комбинированный

14.3. **ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ**

а) задний
б) нижний
в) верхний
г) средний
д) комбинированный

14.4. **ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ**

а) средний
б) односторонний
в) реципрокный
г) двойной
д) комбинированный

14.5. **ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

а) слезотечение
б) снижение высоты прикуса
в) невозможность сомкнуть зубы
г) ограничение подвижности нижней челюсти
д) головокружение

14.6. **ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ВЫВИХЕ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) иммобилизации
б) резекции суставного бугорка
в) введении суставной головки в суставную впадину
г) прошивании суставной капсулы
д) госпитализация

14.7. **КАКОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

а) общее обезболивание
б) местное
в) нейролептанальгезия
г) стволовая анестезия
д) аппликационная

14.8. **ВПРАВЛЕНИЕ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОЛОЖЕНИИ БОЛЬНОГО**

а) лежа
б) сидя

в) стоя
г) не имеет значения
д) спиной к доктору

14.9. **БОЛЬШИЕ ПАЛЬЦЫ РУК ВРАЧА ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ УСТАНАВЛИВАЮТСЯ НА**

а) углы нижней челюсти
б) фронтальную группу зубов
в) моляры нижней челюсти справа и слева
г) моляры верхней челюсти слева и справа
д) в области подбородка

14.10. **ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ДАВЛЕНИЕ НА МОЛЯРЫ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В НАПРАВЛЕНИИ**

а) вниз и кпереди
б) вверх и кзади
в) вниз и кзади
г) вверх и кзади
д) в стороны

14.11. **ПРИ ВПРАВЛЕНИИ ВЫВИХА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАПРАВЛЕНИЕ ДВИЖЕНИЯ ПОДБОРОДКА ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПО ТРАЕКТОРИИ**

а) вверх
б) вниз
в) вниз и кзади
г) вверх и кзади
д) вверх и кпереди

14.12. **КОНТРАКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ БЫВАЕТ**

а) рубцовая
б) гнойная
в) специфическая
г) склерозирующая
д) фиброзная

14.13. **ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) актиномикоз
б) острая травма
в) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
г) околоушный гипергидроз
д) периодонтит моляров верхней челюсти

14.14. **ПРИЧИНОЙ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) ревматическая атака
б) острая травма

в) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
г) околоушный гипергидроз
д) отит

14.15. **ПРИЧИНОЙ ОСТРОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**
а) ревматическая атака
б) актиномикоз
в) околоушный гипергидроз
г) хроническая травма ВНЧС в результате изменения окклюзии
д) отит

14.16. **ПРИЧИНОЙ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**
а) ревматическая атака
б) околоушный гипергидроз
в) распространение инфекции из окружающих тканей
г) хроническая травма в результате изменения окклюзии
д) отит

14.17. **ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**
а) сифилис
б) ревматическая атака
в) околоушный гипергидроз
г) хроническая травма в результате изменения окклюзии
д) отит

14.18. **ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**
а) ревматическая атака
б) бруцеллез
в) околоушный гипергидроз
г) острая травма
д) перелом челюсти

14.19. **ДЛЯ НАЧАЛЬНОЙ СТАДИИ ОСТРОГО АРТРИТА ВНЧС ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ**
а) боль в области ВНЧС, ограничение открывания рта
б) боль в шейном отделе позвоночника, иррадиирующая в ВНЧС
в) боль в области ВНЧС, отсутствие ограничения открывания рта
г) щелчки при открывании закрывании рта
д) хруст при открывании рта

14.20. **ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**
а) переломом верхней челюсти
б) острым синуситом
в) переломом мыщелкового отростка нижней челюсти
г) кистой околоушной слюнной железы

д) остеоартрозом

14.21. **ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

а) острым гайморитом
б) переломом верхней челюсти
в) флегмоной поднижнечелюстной области
г) флегмоной околоушно-жевательной области
д) абсцессом челюстно-язычного желобка

14.22. **В КОМПЛЕКС МЕРОПРИЯТИЙ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ВХОДЯТ**

а) химиотерапии, иглорефлексотерапия
б) физиотерапия, нормализация окклюзии, разгрузка и покой ВНС
в) физиотерапия, остеотомия нижней челюсти, иммобилизация
г) физиотерапия, удаление мыщелкового отростка
д) хирургическое лечение

14.23. **ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) шум в ушах
б) нарушение глотания
в) выраженный болевой симптом
г) резкое ограничение подвижности нижней челюсти
д) нарушение артикуляции речи

14.24. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) артрит
б) опухоль околоушной слюнной железы
в) флегмона поднижнечелюстной области
г) невралгия лицевого нерва
д) периодонтит моляров верхней челюсти

14.25. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) опухоль околоушной слюнной железы
б) целлюлит околоушно-жевательной области
в) травма мыщелкового отростка нижней челюсти
г) перелом верхней челюсти
д) отит среднего уха

14.26. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) доброкачественная опухоль околоушной слюнной железы
б) остеомиелит нижней челюсти
в) целлюлит околоушно-жевательной области
г) острый синусит
д) периодонтит зуба верхней челюсти

14.27. **АНКИЛОЗ ВНЧС БЫВАЕТ**

а) гнойный
б) фиброзный
в) катаральный
г) атрофический
д) острый

14.28. **АНКИЛОЗ ВНЧС БЫВАЕТ**

а) костный
б) ангиоматозный
в) фиброматозный
г) риногенный
д) катаральный

14.29. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) смещение нижней челюсти в здоровую сторону
б) выраженный болевой симптом
в) ограничение подвижности в суставе, выраженное по утрам
г) щелчки при максимальном открывании рта
д) сухость полости рта

14.30. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) шум в ушах
б) выраженный болевой симптом
в) щелчки при максимальном открывании рта
г) смещение нижней челюсти в здоровую сторону
д) нарушение звукопроизношения

14.31. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ФИБРОЗНОГО АНКИЛОЗА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) гипертрофия жевательных мышц на больной стороне
б) выраженный болевой симптом
в) щелчки при максимальном открывании рта
г) гипертрофия жевательных мышц на здоровой стороне
д) гиперсаливация

14.32. **ВЕДУЩИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДВУСТОРОННЕГО КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) шум в ушах
б) выраженный болевой симптом
в) полное отсутствие движений нижней челюсти
г) ограничение подвижности в суставе, выраженное по утрам
д) щелчки при открывании рта

14.33. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ**

ДИАГНОСТИКЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ

а) электромиография
б) биохимия крови
в) компьютерная томография
г) аксиография
д) ортопатоморгафия

14.34. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) томография ВНЧС
б) электроодонтодиагностика
в) аудиометрия
г) сиалография
д) ангиография

14.35. **ВНЕШНИЙ ВИД БОЛЬНЫХ С ДВУСТОРОННИМ КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) нижней макрогнатией
б) верхней микрогнатией
в) верхней ретрогнатией
г) профилем «птичьего» лица

14.36. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) прерывистой суставной щелью
б) сплошным костным конгламератом
в) четко контурируемыми элементами суставных структур
г) фиброзными спайками в полости сустава

14.37. **ОСНОВНОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С КОСТНЫМ АНКИЛОЗОМ**

а) физиотерапия
б) хирургический
в) ортопедический
г) ортодонтический
д) терапевтический

14.38. **ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) редрессации
б) физиотерапии
в) создании ложного сустава
г) остеотомии нижней челюсти
д) резекции челюсти

14.39. **ЛЕЧЕНИЕ КОСТНОГО АНКИЛОЗА ВНЧС ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ**

а) редрессации
б) артропластики

в) остеотомии нижней челюсти
г) химиотерапии
д) физиотерапии

14.40. **ПРИ РАЗВИТИИ АНКИЛОЗА ВНЧС В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ ДЕФОРМАЦИЯ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ НАЧИНАЕТ ПРОЯВЛЯТЬСЯ**

а) через 6 месяцев от начала заболевания
б) через 1 год после начала заболевания
в) сразу после перенесенного заболевания
г) с началом интенсивного роста костей лица
д) в клинически выраженной стадии заболевания

14.41. **ВЕДУЩИМ СИМПТОМОМ ПРИ КОНТРАКТУРАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) верхняя макрогнатия
б) снижение высоты прикуса
в) ограничение подвижности нижней челюсти
г) ограничение подвижности нижней челюсти с отсутствием движений в ВНЧС
д) прямой прикус

14.42. **ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РУБЦОВЫХ КОНТРАКТУР НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) иссечении рубцов
б) рассечении рубцов
в) рассечении и иссечении рубцов с последующей пластикой операционных дефектов
г) создании ложного сустава
д) остеотомия нижней челюсти

14.43. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВНЧС ЭТО**

а) полиартрит
б) наличие костного конгломерата на томограмме ВНЧС
в) травма ВНЧС в анамнезе
г) выделение специфической микрофлоры
д) остеопороз

14.44. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ СИМПТОМОМ КЛИНИКИ АНКИЛОЗА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) снижение высоты прикуса
б) ослабление жевательных мышц
в) ограничение подвижности нижней челюсти в ВНЧС
г) веерообразное положение фронтальной группы зубов
д) прямой прикус

14.45. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРИЗНАК СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ПРИ**

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

а) наличие фиброзных спаек в полости ВНЧС
б) отсутствие морфологических изменений структур ВНЧС
в) уплотнение костных краев суставной поверхности
г) разрежение кортикальной пластинки мыщелкового отростка
д) наличие четко контурируемых элементов суставных структур

Выберите несколько правильных ответов

14.46. **КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ СИНДРОМА БОЛЕВОЙ ДИСФУНКЦИИ ВНЧС ЯВЛЯЮТСЯ**

а) девиация нижней челюсти
б) щелчки, шумы при открывании и закрывании рта
в) боль при движении нижней челюсти
г) понижение слуха
д) ограничение подвижности нижней челюсти с отсутствием движений в ВНЧС

14.47. **ПРИЧИНОЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО АРТРИТА ВНЧС ЯВЛЯЕТСЯ**

а) туберкулез
б) анкилоз
в) нейросенсорная тугоухость
г) сифилис
д) гнойный отит

14.48. **ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ БЫВАЕТ**

а) средний
б) задний
в) передний
г) верхний
д) комбинированный

14.49. **КОНТРАКТУРА ЖЕВАТЕЛЬНЫХ МЫШЦ БЫВАЕТ**

а) рубцовая
б) воспалительная
в) специфическая
г) склерозирующая
д) фиброзная

14.50. **ОСТРЫЙ АРТРИТ ВНЧС НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

а) острым отитом
б) хроническим артритом
в) переломом нижней челюсти
г) плеоморфной аденомой
д) костным анкилозом ВНЧС

Тема 15. Заболевания слюнных желез.

Выберите 1 правильный ответ

15.1 **К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ**

а) болезнь Шегрена
б) болезнь Микулича
в) эпидемический паротит
г) интерстициальный сиаладенит
д) паротит Герценберга

15.2 **ПОКАЗАНИЕМ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛАДЕНТИТАХ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) сильная боль
б) абсцедирование железы
в) множественные полости в железе
г) наличие гнойного отделяемого из протоков
д) расширение устья выводного протока

15.3. **ПЕРИОСТИТ ЧЕЛЮСТЕЙ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ С**

а) тризмом
б) переломом зуба
в) острым сиалодохитом
г) острым остеомиелитом
д) хроническим гайморитом

15.4. **ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛАДЕНИТА КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАММА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) расширением главного протока
б) сужением протоков всех порядков
в) множественными полостями в железе
г) ампульным расширением протоков II-III порядка
д) сужением устья протока

15.5. **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАРЕНХИМАТОЗНЫЙ СИАЛАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) расплавлением стромы
б) тотальным отеком паренхимы
в) образованием мелких гнойных полостей
г) разрастанием межуточной соединительной ткани
д) сужением всех протоков

15.6. **КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАММА ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОГО СИАЛАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) расширением главного протока
б) сужением протоков всех порядков

в) множественными полостями в железе
г) ампульным расширением протоков II-III порядка
д) расширением протоков всех порядков

15.7 **ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ СИАЛАДЕНИТАХ ПРОВОДИТСЯ**
а) при сильных болях
б) при множественных полостях в железе
в) при неэффективной консервативной терапии
г) при наличии гнойного отделяемого из протоков
д) при расширении протоков всех порядков

15.8 **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИАЛАДЕНИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ**
а) во вскрытии очага воспаления
б) в удалении пораженной железы
в) в снижении слюноотделения, снятии воспаления
г) в стимуляции слюноотделения, снятии воспаления
д) проведении контрастной сиалографии

15.9 **КОНТРАСТНАЯ СИАЛОГРАММА ПРИ СИАЛОДОХИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**
а) расширением главного протока
б) ампульным расширением протоков
в) сужением протоков всех порядков
г) множественными полостями в железе
д) сужением протоков всех порядков

15.10 **ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ ОСТРОГО СИАЛАДЕНИТА ИГРАЕТ**
а) острый стоматит
б) синдром Олбрайта
в) рефлекторная гипосаливация
г) рефлекторная гиперсаливация
д) симптом Венсана

15.11 **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОБОСТРЕНИЯ ПАРЕНХИМАТОЗНОГО СИАЛАДЕНИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**
а) незначительным уплотнением железы
б) болью, припухлостью железы, слюной с гноем
в) болью, припухлостью железы, гипосаливацией
г) болью, уменьшением железы, гиперсаливацией
д) ксеростомией

15.12 **К ХРОНИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ОТНОСИТСЯ**
а) болезнь Шегрена
б) болезнь Микулича
в) эпидемический паротит

г) паренхиматозный сиаладенит
д) синдром Олбрайта

15.13 **ХРОНИЧЕСКИЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНЫЙ СИАЛАДЕНИТ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) расплавлением стромы
б) тотальным отеком паренхимы
в) образованием мелких гнойных полостей
г) разрастанием межуточной соединительной ткани
д) расширением главного протока

15.14. **ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЮТСЯ СЛЮННЫЕ ЖЕЛЕЗЫ**

а) малые
б) околоушные
в) подъязычные
г) поднижнечелюстные
д) поднижнечелюстные и подъязычные

15.15. **ОБЩИМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЮТСЯ**

а) гастрит, цистит
б) остеомиелит, невралгия
в) дуоденит, илеит, проктит
г) орхит, панкреатит, менингит
д) парадонтит

15.16 **ВОЗБУДИТЕЛЕМ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) диплококк
б) стрептококк
в) стафилококк
г) фузобактерия
д) фильтрующийся вирус

15.17. **ЛЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПРОВЕДЕНИИ**

а) лучевой терапии
б) симптоматической терапии
в) бужирования протоков
г) контрастной сиалографии
д) хирургического лечения

15.18. **МЕСТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) менингит
б) невралгия
в) образование конкрементов
г) гнойное расплавление железы

д) флебит

15.19. **ПРИ ЭПИДЕМИЧЕСКОМ ПАРОТИТЕ ПОРАЖАЕТСЯ**

а) строма
б) паренхима
в) Вартанов проток
г) Стенонов проток
д) протоки всех порядков

15.20. **ФОРМА ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА, КОТОРАЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ ТЕМПЕРАТУРЫ ДО 39-40°С**

а) легкая
б) тяжелая
в) средней тяжести
г) стабильно тяжелая

15.21. **НЕЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОСЛОЖНЕНИЕМ**

а) гриппа
б) гипертонии
в) стенокардии
г) полиартрита

15.22 **ЧАЩЕ ВСЕГО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПАРОТИТОМ БОЛЕЮТ**

а) дети
б) взрослые
в) подростки
г) пожилые люди

15.23. **ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПРИ КОТОРОМ ПРОИСХОДИТ ВОСПАЛЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ЛЕЖАЩИХ В ТОЛЩЕ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗЫВАЕТСЯ ПАРОТИТ**

а) эпидемический
б) гриппозный
в) Герценберга
г) контактный
д) специфический

15.24 **ДЛИТЕЛЬНО СУЩЕСТВУЮЩИЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ОЧАГ ИНФЕКЦИИ, РАСПОЛОЖЕННЫЙ НЕПОСРЕДСТВЕННО РЯДОМ С ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗОЙ ПРИВОДИТ К**

а) эпидемическому паротиту
б) паренхиматозному сиалоадениту
в) контактному сиаладениту
г) сиалодохиту
д) ретенционной кисте

15.25. **ПРОНИКНОВЕНИЕ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ**

БАКТЕРИАЛЬНОМ СИАЛАДЕНИТЕ ПРОИСХОДИТ ПУТЕМ

а) стоматогенным
б) лимфогенным
в) контактным
г) гематогенным

15.26 **ВРЕМЯ ИЗОЛЯЦИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИСЧЕЗНОВЕНИЯ ВСЕХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА СОСТАВЛЯЕТ**

а) 7 дней
б) 10 дней
в) 14 дней
г) 21дней
д) 30 дней

15.27 **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА**

а) 1-2 дней
б) 7-8 дней
в) 15-19 дней
г) 30-40 дней
д) 50-60 дней

15.28 **ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛАДЕНИТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) боль в железе
б) гипосаливация
в) гиперсаливация
г) слюнная колика
д) воспаление устья протока

15.29 **ОСЛОЖНЕНИЕМ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛАДЕНИТА МОЖЕТ БЫТЬ**

а) невралгия
б) абсцедирование
в) синдром Олбрайта
г) рефлекторная гиперсаливация
д) нарушение минерального обмена

15.30 **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) физиотерапия
б) химиотерапия
в) гормонотерапия
г) аутогемотерапия
д) хирургическое вмешательство

15.31 **ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ**

ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) экстирпация железы
б) удаление конкремента
в) пластика выводного протока
г) рассечение Вартонова протока
д) футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи по верхнему варианту

15.32. **ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ КОКРЕМЕНТА В ВАРТОНОВОМ ПРОТОКЕ ВЫПОЛНЯЮТ ЛУЧЕВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

а) ортопантомограмму
б) рентгенограмму тела нижней челюсти
в) внутриротовую рентгенограмму дна полости рта
г) рентгенограмму поднижнечелюстной слюнной железы
д) томографию поднижнечелюстной слюнной железы

15.33 **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НАЛИЧИЯ КОНКРЕМЕНТА СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) цитологическое
б) гистологическое
в) радиоизотопное
г) лучевое
д) пальпация железы

15.34. **ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПОДНИЖНЕЧЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) экстирпация железы с конкрементом
б) удаление конкремента
в) пластика выводного протока
г) рассечение Стенонова протока
д) бужированние протока

15.35 **ВЕДУЩУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ КАЛЬКУЛЕЗНОГО СИАЛАДЕНТА ИГРАЕТ**

а) острый стоматит
б) синдром Олбрайта
в) рефлекторная гиперсаливация
г) снижение секреторной функции
д) нарушение минерального обмена

15.36. **ДЛЯ УДАЛЕНИЯ КАМНЕЙ ИЗ ВСЕХ ОТДЕЛОВ ОКОЛОУШНОГО ПРОТОКА И ВНУТРИЖЕЛЕЗИСТОГО ОТДЕЛА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО ПРОТОКА ПРИМЕНЯЮТ**

а) экстирпацию железы
б) метод литотрипсии
в) бужирование
г) рассечение выводного протока

15.37 **КОНКРЕМЕНТ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛЕГКО ПРОПАЛЬПИРОВАТЬ СО СТОРОНЫ ПОЛОСТИ РТА ПРИ ЕГО ЛОКАЛИЗАЦИИ В СЛЕДУЮЩЕМ ОТДЕЛЕ ВЫВОДНОГО ПРОТОКА**

а) подслизистом
б) щёчном
в) премассетериальном
г) массетериальном

15.38. **СТИМУЛИРУЕТ СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ**

а) атропин
б) пилокарпин
в) йодистый калий
г) хлоргексидин
д) хлористый кальций

15.39. **ОТСУТСТВИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ СЛЮНЫ ИЗ ПРОТОКА И УВЕЛИЧЕНИЕ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ ЕДЫ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

а) злокачественно опухоли слюнной железы
б) хронического сиаладенита
в) кисты слюнной железы
г) слюнно-каменной болезни
д) кисте слюнной железы

15.40. **НАЗОВИТЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРЕПАРАТ, ОБЛАДАЮЩИЙ ТРОПНОСТЬЮ К ЖЕЛЕЗИСТОЙ ТКАНИ**

а) хлористый калий
б) атропин
в) йодистый калий
г) хлоргексидин
д) пилокарпин

15.41. **НА КАКОЙ СРОК НАКЛАДЫВАЕТСЯ ДАВЯЩАЯ ПОВЯЗКА ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

а) на 1-2 дня
б) не менее 2-3 дней
в) не менее 3-4 дней
г) не менее 5-6 дней
д) на 1-2 недели

15.42. **ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА НАИБОЛЕЕ ТЯЖЕЛО ПРОТЕКАЕТ КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ СИАЛОАДЕНИТ**

а) в переднем отделе протока
б) в заднем отделе протока
в) в паренхиме железы
г) в среднем отделе протока

15.43. **ОТДАЛЕННЫМ МЕСТНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ**

УДАЛЕНИЯ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

а) слюнной свищ
б) неврит ментального нерва
в) парез мимической мускулатуры
г) аурикулотемпоральный синдром
д) парастезии

Выберите несколько правильных ответов

15.44. **ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ КАМНЯ ИЗ ПРОТОКА ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗНАЧАЮТ**

а) противовоспалительную терапию
б) слюногонную диету
в) курс бужирования протока
г) лучевую диагностику
д) дезинсекционную терапию

15.45. **ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ДЛЯ ОБРАЗОВАНИЯ СЛЮННЫХ КАМНЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) дискинезия и воспаление протоков
б) застой и ощелачивание слюны
в) увеличение вязкости слюны
г) попадание в протоки инородных тел
д) овощная диета

15.46. **СЛЮННО-КАМЕННУЮ БОЛЕЗНЬ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ**

а) хронического сиаладенита
б) лимфаденита
в) флегмоны поднижнечелюстной и околоушно-жевательной областей
г) рожистого воспаления
д) срединной кисты шеи

15.47. **К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПАРОТИТА ОТНОСЯТСЯ**

а) абсцесс и флегмона окологлоточного пространства
б) медиастинит
в) образование слюнных свищей
г) околоушной гипергидроз
д) ангина Людвига

15.48. **ДВУХСТОРОННЕЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ СИАЛАДЕНИТЕ**

а) эпидемическом
б) гриппозном
в) контактном
г) бактериальном
д) калькулезном

15.49. **ДЛЯ ЛИМФОГЕННОГО СИАЛАДЕНИТА ХАРАКТЕРНО**

а) наличие болезненного участка уплотнения околоушной слюнной железы
б) снижение функции слюнной железы
в) увеличение всей слюнной железы
г) боли в области воспаления
д) отсутствия слюноотделения

15.50. **ПРИЧИНАМИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СЛЮННО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) нехватка витамина А
б) повышение свертываемости крови
в) нарушение минерального обмена веществ
г) микробные инфекции в протоке или теле слюнной железы
д) веррукозная лейкоплакия

ТЕМА №16. Заболевания и поражения нервов лица и челюстей.

Выберите 1 правильный ответ

16.1. **ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) симптом Венсана
б) длительные парестезии
в) длительные ноющие боли
г) кратковременные парестезии
д) сильные кратковременные приступообразные боли

16.2. **ОСНОВНЫМ СИМПТОМОМ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) симптом Венсана
б) длительные парестезии
в) длительные ноющие боли
г) кратковременные парестезии
д) кратковременные приступообразные боли

16.3. **БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) нижней трети лица
б) средней трети лица
в) верхней трети лица
г) по всему лицу
д) затылочной области

16.4. **БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) нижней трети лица

б) средней трети лица
в) верхней трети лица
г) по всему лицу
д) затылочной области

16.5. **БОЛИ ПРИ НЕВРАЛГИИ III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА РАСПРОСТРАНЯЮТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) нижней трети лица
б) средней трети лица
в) верхней трети лица
г) по всему лицу
д) затылочной области

16.6. **ТРИГГЕРНЫМИ (КУРКОВЫМИ) ЗОНАМИ НАЗЫВАЮТСЯ УЧАСТКИ**

а) парестезии
б) гипестезии
в) гиперестезии
г) раздражения, провоцирующих приступ боли
д) анестезии

16.7. **ЧУВСТВИТЕЛЬНАЯ ИННЕРВАЦИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА В ОСНОВНОМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ОТ**

а) тройничного нерва
б) лицевого нерва
в) язычного нерва
г) подглазничного нерва
д) подбородочного нерва

16.8. **ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРИТА ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) физиотерапия
б) химиотерапия
в) хирургический
г) лучевая терапия

16.9. **КРАТКОВРЕМЕННЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ОТ СЛУЧАЙНЫХ РАЗДРАЖЕТЕЛЕЙ БЕЗ НАРУШЕНИЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ**

а) неврита тройничного нерва
б) невралгии тройничного нерва
в) дентальной плесалгии
г) паралича лицевого нерва
д) постгерпетической невралгии

16.10. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЕ ИНТЕНСИВНЫЕ БОЛИ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПРИ ДАВЛЕНИИ В ОБЛАСТИ ВЫХОДА НЕРВА**

ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ

а) неврита тройничного нерва
б) невралгии тройничного нерва
в) дентальной плесалгии
г) паралича лицевого нерва
д) постгерпетической невралгии

16.11. **БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НЕВРИТ ИЛИ НЕВРАЛГИЮ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬ У**

а) офтальмолога
б) терапевта
в) нейрохирурга
г) стоматоневролога
д) отоларинголога

16.12. **ПОД РАССТРОЙСТВОМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ, КОТОРОЕ ВЫРАЖАЕТСЯ В ПРИСТУПООБРАЗНЫХ БОЛЯХ В ЗОНЕ ИННЕРВАЦИИ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО НЕРВА ПОНИМАЮТ**

а) неврит
б) паралич
в) анестезию
г) невралгию
д) контрактуру

16.13. **БОЛЬНОЙ «ЗАМИРАЕТ» С ВЫРАЖЕНИЕМ СТРАХА И БОЛИ НА ЛИЦЕ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА**

а) стенокардии
б) неврита
в) невралгии
г) аритмии
д) истерии

16.14. **БОЛИ ВОЗНИКАЮЩИЕ СПОНТАННО ИЛИ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ КАКИХ-ЛИБО РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

а) гипертонии
б) неврита
в) невралгии
г) инфаркта миокарда
д) эпилепсии

16.15. **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА НАЧИНАЮТ С**

а) невротомии
б) трактотомии
в) блокад анестетиком
г) введения спирта
д) противосудорожных средств

16.16. **АЛКОГОЛИЗАЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРОВОДИТСЯ**

а) в курковую зону
б) параневрально
в) по типу инфильтрационной анестезии
г) интраневрально
д) по типу проводниковой анестезии

16.17. **АЛКОГОЛИЗАЦИЮ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ**

а) вместе с блокадами анестетиков
б) после безуспешной консервативной терапии
в) при первично диагностированном состоянии
г) до лечения противосудорожными препаратами

16.18. **АЛКОГОЛИЗАЦИЮ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ПРОВОДЯТ РАСТВОРОМ СПИРТА В КОНЦЕНТРАЦИИ**

а) 20%
б) 40%
в) 70%
г) 80%
д) 96%

16.19. **ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА I ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВЫХОДИТ ИЗ**

а) остистого отверстия
б) овального отверстия
в) затылочного отверстия
г) нижней глазничной щели
д) верхней глазничной щели

16.20. **ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА II ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВЫХОДИТ ИЗ ОТВЕРСТИЯ**

а) остистого
б) овального
в) круглого
г) нижней глазничной щели
д) верхней глазничной щели

16.21. **ИЗ ПОЛОСТИ ЧЕРЕПА III ВЕТВЬ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВЫХОДИТ ИЗ ОТВЕРСТИЯ**

а) остистого
б) овального
в) круглого
г) нижней глазничной щели
д) верхней глазничной щели

16.22. **МЕСТО ВЫХОДА НА КОЖЕ ЛИЦА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ**

ВОЛОКОН I ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ОБЛАСТИ

а) мыщелкового отростка
б) надглазничной вырезки
в) подглазничного отверстия
г) резцового канала
д) подбородочного отверстия

16.23. **МЕСТО ВЫХОДА НА КОЖЕ ЛИЦА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ВОЛОКОН II ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) мыщелкового отростка
б) надглазничной вырезки
в) подглазничного отверстия
г) резцового канала
д) подбородочного отверстия

16.24. **МЕСТО ВЫХОДА НА КОЖЕ ЛИЦА ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ВОЛОКОН III ВЕТВИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) мыщелкового отростка
б) надглазничной вырезки
в) подглазничного отверстия
г) резцового канала
д) подбородочного отверстия

16.25. **ХАРАКТЕРНЫЙ СИМПТОМ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА**

а) тахикардия
б) слезотечение
в) иррадиация болей
г) болезненность точек Вале
д) болезненность паравертебральных точек

16.26. **ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) невротомия
б) остеотомия
в) редрессация
г) синусотомия
д) цистотомия

16.27. **МЕСТО ВЫХОДА ВЕТВЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ИЗ КОСТНЫХ КАНАЛОВ В МЯГКИЕ ТКАНИ ЛИЦА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) триггерными зонами
б) курковыми зонами
в) точками Вале
г) гассеров узел

д) крылонебный узел

16.28. **КУРС ВИТАМИНОТЕРАПИИ ПРИ НЕВРАЛГИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА ВКЛЮЧАЕТ**

а) витамин А
б) витамин С
в) витамины группы В
г) витамин Д3

16.29. **БОЛЬШОЙ НЕБНЫЙ НЕРВ ВЫХОДИТ НА ТВЕРДОЕ НЕБО ЧЕРЕЗ**

а) овальное отверстие
б) круглое отверстие
в) большое небное отверстие
г) остистое отверстие
д) ментальное отверстие

16.30. **ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРОМ ВРОЖДЕННОГО ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) арахноидит
б) травма лицевого нерва вследствие удаления опухоли в зоне иннервации
в) рассеянный склероз
г) дефект ушных раковин с нарушением слуха
д) синдром Микулича

16.31. **ДИАГНОСТИКА ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОСНОВАНА НА**

а) электроодонтодиагностике
б) определении топографии поражения
в) рентгенологических признаках
г) проведении диагностической операции
д) цитологическом исследовании

16.32. **ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ**

а) консервативное
б) комплексное
в) хирургическое
г) физиотерапевтическое
д) симптоматическое

16.33. **ПРИ МНОЖЕСТВЕННОМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МОЖЕТ ПРОИЗОЙТИ ТРАВМА ВЕРХНЕГО ЗУБНОГО НЕРВНОГО СПЛЕТЕНИЯ И РАЗВИТСЯ**

а) невропатия I ветви тройничного нерва
б) невропатия III ветви тройничного нерва
в) невралгия I ветви тройничного нерва
г) дентальная плесалгия
д) невралгия II ветви тройничного нерва

16.34. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА МОЖЕТ БЫТЬ**

а) хронический пародонтит
б) хронический сиалоаденит
в) хронический синусит
г) операции в челюстно-лицевой области
д) хронический лимфаденит

16.35. **В РАЗВИТИИ НЕВРОПАТИИ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ ТРАВМА**

а) языка
б) мягкого неба
в) протока подъязычной слюнной железы
г) костей лицевого отдела черепа в ходе операции
д) слизистой оболочки дна полости рта

16.36. **БЛОКАДЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ АНЕСТЕТИКА ПРИ ПАРАЛИЧЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПРОВОДЯТСЯ В ОБЛАСТИ**

а) зоны иннервации лицевого нерва
б) зоны иннервации 2 ветви тройничного нерва
в) шилососцевидного отверстия
г) остистого отверстия
д) ментального отверстия

16.37. **ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ ПРИ ПАРАЛИЧЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) отсутствие восстановления чувствительности через 1 неделю
б) стойкий необратимый паралич мускулатуры
в) преходящий паралич мимической мускулатуры
г) любой паралич мимических мышц
д) отсутствие восстановления чувствительности через 10 дней

16.38. **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ МОГУТ БЫТЬ НЕЭФФЕКТИВНЫ ВСЛЕДСТВИИ**

а) полного пересечения нервных волокон
б) атрофии мимических мышц
в) атрофии нервных волокон
г) большой протяженности дефекта
д) малой протяженности дефекта

16.39. **РЕИННЕРВАЦИОННЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) миопластика
б) лоскутная операция
в) транспозиция нерва
г) френулоэктомия
д) цистотомия

16.40. **МИОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПОКАЗАНА ПРИ**

а) обширной зоне паралича
б) отсутствии эффекта нейропластики
в) поражении только одной ветви лицевого нерва
г) наличии достаточного кровоснабжения данной области
д) стойкой ремиссии

16.41. **В ЗОНУ ИННЕРВАЦИИ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ВХОДИТ**

а) мимические мышцы лица
б) вкусовая чувствительность передних двух третей языка
в) стременная мышца
г) теменная мышца
д) височная мышца

<u>Выберите несколько правильных ответов</u>

16.42**. К КОРРИГИРУЮЩИМ ОПЕРАЦИЯМ ПРИ ПАРАЛИЧЕ МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОТНОСЯТСЯ**

а) пластика лоскутом из височной мышцы
б) миопластика
в) резекция мимических мышц на здоровой стороне
г) миопластика жевательной мышцей
д) коронарнорадикулярная сепарация

16.43. **К РЕИННЕРВАЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОТНОСЯТСЯ**

а) замещение дефектов нервными вставками
б) трансплантация нерва
в) нейрорафия
г) цистэктомия
д) оперкулэктомия

16.44. **ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ПОКАЗАНЫ В СРОКИ**

а) сразу после проведения консервативной хирургии
б) через 1 год после паралича
в) при установлении стойкого необратимого паралича
г) через 5 лет после паралича

16.45. **ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ МАНИПУЛЯЦИИ**

а) гальванизация с салицилатами
б) иглорефлексотерапия
в) лечебная физкультура
г) электростимуляция
д) токи Фуко

16.46. **К КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ОТНОСЯТСЯ**

а) противовоспалительная терапия
б) гипосенсибилизирующая терапия
в) общеукрепляющая терапия
г) химиотерапия
д) антибактериальная терапия

16.47. **К СИМПТОМАМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТНОСЯТСЯ**

а) опущение угла рта
б) слюнотечение
в) нарушение чувствительности в заушной области
г) парестезия языка
д) нарушение речи

16.48. **В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ПРИЧИНЫ ПОРАЖЕНИЯ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА МОГУТ БЫТЬ**

а) инфекционными
б) инфекционно-аллергическими
в) травматическими
г) ишемическими
д) генетическими

16.49. **К СИМПТОМАМ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛИЦЕВОГО НЕРВА ОТНОСЯТСЯ**

а) сглаженность носогубной складки
б) опущение угла рта
в) нарушение вкусовой чувствительности
г) слюнотечение
д) ограничение подвижности нижней челюсти

16.50. **ЭТИОЛОГИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ ПАРАЛИЧА МИМИЧЕСКИХ МЫШЦ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) средний острый отит
б) арахноидит
в) травма лицевого нерва
г) хронический периодонтит
д) калькулезный сиалоаденит

Тема 17. Опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи.

Выберите 1 правильный ответ

17.01. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ**

ПИГМЕНТИРОВАННОГО НЕВУСА ПРОВОДЯТ С

а) меланомой
б) папилломой
в) гемангиомой
г) лейкоплакией
д) кератотической папилломой («кожный рог»)

17.02. **ПРИ УДАЛЕНИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА РАЗРЕЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ ОТСТУПИВ ОТ ГРАНИЦ ПЯТНА НА**

а) 3-4 мм
б) 2 см
в) 1 см
г) 2-3см
д) 3 см

17.03. **ХАРАКТЕРНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОГО ЭПУЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

а) на поверхности десны плотного, безболезненного разрастания розового цвета
б) мягко-эластичного разрастания, округлой формы на широком основании
в) плотноэластического, бугристого разрастания синюшно-бурого цвета
г) плотного округлого выбухания костной плотности

17.04. **СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ ЭПУЛИС БЫВАЕТ**

а) кавернозный
б) ангиоматозный
в) плоскоклеточный
г) инволюционный
д) гипертрофический

17.05. **ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОМАТОЗНОГО ЭПУЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) ликвидация травмирующего фактора
б) иссечение новообразования
в) удаление зубов находящихся вблизи образования
г) проведение криодеструкции
д) проведение шинирования зубов

17.06. **СРЕДИННЫЕ И БОКОВЫЕ КИСТЫ ПО СВОЕМУ ПРОИСХОЖДЕНИЮ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) врождёнными
б) одонтогенными
в) травматическими
г) воспалительными
д) риногенными

17.07. **ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ПРОВОДИТСЯ ИССЛЕДОВАНИЕ**

а) рентгенографическое
б) биохимическое
в) цитологическое
г) лабораторное
д) гистологическое

17.08. **СРЕДИННАЯ КИСТА ШЕИ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ**
а) по средней линии шеи
б) над щитовидным хрящом
в) в области ярёмной вырезки
г) в поднижнечелюстной области
д) околоушной области

17.09. **ПРИ ИССЕЧЕНИИ СРЕДИННОГО СВИЩА ШЕИ НЕОБХОДИМО РЕЗЕЦИРОВАТЬ**
а) проток подчелюстной слюнной железы
б) участок щитовидного хряща
в) участок подъязычной кости
г) участок черпаловидного хряща

17.10. **РАНУЛА-ЭТО**
а) киста подъязычной слюнной железы
б) киста подчелюстной слюнной железы
в) боковая киста шеи
г) срединная киста шеи
д) резидуальная киста

17.11. **МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ РЕТЕНЦИОННОЙ КИСТЫ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ**
а) цистотомия
б) цистэктомия
в) криодеструкция
г) физиотерапия
д) консервативная терапия

17.12. **НАЛИЧИЕ ОКРУГЛОГО ОБРАЗОВАНИЯ С ЧЁТКИМИ ГРАНИЦАМИ ПО СРЕДНЕЙ ЛИНИИ, НАД ЧЕЛЮСТНО-ПОДЪЯЗЫЧНОЙ МЫШЦЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КИСТЫ**
а) дермоидной
б) ретенционной
в) эпидермальной
г) радикулярной
д) срединной

17.13. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ КИСТЫ ПОДНИЖНЕЧЕЛЮСТНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДЯТ С**
а) липомой

б) тиреоглоссальной кистой
в) ретенционной кистой
г) ранулой
д) резидуальной кистой

17.14. **ПРИ УДАЛЕНИИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАЛЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ В ОБЛАСТИ НЁБА НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ**

а) энуклеацию
б) резекцию нёба
в) цистотомию
г) склерозирование
д) пластическую цистэктомию

17.15.**ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ КАВЕРНОЗНОЙ ГЕМАНГИОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) лучевая терапия
б) химиотерапия
в) лазерокоагуляция
г) склерозирующая терапия
д) физиотерапия

17.16. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ФОРМИРОВАНИЯ ПИОГЕННОЙ ГРАНУЛЁМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) врождённая патология
б) хроническая травма слизистой оболочки полости рта
в) хронический одонтогенный апикальный очаг воспаления
г) гнойно-воспалительные заболевания слизистой полости рта
д) афтозный стоматит

17.17. **ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ЛИПОМЫ НЕОБХОДИМО**

а) выполнить резекцию опухоли
б) вылущить опухоль из капсулы
в) удалить опухоль вместе с капсулой
г) удалить опухоль вместе с капсулой и подлежащими тканями
д) наблюдать динамически раз в год

17.18. **БОЛЕЗНЬ РЕКЛИНГХАУЗЕНА – ЭТО СИСТЕМНЫЙ**

а) гемангиоматоз
б) фиброматоз
в) липоматоз
г) нейрофиброматоз

17.19. **ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ КОСТИ С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ИСКЛЮЧИТЕЛЬНО В АЛЬВЕОЛЯРНОЙ ЧАСТИ ЧЕЛЮСТИ В ВИДЕ ОГРАНИЧЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ДЕСНЕ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) гемангиома
б) фиброма

в) центральная гигантоклеточная гранулема
г) периферическая гигантоклеточная гранулема
д) миксома

17.20. **ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ВИДЕ ОГРАНИЧЕННОГО ОБРАЗОВАНИЯ НА ДЕСНЕ БЕЗ ВОВЛЕЧЕНИЯ В ПРОЦЕСС КОСТНОЙ ТКАНИ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) папиллома
б) саркома
в) центральная гигантоклеточная гранулема
г) периферическая гигантоклеточная гранулема
д) миксома

17.21. **ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТИ, ЗАКЛЮЧАЮЩЕЕСЯ В ОЧАГОВОМ НАРУШЕНИИ КОСТЕОБРАЗОВАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) амелобластома
б) саркома
в) центральная гигантоклеточная гранулема
г) фиброзная дисплазия
д) меланома

17.22. **ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО БОЛЕЮТ**

а) женщины
б) мужчины
в) люди пожилого возраста
г) дети
д) люди среднего возраста

17.23. **РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА В ВИДЕ «МАТОВОГО СТЕКЛА», ГДЕ УЧАСТКИ ДЕСТРУКЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРЕДСТАВЛЕНЫ В ВИДЕ ЧЕРЕДОВАНИЯ МЕЛКИХ УЧАСТКОВ УПЛОТНЕНИЯ И РАЗРЯЖЕНИЯ, ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

а) амелобластомы
б) остеомы
в) цементомы
г) фиброзной дисплазии
д) саркомы

17.24. **ВПЕРВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ФИБРОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ БЫЛО ОПИСАНО РЕКЛИНГХАУЗЕНОМ (RECKLINGHAUSEN F.) В ГРУППЕ «ФИБРОЗНЫХ И ДЕФОРМИРУЮЩИХ ОСТЕИТОВ» В**

а) 1842г
б) 1971г
в) 1927г
г) 1891г
д) 1938г

17.25. **ДИАГНОСТИКА ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ОСНОВЫВАЕТСЯ НА ТИПИЧНОЙ КЛИНИКО-РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ, В СОМНИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ**

а) цитологическое исследование
б) гистологическое исследование
в) открытую биопсию
г) пункцию образования
д) отпечаток с образования

17.26. **ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ПОРАЖЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ИНТЕНСИВНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ ГИСТИОЦИТАРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ, ЛИМФОЦИТОВ, ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК И МНОГОЯДЕРНЫХ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК НАЗЫВАЕТСЯ**

а) гистиоцитоз «Х»
б) фиброзная дисплазия
в) центральная гигантоклеточная гранулема
г) папилома
д) фиброматозный эпулис

17.27. **ОПУХОЛЕПОДОБНОЕ ПОРАЖЕНИЕ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ИНТЕНСИВНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ ГИСТИОЦИТАРНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ЭОЗИНОФИЛЬНЫХ НЕЙТРОФИЛЬНЫХ ЛЕЙКОЦИТОВ, ЛИМФОЦИТОВ, ПЛАЗМАТИЧЕСКИХ КЛЕТОК И МНОГОЯДЕРНЫХ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК НАЗЫВАЕТСЯ**

а) «Коричневая опухоль»
б) болезнь Педжета
в) гемангиома
г) гемангиоэндотелиома
д) гистиоцитоз из клеток Лангерганса

17.28. **ГИСТИОЦИТОЗ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА ПРОЯВЛЯЕТСЯ У ЛИЦ ПОСЛЕ**

а) 40 лет
б) 20 лет
в) 14 лет
г) 70лет
д) 25-30-летнего возраста

17.29. **ТРИ ВИДА ПРОЯВЛЕНИЙ: ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА, ХРОНИЧЕСКИЙ КСАНТОМАТОЗ, ОСТРЫЙ РЕТИКУЛОГИСТОЦИТОЗ ОТНОСЯТСЯ К**

а) фиброзной дисплазии
б) гистиоцитозу из клеток Лангерганса
в) заболеваниям ВНЧС
г) болезни Педжета

д) заболеваниям слюнных желез

17.30. **ЭОЗИНОФИЛЬНАЯ ГРАНУЛЕМА, ХРОНИЧЕСКИЙ КСАНТОМАТОЗ, ОСТРЫЙ РЕТИКУЛОГИСТОЦИТОЗ ОТНОСЯТСЯ К ГИСТИОЦИТОЗУ ИЗ КЛЕТОК ЛАНГЕРГАНСА. ЭТИ ПРОЯВЛЕНИЯ РАЗЛИЧАЮТСЯ МЕЖДУ СОБОЙ ОСОБЕННОСТЯМИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, КОТОРЫЕ ЗАВИСЯТ ОТ**

а) сопутствующей патологии больного
б) возраста больного
в) вредных привычек больного
г) климатических условий, в которых проживает больной
д) профессиональных вредностей, влияющих на больного

17.31. **СИСТЕМНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОПУХОЛИ ПАРОЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ВЫДЕЛЯЮЩЕЙ ИЗБЫТОЧНОЕ КОЛИЧЕСТВО ГОРМОНА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) «Коричневая опухоль»
б) болезнь Педжета
в) гемангиома
г) гемангиоэндотелиома
д) гистиоцитоз из клеток Лангерганса

17.32. **«КОРИЧНЕВАЯ ОПУХОЛЬ» ГИПЕРПАРАТИРЕОДИЗМА ИМЕЕТ ТЕЧЕНИЕ**

а) хроническое
б) острое
в) затяжное, с периодами ремиссии и обострения
г) бессимптомное
д) с ярко выраженными головными болями

17.33. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА: МЫШЕЧНАЯ СЛАБОСТЬ, УТОМЛЯЕМОСТЬ, ТАХИКАРДИЯ, ПОЛИУРИЯ, ЯВЛЕНИЯ ПОЧЕЧНО-КАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ, БОЛЬ В КОСТЯХ ХАРАКТЕРНАЯ ДЛЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

а) «Коричневая опухоль»
б) болезнь Педжета
в) фиброзная дисплазия
г) центральная гигантоклеточная гранулема
д) гистиоцитоз из клеток Лангерганса

17.34. **ПОВЫШЕНИЕ СОДЕРЖАНИЕ Са и ПОНИЖЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ Р в СЫВОРОТКЕ КРОВИ, УВЕЛИЧЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ ОБОИХ ЭЛЕМЕНТОВ В МОЧЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ**

а) гиперпаратиреоидизма
б) болезни Педжета
в) фиброзной дисплазии

г) болезни Педжета
д) гистиоцитоза из клеток Лангерганса

17.35. **ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПАРАТИРЕОИДИЗМА «КОРИЧНЕВОЙ ОПУХОЛИ» ОСУЩЕСТВЛЯЕТ СПЕЦИАЛИСТ**

а) эндокринолог
б) стоматолог
в) челюстно-лицевой хирург
г) терапевт
д) иммунолог

17.36. **ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕИТ (БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА) ОТНОСИТСЯ К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ КОСТИ, РАЗВИВАЕТСЯ КРАЙНЕ**

а) медленно и длительно, бессимптомно
б) быстро
в) остро и быстро
г) длительно с ярко выраженными симптомами
д) медленно

17.37. **К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ПОРАЖЕНИЯМ, КОТОРОЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ КРАЙНЕ РЕДКО, ОТНОСИТСЯ**

а) аневризмальная костная киста
б) болезнь Педжета
в) фиброзная дисплазия
г) центральная гигантоклеточная гранулема
д) гистиоцитоз из клеток Лангерганса

17.38. **КИСТА, РАЗВИВАЮЩАЯСЯ ИЗ ЭПИТЕЛИЯ В НОСО-НЕБНОМ КАНАЛЕ, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ МЕЖДУ ЦЕНТРАЛЬНЫМИ ВЕРХНИМИ ЗУБАМИ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аневризмальная костная киста
б) киста носо-небного канала
в) радикулярная киста
г) резидуальная киста
д) носогубная киста

17.39. **К ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ (НЕОДОНТОГЕННЫМ) КИСТАМ, ВОЗНИКНОВЕНИЕ КОТОРЫХ СВЯЗАНО С НАРУШЕНИЕМ ЭМБРИОГЕНЕЗА ОТНОСИТСЯ КИСТА**

а) аневризмальная костная
б) резидуальная
в) радикулярная киста
г) подъязычной слюнной железы
д) носогубная киста

17.40. **КИСТА, ОБОЛОЧКА КОТОРОЙ ВЫСТЛАНА МНОГОСЛОЙНЫМ, КУБИЧЕСКИМ ИЛИ МЕРЦАТЕЛЬНЫМ**

ЭПИТЕЛИЕМ, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ МЕЖДУ ВТОРЫМ РЕЗЦОМ И КЛЫКОМ, НАЗЫВАЕТСЯ

а) аневризмальная костная киста
б) киста носо-небного канала
в) радикулярная киста
г) шаровидно-верхнечелюстная киста
д) носогубная киста

17.41. **КИСТА, ОБОЛОЧКА КОТОРОЙ ВЫСТЛАНА МНОГОСЛОЙНЫМ И МЕРЦАТЕЛЬНЫМ ЭПИТЕЛИЕМ, РАСПОЛАГАЮЩАЯСЯ ПО ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКЕ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ СООТВЕТСТВЕННО КОРНЯМ 1.3 И 2.3 ЗУБОВ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аневризмальная костная киста
б) киста носо-небного канала
в) радикулярная киста
г) шаровидно-верхнечелюстная киста
д) носогубная киста

Выберите несколько правильных ответов

17.42. **К ЭПИТЕЛИАЛЬНЫМ (НЕОДОНТОГЕННЫМ) КИСТАМ ОТНОСЯТСЯ**

а) аневризмальная костная киста
б) киста носо-небного канала
в) радикулярная киста
г) шаровидно-верхнечелюстная киста
д) носогубная киста

17.43. **ДЕФОРМИРУЮЩИЙ ОСТЕИТ (БОЛЕЗНЬ ПЕДЖЕТА) ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

а) «Коричневая опухоль»
б) системная волчанка
в) фиброзная дисплазия
г) центральная гигантоклеточная гранулема
д) гистиоцитоз из клеток Лангерганса

17.44. **ПРИ БОЛЕЗНИ ПЕДЖЕТА ПРОИСХОДИТ ДЕФОРМАЦИЯ, УТОЛЩЕНИЕ И ИСКРИВЛЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ КОСТЕЙ**

а) черепа
б) челюстей
в) таза
г) лица
д) стопы

17.45. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) медленный рост
б) чёткое отграничение от окружающих тканей

в) наличие капсулы или оболочки
г) прорастание в окружающие ткани
д) прогрессирующий рост

17.46. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) медленный рост
б) чёткое отграничение от окружающих тканей
в) наличие капсулы или оболочки
г) прорастание в окружающие ткани
д) прогрессирующий рост

17.47. **КЛИНИЧЕСКИМИ ПРИЗНАКАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**

а) медленный рост
б) неровные контуры опухоли
в) метастазирование
г) прорастание в окружающие ткани
д) прогрессирующий рост

Правильный ответ – б, в, г, д.

17.48. **К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ ОТНОСЯТСЯ**

а) фиброма
б) липома
в) эозинофильная гранулёма
г) папиллома
д) радикулярная киста

17.49. **К ОПУХОЛЕПОДОБНЫМ ОБРАЗОВАНИЯМ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ОТНОСЯТСЯ**

а) нейрофиброматоз
б) пиогенная гранулёма
в) плеоморфная аденома
г) фиброматоз
д) фиброма

17.50. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ БОКОВОЙ КИСТЫ ШЕИ ПРОВОДЯТ С**

а) лимфаденитом
б) фолликулярной кистой
в) срединной кистой
г) липомой
д) плеоморфной аденомой

ТЕМА №18. Специфические заболевания: актиномикоз, туберкулез, сифилис.

Выберите 1 правильный ответ

18.1. **ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЗВАННЫЕ АКТИНОМИЦЕТАМИ, БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМОЙ И МИКОБАКТЕРИЯМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ПРИНЯТО ВЫДЕЛЯТЬ В ГРУППУ**

а) специфических заболеваний
б) не специфических заболеваний
в) инфекционных заболеваний
г) вирусных заболеваний
д) онкологических заболеваний

18.2. **ДЛЯ АКТИНОМИКОЗА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

а) клеток Харгрейвса
б) Шванновских клеток
в) клеток Пирогова-Лангханса
г) ксантомных клеток
д) атипичных клеток

18.3. **ПРИ ПОРАЖЕНИИ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ АКТИНОМИКОЗНАЯ ГРАНУЛЕМА ОБРАЗУЕТСЯ**

а) в паренхиме железы
б) между дольками железы
в) между дольками железы, затем переходит на паренхиму железы
г) актиномицеты не поражают слюнные железы
д) в выводном протоке железы

18.4. **КОЖНАЯ ФОРМА АКТИНОМИКОЗА ДЕЛИТСЯ НА**

а) абсцедирующую, гуммозную и смешанную
б) пустулезную, бугорковую и смешанную
в) гнойную, некротическую, гнойно-некротическую
г) папулезную, розеолезную и смешанную
д) инфильтративную, абсцедирующую, смешанную

18.5. **ПОДКОЖНАЯ ФОРМА АКТИНОМИКОЗА ДЕЛИТСЯ НА**

а) абсцедирующую, гуммозную и смешанную
б) пустулезную, бугорковую и смешанную
в) гнойную, некротическую, гнойно- некротическую
г) папулезную, розеолезную и смешанную

18.6. **ПОДКОЖНО-МЫШЕЧНАЯ ФОРМА АКТИНОМИКОЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ**

а) наличием гуммозных образований в клетчатке
б) образованием инфильтратов, которые могут нагнаиваться
в) гуммозными образованиями, инфильтратами
г) абсцессами
д) келоидных рубцов

18.7. **АКТИНОМИКОЗ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ПРОТЕКАЕТ**

а) остро, с повышением температуры тела, выраженной интоксикацией
б) медленно, имеет затяжной характер
в) годами незаметно для пациента
г) остро, имеет подострую и хроническую стадию

18.8. **ПО МЕТОДУ СУТЕЕВА Г.О. АКТИНОЛИЗАТ ВВОДЯТ**
а) внутрикожно
б) подкожно
в) внутримышечно
г) внутрикожно и внутримышечно
д) внутривенно

18.9. **СКОЛЬКО РАЗ В НЕДЕЛЮ ВВОДЯТ АКТИНОЛИЗАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗА**
а) 1 раз
б) 2 раза
в) 4 раза
г) через день
д) каждый день

18.10. **АКТИНОМИЦЕТНАЯ ПОЛИВАЛЕНТНАЯ ВАКЦИНА (АПВ) ВВОДИТСЯ БОЛЬНОМУ**
а) 1 раз в неделю
б) 2 раза в неделю
в) через день
г) ежедневно
д) 1 раз в месяц

18.11. **ВОЗБУДИТЕЛЕМ АКТИНОМИКОЗА ЯВЛЯЮТСЯ**
а) стафилококки
б) стрептококки
в) лучистые грибы
г) кишечные клостридии
д) бледная трепонема

18.12. **ДИАГНОЗ «АКТИНОМИКОЗ» УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ**
а) цитологического исследования
б) рентгенологических данных
в) клинического анализа крови
г) серологического исследования
д) жалоб пациента

18.13. **ПРИ ДЛИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ АКТИНОМИКОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ РАЗВИВАЕТСЯ**
а) медиастинит
б) бронхиальная астма
в) амилоидоз внутренних органов

г) пиелонефрит
д) туберкулез

18.14. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД АКТИНОМИКОЗА СОСТАВЛЯЕТ**
а) 2-3 недели
б) 7 дней
в) 10 дней
г) 3 недели
д) 2 месяца

18.15. **К СПЕЦИФИЧЕСКИМ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ЧЛО ОТНОСИТСЯ**
а) туберкулез
б) периодонтит
в) остеомиелит
г) фурункулез
д) синусит

18.16. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА МОГУТ БЫТЬ МИКОБАКТЕРИИ БЫЧЬЕГО ВИДА, КОТОРЫЕ ПОПАДАЮТ В ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА ПУТЕМ**
а) капельным
б) алиментарным
в) контактным
г) через кожу
д) воздушно-капельным

18.17. **ТУБЕРКУЛЕЗ МОЖЕТ ПОРАЖАТЬ**
а) любой орган, кроме головного мозга и нервной системы
б) любой орган, кроме мышечной и костной ткани
в) все, кроме почек, печени и поджелудочной железы
г) любой орган и любую систему организма человека
д) только легкие

18.18. **ПЕРВИЧНОЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПОПАДАНИИ МИКОБАКТЕРИИ**
а) из легких
б) из костей
в) из кишечника
г) через миндалины

18.19. **ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЧАЩЕ ВСЕГО БОЛЕЮТ**
а) новорожденные
б) дети и подростки
в) лица молодого возраста
г) люди среднего возраста
д) люди пенсионного возраста

18.20. **СПЕЦИФИЧНЫМИ КЛЕТКАМИ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА ЯВЛЯЮТСЯ КЛЕТКИ**

а) Харгрейвса
б) Шванновские
в) Яворского
г) Пирогова-Лангханса

18.21. **ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО ЛИМФАДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) бугристость
б) малоподвижность
в) периаденит
г) флюктуация
д) гиперемия

18.22. **ПЕРВИЧНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КОЖИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

а) бугорков (люпом)
б) внутрикожных узлов
в) эрозий и язв
г) мелких внутрикожных узлов
д) перифокальных инфильтратов

18.23. **ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВОЛЧАНКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

а) бугорков (люпом)
б) внутрикожных узлов
в) эрозий и язв
г) мелких внутрикожных узлов
д) перифокальных инфильтратов

18.24. **СКРОФУЛОДЕРМА (КОЛЛИКВАЦИОННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ) ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

а) бугорков (люпом)
б) внутрикожных узлов
в) эрозий и язв
г) мелких внутрикожных узлов
д) перифокальных инфильтратов

18.25. **МИЛИАРНО-ЯЗВЕННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

а) мелких внутрикожных узлов
б) мелких желтовато-красных узлов, которые изъязвляются
в) телеангиоэктазий
г) перифокальных инфильтратов
д) розовато-коричневых папул

18.26. **ПАПУЛО-НЕКРОТИЧЕСКИЙ ТУБЕРКУЛЕЗ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**

а) внутрикожных узлов
б) эрозий и язв
в) мелких внутрикожных узлов
г) мелких округлых папул цианотично-бурой окраски, с некрозом центра
д) телеангиоэктазий

18.27. **ПО КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ТУБЕРКУЛЕЗ ЧЕЛЮСТЕЙ СХОДЕН С**

а) парадонтальной кистой
б) хроническим остеомиелитом
в) амелобластомой
г) остеомой
д) радикулярной кистой

18.28. **ВОЗБУДИТЕЛЕМ СИФИЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) бледная трепонема
б) палочка Коха
в) смешанная флора
г) лучистые грибы
д) стрептококки

18.29. **ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПЕРВИЧНОГО СИФИЛИСА СОСТАВЛЯЕТ**

а) 1-2 недели
б) 3-4 недели
в) 7-8 недель
г) 9-10 недель
д) 3 дня

18.30. **ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА НАЧИНАЕТСЯ В СРЕДНЕМ ЧЕРЕЗ 6-8 НЕДЕЛЬ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ**

а) твердого шанкра
б) гуммы
в) язвы
г) периостита
д) гингивита

18.31. **НАИБОЛЕЕ НАДЕЖНЫМ ЦИТОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ОБНАРУЖЕНИЯ БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) окраска материала по Романовскому-Гимзе
б) серебрение по Фонтано
в) обработка 2%-м раствором колларгола
г) исследование в нативном препарате в темном поле микроскопа
д) бактериологическое исследование

18.32. **СИФИЛИС ЭТО**

а) хроническое инфекционное заболевание
б) вирусное заболевание
в) лучисто-грибковая болезнь
г) заболевание вызванное паразитами
д) онкологическое заболевание

18.33. **ПУТЬ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ ПРИ СИФИЛИСЕ**
а) воздушно-капельный
б) через рукопожатие
в) алиментарный
г) половой

18.34. **ПЕРВИЧНЫЙ СИФИЛИС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ НА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКЕ**
а) папулезного сифилида
б) твердого шанкра
в) творожистого налета
г) гуммы
д) папулы

18.35. **ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОЯВЛЕНИЕМ**
а) папулезного сифилида
б) твердого шанкра
в) творожистого налета
г) гуммы
д) папулы

18.36. **ТРЕТИЧНЫЙ СИФИЛИС НА СОПР ПРОЯВЛЯЕТСЯ КАК**
а) папулезный сифилид
б) папула
в) твердый шанкр
г) творожистый налет
д) гумма

18.37. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ СИФИЛИСА В ПОЛОСТИ РТА ПРОВОДЯТ С**
а) плоским лишаем
б) десквамативным глосситом
в) глоссалгией
г) невралгией тройничного нерва
д) остеомиелитом

<u>Выберите несколько правильных ответов</u>

18.38. **ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ ЗАВИСЯТ ОТ**
а) формы заболевания
б) стадии заболевания

в) локализации процесса
г) сезонности заболевания
д) окружающей среды

18.39. **АКТИНОМИКОЗ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ ОТ**
а) абсцесса
б) сифилиса
в) остеомиелита
г) флегмоны
д) арахноидита

Тема 19. Хирургическое лечение заболеваний пародонта.

Выберите 1 правильный ответ

19.1. **ЧАСТЬ ДЕСНЫ ОТ ДЕСНЕВОГО КРАЯ ДО ДЕСНЕВОГО ЖЕЛОБКА НАЗЫВАЕТСЯ**
а) прикрепленная десна
б) свободная десна
в) мукогингивальное соединение
г) десневая борозда
д) зубодесневое соединение

19.2. **ЧАСТЬ ДЕСНЫ, РАСПОЛОЖЕННАЯ АПИКАЛЬНО ОТ ДЕСНЕВОГО ЖЕЛОБКА ДО СЛИЗИСТО-ДЕСНЕВОГО СОЕДИНЕНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ**
а) прикрепленная десна
б) свободная десна
в) соединительнотканное соединение
г) десневая борозда
д) зубодесневое соединение

19.3. **ВОСПАЛЕНИЕ ТКАНЕЙ ПАРОДОНТА, ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ ДЕСТРУКЦИЕЙ СВЯЗОЧНОГО АППАРАТА ПЕРИОДОНТА И АЛЬВЕОЛЯРНОЙ КОСТИ НАЗЫВАЕТСЯ**
а) гингивит
б) пародонтит
в) пародонтоз
г) пародонтома
д) пародонтолиз

19.4. **НАЛИЧИЕ «ЛОЖНЫХ» КАРМАНОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**
а) гипертрофического гингивита
б) пародонтита легкой степени
в) пародонтита средней степени тяжести
г) пародонтита тяжелой степени тяжести
д) пародонтита в стадии обострения

19.5. **ОТСУТСТВИЕ КОМПАКТНОЙ ПЛАСТИНКИ, РЕЗОРБЦИЯ ВЕРШИН МЕЖЗУБНЫХ ПЕРЕГОРОДОК ДО 1/3 ИХ ВЕЛИЧИНЫ, ОЧАГИ ОСТЕОПОРОЗА НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ**

а) катарального гингивита
б) гипертрофического гингивита
в) пародонтита легкой степени
г) пародонтита средней степени тяжести
д) пародонтита тяжелой степени тяжести

19.6. **НА РЕНТГЕНОГРАММЕ РЕЗОРБЦИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ БОЛЕЕ ½ ДЛИНЫ КОРНЯ ЗУБА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

а) катарального гингивита
б) гипертрофического гингивита
в) пародонтита легкой степени
г) пародонтита средней степени тяжести
д) пародонтита тяжелой степени тяжести

19.7. **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДВИЖНОСТЬ ЗУБОВ I-II СТЕПЕНИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**

а) пародонтита средней степени тяжести
б) пародонтита тяжелой степени тяжести
в) катарального гингивита
г) гипертрофического гингивита
д) пародонтита легкой степени

19.8. **ОБЩИМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) патология окклюзии, не подлежащая коррекции
б) острый герпетический стоматит
в) активная форма туберкулеза
г) рецидивирующий афтозный стоматит
д) подвижность зуба III степени

19.9. **МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) острый герпетический стоматит
б) активная форма туберкулеза
в) сахарный диабет
г) тириотоксикоз
д) гемофилия

19.10. **МЕСТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) гипертоническая болезнь

б) поливалентная аллергия
в) инфекционный мононуклеоз
г) подвижность зуба I степени
д) неудовлетворительный уровень гигиены полости рта

19.11. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) патологическая подвижность зубов I степени
б) проведенное шинирование зубов
в) обострение хронического пародонтита
г) наличие окклюзионных нарушений
д) пародонтальные карманы 6 мм

19.12. **ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОМ ФИБРОЗНОМ ГИНГИВИТЕ ПРОВОДИТСЯ**
а) гингивэктомия
б) гингивотомия
в) периостотомия
г) кюретаж пародонтальных карманов
д) лоскутная операция

19.13. **ДЛЯ УДЛИНЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КОРОНКИ ЗУБА ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ ПРОВОДИТСЯ**
а) направленная тканевая регенерация
б) гингивотомия
в) лоскутная операция
г) кюретаж пародонтальных карманов
д) гингивэктомия

19.14. **ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГИНГИВЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) рецессия десны
б) высокое прикрепление уздечек
в) фиброматоз десен
г) обострение хронического пародонтита
д) пародонтальный абсцесс

19.15. **К ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОДОНТАЛЬНОГО КАРМАНА ОТНОСИТСЯ**
а) френулотомия
б) френулэктомия
в) иссечение щечных тяжей
г) пластика рецессии десны
д) лоскутная операция

19.16. **ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ОТ 4 ДО 6 ММ ПРОВОДИТСЯ**
а) кюретаж пародонтальных карманов

б) открытый кюретаж пародонтальных карманов
в) лоскутная операция
г) гингивэктомия
направленная тканевая регенерация

19.17. **ПРИ ГЛУБИНЕ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ БОЛЕЕ 6 ММ ПРОВОДИТСЯ**

а) гингивэктомия
б) лоскутная операция
в) кюретаж пародонтальных карманов
г) открытый кюретаж пародонтальных карманов
д) хирургического лечения не проводится

19.18. **ПРИ ПОДВИЖНОСТИ ЗУБА III СТЕПЕНИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

а) кюретажа пародонтальных карманов
б) открытого кюретажа пародонтальных карманов
в) лоскутной операции
г) направленной тканевой регенерации
д) удаления зуба

19.19. **ЗАКРЫТЫЙ КЮРЕТАЖ ПРОВОДЯТ ПРИ ГЛУБИНЕ КАРМАНОВ**

а) 3-4 мм
б) 5-6 мм
в) не более 6 мм
г) 7-8 мм
д) 10-12 мм

19.20. **МЕТОДИКА ПРИМЕНЕНИЯ МЕМБРАННЫХ БАРЬЕРОВ ДЛЯ ИСКЛЮЧЕНИЯ ПРОРАСТАНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ДЕСНЫ И СОЗДАНИЯ УСЛОВИЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО АППАРАТА ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) костная пластика
б) мукогингивальная хирургия
в) направленная тканевая регенерация
г) тканевая репарация
д) пародонтальная хирургия

19.21. **ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ ОБРАБОТКИ ПОДДЕСНЕВОЙ ЧАСТИ КОРНЯ ЗУБА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) долото
б) кюрета
в) кюретажная ложка
г) имплакер
д) пародонтальный зонд

19.22. **ОТСЛАИВАНИЕ СЛИЗИСТО-НАДКОСТНИЧНОГО ЛОСКУТА ПРОИЗВОДИТСЯ С ПОМОЩЬЮ**

а) пародонтального зонда
б) периотома
в) распатора
г) скальпеля
д) кюреты Грейса

19.23. **ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГЛУБИНЫ ПАРОДОНТАЛЬНЫХ КАРМАНОВ ИСПОЛЬЗУЮТ**
а) пародонтальный зонд
б) стоматологический зонд
в) желобоватый зонд
г) периотом
д) распатор

19.24. **ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ДЕСНЕВОГО КРАЯ, ДЕЭПИТЕЛИЗАЦИИ ЛОСКУТА ПРИМЕНЯЮТ**
а) имплакер
б) скалер
в) долото
г) десневые ножницы
д) кюреты

19.25. **ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПРИМЕНЕНИЯ МОНОФИЛАМЕНТНЫХ НИТЕЙ В ПАРОДОНТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) низкая цена
б) резорбируемость
в) отсутствие адсорбции микроорганизмов
г) гигроскопичность
д) аллергичность

19.26. **НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ КЮРЕТАЖА**
а) травма здоровых тканей пародонта
б) тромбофлебит
в) постоперационные боли
г) гематома
д) диплопия

19.27. **НАЗОВИТЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ВОЗНИКАЮЩЕЕ НЕПОСРЕДСТВЕННО ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ НА ТКАНЯХ ПАРОДОНТА**
а) наличие болей в послеоперационном периоде
б) некроз участка донорской зоны
в) наличие отека слизистой оболочки десны
г) остеомиелит
д) кровотечение

19.28. **ОПЕРАТИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО, ПРИ КОТОРОМ**

ПРОИЗВОДИТСЯ РАССЕЧЕНИЕ УЗДЕЧКИ НАЗЫВАЕТСЯ

а) гингивэктомия
б) аперкулэктомия
в) френулэктомия
г) френулотомия
д) френулопластика

19.29. **ОПЕРАЦИЯ ПРИ КОТОРОЙ ПРОВОДЯТ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ И 2 БОКОВЫХ РАЗРЕЗА С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОДСЛИЗИСТОГО ТУННЕЛЯ НАЗЫВАЕТСЯ ВЕСТИБУЛОПЛАСТИКА**

а) по Эдлану-Мейхеру
б) туннельная
в) по Кларку
г) по Лимбергу
д) свободным десневым трансплантатом

19.30. **ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРОМ РАЗВИТИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) тонкий биотип десны
б) толстый биотип десны
в) гипертрофический гингивит
г) глубокое преддверие полости рта
д) хронический периодонтит

19.31. **ПРИЧИНОЙ, ВЛИЯЮЩЕЙ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ, ЯВЛЯЕТСЯ**

а) микробный фактор
б) травма десны
в) аномалии зубов, зубных рядов и прикуса
г) анатомо-физиологические особенности
д) толстый биотип десны

19.32. **РЕЦЕССИЯ, КОТОРАЯ РАЗВИВАЕТСЯ В ОБЛАСТИ ОДНОГО ЗУБА**

а) видимая рецессия десны
б) скрытая рецессия
в) локальная
г) генерализованная
д) системная

19.33. **УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ И ЗАКРЫТИЕ КОРНЯ НЕВОЗМОЖНО ПРИ РЕЦЕССИИ**

а) I класс по Миллеру
б) II класс по Миллеру
в) III класс подкласс А по Миллеру
г) III класс подкласс Б по Миллеру
д) IV класс по Миллеру

19.34. **УСТРАНЕНИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ПУТЕМ МОБИЛИЗАЦИИ И ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ЛОСКУТА В КОРОНКОВОМ НАПРАВЛЕНИИ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) коронарно смещенный лоскут
б) латерально смещенный лоскут
в) свободный десневой трансплантат
г) субэпителиальный соединительнотканный трансплантат
д) комбинированный трансплантат

19.35. **ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СУБЭПИТЕЛИАЛЬНОГО СОЕДИНИТЕЛЬНОТКАННОГО ТРАНСПЛАНТАТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИИ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) эффект «заплатки»
б) оголение корней в донорской области
в) дополнительные разрезы
г) отсутствие необходимости наложения швов
д) минимальная травма донорской зоны

19.36. **ПРЕИМУЩЕСТВОМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАТЕРАЛЬНО СМЕЩЕННОГО ЛОСКУТА ДЛЯ УСТРАНЕНИЯ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) хорошее кровоснабжение перемещаемого лоскута
б) возможность применения для множественных рецессий
в) трапециевидный разрез
г) отсутствие необходимости наложения швов
д) дополнительные боковые разрезы

19.37. **К БИОРЕЗОРБИРУЕМЫМ МЕМБРАНАМ ОТНОСЯТСЯ МЕМБРАНЫ**

а) на основе коллагена
б) укрепленные титаном
в) на основе тефлона
г) на основе политетрафторэтилена
д) титановые пластинки

19.38. **К НАТУРАЛЬНЫМ НЕРАССАСЫВАЮЩИМСЯ ШОВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ**

а) шелк
б) кетгут
в) пролен
г) викрил
д) дексон

19.39. **ОСТЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ СПОСОБСТВУЮТ РЕГЕНЕРАЦИИ КОСТИ ПУТЕМ ПРЯМОЙ СТИМУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА, ТРАНСФОРМАЦИИ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ КЛЕТОК В**

ОСТЕОБЛАСТЫ НАЗЫВАЮТСЯ

а) остеоиндуктивные
б) остеокондуктивные
в) остеонейтральные
г) синтетические
д) остеодеструктивные

19.40. **НЕДОСТАТКОМ, ОГРАНИЧИВАЮЩИМ ПРИМЕНЕНИЕ АЛЛОГЕННЫХ МАТЕРИАЛОВ В ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ, ЯВЛЯЕТСЯ**

а) высокая стоимость
б) высокий риск передачи инфекционных заболеваний
в) низкая эффективность
г) проведение дополнительной операции в донорской зоне
д) биоинертность

19.41. **МАТЕРИАЛ, ИЗГОТОВЛЕННЫЙ НА ОСНОВЕ РАСТВОРИМОГО КОЛЛАГЕНА ИЗ КОЖИ КРУПНОГО РОГАТОГО СКОТА, НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аутогенный материал
б) аллогенный материал
в) ксеногенный материал
г) аллопластический материал
д) брефогенный материал

19.42. **МАТЕРИАЛ, ИЗГОТОВЛЕННЫЙ ИЗ ФОРМАЛИНИЗИРОВАННОЙ КОСТИ ЧЕЛОВЕКА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аутогенный материал
б) аллогенный материал
в) ксеногенный материал
г) аллопластический материал
д) брефогенный материал

19.43. **МАТЕРИАЛ, ИЗГОТОВЛЕННЫЙ НА ОСНОВЕ ТРИКАЛЬЦИЙФОСФАТА НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аутогенный материал
б) аллогенный материал
в) ксеногенный материал
г) аллопластический материал
д) брефогенный материал

19.44. **МАТЕРИАЛ НА ОСНОВЕ КАРБОНАТА КАЛЬЦИЯ (КОРАЛЛОВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ) НАЗЫВАЕТСЯ**

а) аллопластический материал
б) ксеногенный материал
в) аутогенный материал
г) брефогенный материал
д) аллогенный материал

19.45. **ПРИ ФУРКАЦИОННЫХ ДЕФЕКТАХ III КЛАССА (ПО LINDHE) РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВЕДЕНИЕ**

а) резекции верхушки корня
б) направленной тканевой регенерации
в) гемисекции
г) ампутации
д) удаления зуба

Выберите несколько правильных ответов

19.46. **ДОНОРСКОЙ ЗОНОЙ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ АУТОТРАНСПЛАНТАТА ЯВЛЯЕТСЯ**

а) область бугра верхней челюсти
б) ретромолярная область
в) область лунок удаленных зубов
г) область подбородка
д) лучевая кость

19.47. **ВОССТАНОВЛЕНИЕ УТРАЧЕННЫХ КОСТНЫХ СТРУКТУР ПРОИЗВОДЯТ**

а) аутогенным материалом
б) аллогенным материалом
в) ксеногенным материалом
г) аллопластическим материалом
д) стеклоиномером

19.48. **НАЗОВИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПАРОДОНТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

а) бережное отношение к цементу корня, надкостнице и мягким тканям
б) отсутствие натяжения лоскутов
в) бережное отношение к костной ткани
г) адекватное кровоснабжение лоскутов
д) наличие грубых рубцов

19.49. **ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛОСКУТНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРОВОДЯТ**

а) полное удаление пролиферировавшего эпителия и грануляций
б) тщательную очистку цемента корня зуба
в) биомодификацию цемента корня зуба
г) гингивопластику
д) пластику уздечки языка

19.50. **К МУКОГИНГИВАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ ОТНОСЯТСЯ**

а) вестибулопластика
б) пластика щечных тяжей
в) операции на уздечках губ и языка
г) операции по устранению рецессии десны
д) кюретаж пародонтальных карманов

Тема 20. Дентальная имплантация.

Выберите 1 правильный ответ

20.1. **ДОПУСТИМОЙ ВЕЛИЧИНОЙ РЕЗОРБЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ВИНТОВОГО ИМЛАНТАТА КАЖДЫЙ ПОСЛЕДУЮЩИЙ ГОД ПОСЛЕ ПЕРВОГО ГОДА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) 1мм
б) 0,2мм
в) 0,3мм
г) 0,05мм
д) 0,5мм

20.2. **СКОЛЬКО ВЫДЕЛЯЮТ ТИПОВ ИНТЕГРАЦИИ ИМПЛАНТАТА**

а) 2
б) 3
в) 4
г) 5
д) 6

20.3. **АБАТМЕНТ - ЭТО**

а) аналог имплантата
б) супраструктура
в) переходный модуль
г) слепочный колпачок
д) фиксирующий винт

20.4. **ПРИ УСТАНОВКЕ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА В БОКОВЫХ ОТДЕЛАХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ ДО СТЕНКИ НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО КАНАЛА СОСТАВЛЯЕТ**

а) 1 мм
б) 0,5 мм
в) 2 мм
г) 3 мм
д) 4 мм

20.5. **К БИОИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ**

а) серебряно-палладиевые сплавы
б) гидроксиапатит
в) кобальт, хром
г) титан, цирконий
д) нержавеющая сталь

20.6. **НАИБОЛЕЕ БИОСОВМЕСТИМЫМ ДЛЯ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ИМПЛАНТАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ МАТЕРИАЛ**

а) кобальт

б) цирконий
в) титан
г) сплав кобальта и хрома
д) алюминий

20.7. **МИНИМАЛЬНОЕ РАССТОЯНИЕ МЕЖДУ ИМПЛАНТАТАМИ ДОЛЖНО СОСТАВЛЯТЬ**

а) 2-3 мм
б) 6 мм
в) 4-5 мм
г) 8 мм
д) 5-6 мм

20.8. **КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОПТИМАЛЬНЫМ ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ ИМПЛАНТОЛОГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ**

а) панорамная рентгенография
б) прицельная рентгенография
в) компьютерная томография
г) МРТ
д) аксиография

20.9. **ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ И РАЗРАБОТЧИКОМ ИМПЛАНТАТОВ С ВИНТОВОЙ КОНСТРУКЦИЕЙ СЧИТАЕТСЯ**

а) П.И. Бранемарк
б) Т.Г. Робустова
в) Леонард Линкор
г) Н.Н. Бажанов
д) Карл Миш

20.10. **КТО ИЗ УЧЕНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВОПОЛОЖНИКОМ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ**

а) Дж. Бранки
б) Т.Г. Робустова
в) Леонард Линкор
г) П.И. Бранемарк
д) Г. Герб

20.11. **ПРЕПАРИРОВАНИЕ ЛОЖА ПОД ВИНТОВЫЕ ИЛИ ЦИЛИНДРИЧЕСКИЕ ИМПЛАНТАТЫ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СПЕЦИАЛЬНО ПРЕДНАЗНАЧЕННЫМИ СВЕРЛАМИ СО СКОРОСТЬЮ ВРАЩЕНИЯ, ОБ/МИН**

а) 200-300
б) 500-800
в) 1000-1500
г) 3000-5000
д) 30000-35000

20.12. **ЧЕМ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ УСИЛИЕ ЗАТЯГИВАНИЯ ВИНТА,**

ФИКСИРУЮЩЕГО СУПРАСТРУКТУРУ К ИМПЛАНТАТУ

а) тактильными ощущениями врача
б) степенью подвижности супраструктуры
в) инструкциями по применению элементов системы имплантатов
г) показаниями динамометрического ключа
д) техническими характеристиками имплантата

20.13. **БИОСОВМЕСТИМОСТЬЮ НАЗЫВАЕТСЯ**

а) способность материала рассасываться в полости рта
б) способность материала вызывать ангиогенез
в) способность материала вызывать рост костной ткани
г) толерантность материала к жизненным или бимолекулярным функциям
Д) толерантность материала к действию ферментов

20.14. **ПО КОНФИГУРАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ**

а) эндосальные
б) пластиночные
в) субпериостальные
г) интрамукозные
Д) двухэтапные

20.15. **ПО КОНФИГУРАЦИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ**

а) одноэтапные
б) двухэтапные
в) цилиндрические
г) внутрислизистые
Д) поднадкостничные

20.16. **К БИОЛОГИЧЕСКИ ИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТ**

а) трикальцифосфатная керамика
б) гидроксиапатит
в) титан и его сплавы
г) нержавеющая сталь
д) кобальтхромовый сплав

20.17. **ПЕРВЫЙ ЭТАП ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) рентгенологическом исследовании участка адентии
б) установке дентального имплантата
в) снятии швов
г) раскрытии имплантата и замене винта-заглушки на формирователь десны
д) фиксации абатмента

20.18**. ВТОРОЙ ЭТАП ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В**

а) рентгенологическом исследовании участка челюсти с отсутствием зубов

б) установке дентального имплантата
в) снятии швов
г) раскрытии имплантата и замене винта-заглушки на формирователь десны
д) фиксации абатмента

20.19. **ВИНТ-ЗАГЛУШКА ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ**
а) закрытия шахты дентального имплантата на время интеграции
б) формирования контура десны после раскрытия имплантата
в) соединения абатмента и тела имплантата
г) соединения тела имплантата и протеза
д) снятия оттиска с дентального имплантата и изготовления рабочей модели

20.20. **ПОКАЗАНИЕМ К ОДНОМОМЕНТНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**
а) обострение хронического периодонтита зуба 36
б) продольный перелом корня зуба 21
в) хронический генерализованный пародонтит тяжелой степени
г) острый периодонтит зуба 27
д) острый одонтогенный верхнечелюстной синусит от зуба 14

20.21. **ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ**
а) внутрикостные
б) пластиночные
в) винтовые
г) двухэтапные
д) одноэтапные

20.22. **ПО РАСПОЛОЖЕНИЮ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ИМПЛАНТАТОВ**
а) одноэтапные
б) цилиндрические
в) пластиночные
г) винтовые
д) субпериостальные

20.23. **К БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСИТСЯ**
а) трикальцийфосфатная керамика
б) золото
в) цирконий
г) кобальтхромовый сплав
д) корундовая керамика

20.24. **К БИОЛОГИЧЕСКИ ИНЕРТНЫМ МАТЕРИАЛАМ ОТНОСЯТ**
а) золото
б) гидроксиапатит
в) трикальцийфосфатная керамика

г) кобальтохромовый сплав
д) нержавеющая сталь

20.25. **РАСКРЫТИЕ ИМПЛАНТАТА И УСТАНОВКУ ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ЧЕРЕЗ**

а) 1 месяц
б) 3 месяца
в) 6 месяцев
г) 9 месяцев
д) 12 месяцев

20.26. **ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА НЕ ЗАВИСИТ ОТ**

а) плотности костной ткани
б) формы имплантата
в) макродизайна имплантата
г) стерильности имплантата
д) качества установки дентального имплантата

20.27. **РАСКРЫТИЕ ИМПЛАНТАТА И УСТАНОВКУ ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДВУХЭТАПНОЙ МЕТОДИКИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ НА ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРОВОДИТЬ ПОСЛЕ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ЧЕРЕЗ**

а) 1 месяц
б) 3 месяца
в) 6 месяцев
г) 9 месяцев
д) 12 месяцев

20.28. **МИНИМАЛЬНЫЙ ДИАМЕТР ИМПЛАНТАТА В ОБЛАСТИ ШЕЙКИ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 3 мм
б) 3,3 мм
в) 3,8 мм
г) 1,5 мм
д) 2 мм

20.29. **ФОРМИРОВАТЕЛЬ ДЕСНЫ ИМЕЕТ ФОРМУ**

а) конусовидную
б) трапециевидную
в) цилиндрическую
г) квадратную
д) треугольную

20.30. **ВЕЛИЧИНА БИОЛОГИЧЕСКОЙ ШИРИНЫ НА ДЕНТАЛЬНОМ ИМПЛАНТАТЕ В СРЕДНЕМ СОСТАВЛЯЕТ**

а) 1 мм
б) 2 мм
в) 3,5 мм
г) 5 мм
д) 0,5 мм

20.31. **БИОЛОГИЧЕСКАЯ ШИРИНА ФОРМИРУЕТСЯ НА ИМПЛАНТАТЕ**

а) сразу после установки дентального имплантата
б) после снятия швов
в) после полной эпителизации зоны операции
г) при снятии оттиска с дентального имплантата
д) после установки супраструктуры

20.32. **ДЕСНЕВАЯ БОРОЗДА НА ИМПЛАНТАТЕ ФОРМИРУЕТСЯ**

а) одновременно с установкой формирователя десны
б) не ранее чем через 2 недели после установки формирователя десны
в) при установке постоянной конструкции с опорой на данный имплантат
г) через год после установки постоянной конструкции с опорой на данный имплантат
д) через полгода после установки имплантата

20.33. **НАЗОВИТЕ ИНСТРУМЕНТ ДЛЯ СОЗДАНИЯ ОТВЕРСТИЯ С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВКИ ФОРМИРОВАТЕЛЯ ДЕСНЫ**

а) трепан
б) фисурный бор
в) шаровидный бор
г) мукотом
д) периотом

20.34. **ФОРМИРОВАНИЕ КОСТНОГО ЛОЖА ДЛЯ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ПРОВОДИТСЯ ПРИ ПОМОЩИ НАБОРА ФРЕЗ И**

а) турбинного наконечника
б) механического наконечника
в) прямого наконечника
г) наконечника с понижающим редуктором
д) наконечника с повышающим редуктором

20.35. **ПРИ ФОРМИРОВАНИИ КОСТНОГО ЛОЖА, ДЛЯ УСТАНОВКИ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА, ОХЛАЖДЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ РАСТВОРОМ**

а) хлоргексидина
б) перекиси водорода
в) мирамистина
г) физиологическим

д) фурацилина

20.36. **ПРИ ПОГРУЖНОЙ МЕТОДИКЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ УСТАНАВЛИВАТЬ ВНУТРИКОСТНУЮ ЧАСТЬ ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА НИЖЕ УРОВНЯ АЛЬВЕОЛЯРНОГО ГРЕБНЯ НА**

а) 0,5- 1,0 мм
б) 1,5- 2 мм
в) 0,3- 0,8 мм
г) 2,0- 2,5 мм
д) 2,5- 3 мм

20.37. **УКАЖИТЕ СРОКИ ОСТЕОИНТЕГРАЦИИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ВИНТОВЫХ ИМПЛАНТАТОВ**

а) от 2 недель на нижней челюсти, до 3 месяцев на верхней челюсти
б) от 4 недель на нижней челюсти, до 3 месяцев на верхней челюсти
в) от 3 месяцев на нижней челюсти, до 6 месяцев на верхней челюсти
г) от 6 месяцев на нижней челюсти, до 12 месяцев на верхней челюсти
д) от 3 месяцев на верхней челюсти, до 6 месяцев на нижней челюсти

20.38. **НЕДОСТАТКОМ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ ПО СРАВНЕНИЮ С АЛЬТЕРНАТИВНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) сохранение объема костной ткани
б) длительный срок службы
в) повышение жевательной эффективности
г) длительный срок лечения
д) отсутствие проприоцептивной чувствительности

20.39. **ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ С ОПОРОЙ НА ДЕНТАЛЬНЫЕ ИМПЛАНТАТЫ В РАБОЧЕЙ МОДЕЛИ РАСПОЛАГАЕТСЯ**

а) абатмент
б) тело имплантата
в) аналог имплантата
г) протезный винт
д) формирователь десны

20.40. **ЧТО ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ДОСТИЖЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВРАЩАЮЩЕГО МОМЕНТА, ДЕЙСТВУЮЩЕГО НА ВИНТ АБАТМЕНТА ПРИ ЕГО УСТАНОВКЕ**

а) динамометрический ключ
б) индивидуальный абатмент
в) золотой абатмент
г) новый фиксирующий винт
д) ручную отвертку

Выберите несколько правильных ответов

20.41. **КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) отсутствие воспаления вокруг имплантата
б) отсутствие подвижности имплантата
в) отсутствие разрежения костной ткани вокруг имплантата на рентгенограмме
г) отсутствие боли при нагрузке на имплантат
д) подвижность имплантата

20.42. **НЕМЕДЛЕННАЯ ИМПЛАНТАЦИЯ С ОДНОМОМЕНТНОЙ НАГРУЗКОЙ ВОЗМОЖНА ПРИ**

а) стабилизации имплантата при установке более 35 Н/ см
б) толстом биотипе десны
в) наличии обширных костных дефектов
г) отсутствии воспалительных процессов
д) отсутствии обширных костных дефектов

20.43. **ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ЗАВИСИТ ОТ**

а) плотности костной ткани
б) формы имплантата
в) макродизайна имплантата
г) стерильности имплантата
д) качества установки дентального имплантата

20.44. **ПЕРВИЧНАЯ СТАБИЛЬНОСТЬ УСТАНОВЛЕННОГО ДЕНТАЛЬНОГО ИМПЛАНТАТА ЗАВИСИТ ОТ**

а) плотности костной ткани
б) формы имплантата
в) макродизайна имплантата
г) стерильности имплантата
д) качества установки дентального имплантата

20.45. **КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

а) иглодержатель
б) глубиномер
в) распатор
г) динамометрический ключ
д) пакер

20.46. **В СХЕМУ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВХОДИТ**

а) противовоспалительный препарат
б) антибиотик
в) антисептик
г) десенсибилизирующий препарат

д) антидепрессант

20.47. **В СХЕМУ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ВХОДИТ**

а) противовоспалительный препарат
б) антибиотик
в) мазь Вишневского
г) десенсибилизирующий препарат
д) антисептик

20.48. **КАКИЕ ИНСТРУМЕНТЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ**

а) динамометрический ключ
б) протейпер
в) шаровидный бор
г) направляющая фреза
д) распатор

20.49. **КРИТЕРИЕМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

а) отсутствие подвижности имплантата
б) отсутствие воспаление вокруг имплантата
в) отсутствие воспаления в области соседних зубов
г) отсутствие боли при нагрузке на имплантат
д) отсутствие разрежения костной ткани округ имплантата на рентгенограмме

20.50. **ОРТОПАНТОМОГРАММА ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ**

а) высоту костной ткани
б) качество костной ткани
в) расположение ментального отверстия
г) расположение верхнечелюстных синусов
д) изменения в ВНЧС

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тема №1. Принципы организации стоматологической помощи. Асептика, антисептика, методы обследования.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
.1		.11		.21		.31		.41	*б в г*
.2		.12		.22		.32		.42	*б*
.3		.13		.23		.33		.43	*в г*

.4		.14		.24		.34		.44	*б в г*
.5		.15		.25		.35		.45	*б г д*
.6		.16		.26		.36		.46	*б в г д*
.7		.17		.27		.37		.47	
.8		.18		.28		.38		.48	
.9		.19		.29		.39	*б в*	.49	
.10		.20		.30		.40	*б в г*	.50	

Тема №2. Препараты для общего и местного обезболивания.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
.1		.11		.21		.31	*б*	.41	
.2		.12		.22		.32	*б*	.42	
.3		.13		.23		.33	*г*	.43	
.4		.14		.24		.34	*б*	.44	
.5		.15		.25		.35	*г*	.45	
.6		.16		.26		.36	*б*	.46	
.7		.17		.27		.37	*в*	.47	
.8		.18		.28		.38	*в*	.48	
.9		.19		.29		.39	*в*	.49	
.10		.20		.30	*г*	.40		.50	

Тема №3. Техника местной анестезии.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
.1		.11		.21		.31	*б*	.41	
.2		.12		.22		.32	*в*	.42	
.3		.13		.23		.33	*б*	.43	
.4		.14		.24		.34	*б*	.44	
.5		.15		.25		.35	*б*	.45	
.6		.16		.26		.36	*б*	.46	
.7		.17		.27		.37	*г*	.47	
.8		.18		.28		.38	*г*	.48	
.9		.19		.29		.39	*г*	.49	
.10		.20		.30		.40	*г*	.50	

Тема №4. Интенсивная терапия соматических осложнений. СЛР.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
.1		.11		.21		.31		.41	
.2		.12		.22		.32		.42	
.3		.13		.23		.33		.43	
.4		.14		.24		.34		.44	
.5		.15		.25		.35		.45	
.6		.16		.26		.36		.46	
.7		.17		.27		.37		.47	
.8		.18		.28		.38		.48	
.9		.19		.29		.39		.49	

10		20		30		40		50	

Тема №5 Особенности операций в челюстно-лицевой области.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1		11		21		31	*б в г*	41	*в г*
2		12		22		32	*в*	42	*г д*
3		13		23		33	*б в г*	43	*д*
4		14		24		34	*б в д*	44	*д*
5		15		25	*в г д*	35	*б в д*	45	*б в д*
6		16		26	*б в г д*	36	*б в д*	46	*б в д*
7		17		27	*б в*	37	*б в д*	47	*в г*
8		18		28	*б в г*	38	*б в д*	48	*в г*
9		19		29	*б в г*	39	*в д*	49	*б в*
10		20		30	*в г д*	40	*б*	50	*б*

Тема №6. Методы удаления зубов.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1		11		21		31		41	
2		12		22		32		42	
3		13		23		33		43	*б в г*
4		14		24		34		44	*в г*
5		15		25		35		45	*б в*
6		16		26		36		46	*б в д*
7		17		27		37	*г*	47	*б в д*
8		18		28		38		48	*б в д*
9		19		29		39		49	*б г д*
10		20		30		40	*б*	50	*в г*

Тема №7. Одонтогенный лимфаденит.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1		11		21		31	*б в*	41	*б в*
2		12		22		32	*б в г*	42	*г*
3		13		23		33	*б в г*	43	*б в*
4		14		24		34	*в г*	44	*б в*
5		15		25		35	*б в*	45	*б г*
6		16		26		36	*б*	46	*б*
7		17		27		37	*б в*	47	
8		18		28		38	*б в г*	48	
9		19		29	*б в*	39	*б д*	49	
10		20		30	*б г*	40	*б в*	50	

Тема №8. Ретенция. Дистопия. Перикоронит.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1		11		21		31		41	*б в г*
2		12		22		32		42	*б в г*

.3		.13		.23		.33		.43	*б в*
.4		.14		.24		.34		.44	*б в*
.5		.15		.25		.35		.45	*б в*
.6		.16		.26		.36		.46	*б в г*
.7		.17		.27		.37		.47	*б в г*
.8		.18		.28		.38		.48	*б в г д*
.9		.19		.29		.39		.49	*б в д*
.10		.20		.30		.40	*б в г д*	.50	*б в г*

Тема №9. Хронический периодонтит.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
.1		.11		.21		.31		.41	б в г
.2		.12		.22		.32		.42	б в г
.3		.13		.23		.33		.43	б в г
.4		.14		.24		.34		.44	б
.5		.15		.25		.35		.45	г
.6		.16		.26		.36		.46	б г
.7		.17		.27		.37		.47	б
.8		.18		.28		.38		.48	б в
.9		.19		.29		.39		.49	в г
.10		.20		.30		.40	б в	.50	б в

Тема №10. Корневая (радикулярная) киста.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
0.1		0.11		0.21		0.31		0.41	в д
0.2		0.12		0.22		0.32		0.42	д
0.3		0.13		0.23		0.33		0.43	в г д
0.4		0.14		0.24		0.34		0.44	б в г
0.5		0.15		0.25		0.35		0.45	б в
0.6		0.16		0.26		0.36		0.46	в г
0.7		0.17		0.27		0.37		0.47	б в г
0.8		0.18		0.28		0.38	в г д	0.48	б в г
0.9		0.19		0.29		0.39	в г д	0.49	г
0.10		0.20		0.30		0.40	б в г	0.50	б д

Тема №11. Одонтогенный периостит челюстей.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
1.1		1.11		1.21		1.31		1.41	б в г
1.2		1.12		1.22		1.32		1.42	б г
1.3		1.13		1.23		1.33		1.43	г
1.4		1.14		1.24		1.34		1.44	б в
1.5		1.15		1.25		1.35		1.45	г д
1.6		1.16		1.26		1.36		1.46	б в
1.7		1.17		1.27		1.37		1.47	в г д
1.8		1.18		1.28		1.38		1.48	б в г
1.9		1.19		1.29		1.39	б г	1.49	б в г

1.10		1.20		1.30		1.40	в г д	1.50	в г д

Тема №12. Одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
2.1		2.11		2.21		2.31		2.41	б в д
2.2		2.12		2.22		2.32		2.42	б в
2.3		2.13		2.23		2.33		2.43	б в д
2.4		2.14		2.24		2.34		2.44	б в г
2.5		2.15		2.25		2.35		2.45	б
2.6		2.16		2.26		2.36		2.46	б в г
2.7		2.17		2.27		2.37	д	2.47	б г д
2.8		2.18		2.28		2.38	в г д	2.48	б в
2.9		2.19		2.29		2.39	б	2.49	б в г
2.10		2.20		2.30		2.40	б в	2.50	б в г

Тема №13. Одонтогенный остеомиелит челюстей.

№	ответ	№	ответ	№	ответ
3.1		3.11		3.21	
3.2		3.12		3.22	
3.3		3.13		3.23	
3.4		3.14		3.24	
3.5		3.15		3.25	
3.6		3.16		3.26	б д
3.7		3.17		3.27	б в г
3.8		3.18		3.28	
3.9		3.19		3.29	
3.10		3.20		3.30	

Тема №14. Заболевания ВНЧС.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
4.1		4.11		4.21		4.31		4.41	
4.2		4.12		4.22		4.32		4.42	
4.3		4.13		4.23		4.33		4.43	
4.4		4.14		4.24		4.34		4.44	
4.5		4.15		4.25		4.35		4.45	
4.6		4.16		4.26		4.36		4.46	б в г
4.7		4.17		4.27		4.37		4.47	г
4.8		4.18		4.28		4.38		4.48	в
4.9		4.19		4.29		4.39		4.49	б
4.10		4.20		4.30		4.40		4.50	б в

Тема №15. Заболевания слюнных желез.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
5.1		5.11		5.21		5.31		5.41	
5.2		5.12		5.22		5.32		5.42	
5.3		5.13		5.23		5.33		5.43	

5.4		5.14		5.24		5.34		5.44	б в
5.5		5.15		5.25		5.35		5.45	б в г
5.6		5.16		5.26		5.36		5.46	б в
5.7		5.17		5.27		5.37		5.47	г
5.8		5.18		5.28		5.38		5.48	б г
5.9		5.19		5.29		5.39		5.49	б в
5.10		5.20		5.30		5.40		5.50	б в г

Тема №16. Заболевания и поражения нервов лица и челюстей.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
6.1		6.11		6.21		6.31		6.41	
6.2		6.12		6.22		6.32		6.42	б в г
6.3		6.13		6.23		6.33		6.43	б в
6.4		6.14		6.24		6.34		6.44	б в
6.5		6.15		6.25		6.35		6.45	б в г
6.6		6.16		6.26		6.36		6.46	б в
6.7		6.17		6.27		6.37		6.47	б в д
6.8		6.18		6.28		6.38		6.48	б в г
6.9		6.19		6.29		6.39		6.49	б в г
6.10		6.20		6.30		6.40		6.50	б в

Тема №17. Опухолеподобные поражения и кисты лица, органов полости рта, челюстей и шеи.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
7.1		7.11		7.21		7.31		7.41	
7.2		7.12		7.22		7.32		7.42	г д
7.3		7.13		7.23		7.33		7.43	в
7.4		7.14		7.24		7.34		7.44	б в г
7.5		7.15		7.25		7.35		7.45	б в
7.6		7.16		7.26		7.36		7.46	д
7.7		7.17		7.27		7.37		7.47	в г д
7.8		7.18		7.28		7.38		7.48	г
7.9		7.19		7.29		7.39		7.49	б г
7.10		7.20		7.30		7.40		7.50	в г

Тема №18. Специфические заболевания: актиномикоз, туберкулез, сифилис, ВИЧ.

№	ответ	№	ответ	№	ответ	№	ответ
8.1		8.11		8.21		8.31	
8.2		8.12		8.22		8.32	
8.3		8.13		8.23		8.33	
8.4		8.14		8.24		8.34	

8.5		8.15		8.25		8.35	
8.6		8.16		8.26		8.36	
8.7		8.17		8.27		8.37	
8.8		8.18		8.28		8.38	б в г
8.9		8.19		8.29		8.39	б в
8.10		8.20		8.30		8.40	

Тема №19. Хирургическое лечение заболеваний пародонта.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
9.1		9.11		9.21		9.31		9.41	
9.2		9.12		9.22		9.32		9.42	
9.3		9.13		9.23		9.33		9.43	
9.4		9.14		9.24		9.34		9.44	
9.5		9.15		9.25		9.35		9.45	
9.6		9.16		9.26		9.36		9.46	б в г
9.7		9.17		9.27		9.37		9.47	б в г
9.8		9.18		9.28		9.38		9.48	б в г
9.9		9.19		9.29		9.39		9.49	б в г
9.10		9.20		9.30		9.40		9.50	б в г

Тема №20. Дентальная имплантация.

№	твет	№	твет	№	твет	№	твет	№	твет
0.1		0.11		0.21		0.31		0.41	б в г
0.2		0.12		0.22		0.32		0.42	б г д
0.3		0.13		0.23		0.33		0.43	б в д
0.4		0.14		0.24		0.34		0.44	б в г
0.5		0.15		0.25		0.35		0.45	б в г
0.6		0.16		0.26		0.36		0.46	б в г
0.7		0.17		0.27		0.37		0.47	б г д
0.8		0.18		0.28		0.38		0.48	в г д
0.9		0.19		0.29		0.39		0.49	б г д
0.10		0.20		0.30		0.40		0.50	б в г

Вопросы для подготовки к экзамену по хирургической стоматологии 9 семестр 5 курс

1. Хирургическая стоматология. Предмет, задачи дисциплины, взаимосвязь с другими разделами стоматологии.
2. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности. Уровни оказания стоматологической помощи.
3. Организация работы хирургического стоматологического кабинета, отделения и стационара.
4. Основные гигиенические требования к помещениям в стоматологическом хирургическом отделении, внешнему виду, одежде врача стоматолога хирурга.
5. Виды хирургической стоматологической помощи.

6. Цель обследования пациента. Основные и дополнительные методы исследования в хирургической стоматологии.
7. Профилактика внутрибольничных инфекций. Асептика и антисептика в хирургической стоматологии.
8. Правовые аспекты амбулаторного хирургического лечения в медицинских учреждениях стоматологического профиля
9. Профилактика ВИЧ-инфекции, вирусного гепатита. Действия врача при попадании крови в глаза, на кожу, ранении инструментом.
10. Общее обезболивание. Понятие, показания и противопоказания, виды. Выбор метода общего обезболивания. Подготовка пациента к наркозу.
11. Общее и местное обезболивание в хирургической стоматологии. Принципы выбора метода обезболивания.
12. Местное обезболивание в хирургической стоматологии. Принципы выбора метода обезболивания.
13. Виды инъекторов. Показания к применению. Иглы для местной анестезии. Безыгольный инъектор нового поколения.
14. Классификация методов местного обезболивания. Показания и противопоказания к проведению местного обезболивания.
15. Местные анестетики. Классификация. Основные физико-химические и клинические характеристики. Механизм действия местных анестетиков.
16. Особенности обезболивания и подготовки к хирургическому вмешательству пациентов с сопутствующими заболеваниями, лиц пожилого возраста. Премедикация.
17. Методы инфильтрационного обезболивания в челюстно-лицевой области. Классификация, техника проведения, показания и противопоказания.
18. Нейролептаналгезия и центральная аналгезия. Показания и противопоказания к применению. Используемые фармакологические средства.
19. Особенности проведения наркоза при операциях на лице и в полости рта.
20. Особенности проведения наркоза у хирургических стоматологических пациентов в поликлинике. Фармакологические вещества, применяемые для наркоза в поликлинике.
21. Местные осложнения при проведении проводниковой анестезии на верхней и нижней челюсти. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
22. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Обморок. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
23. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Коллапс. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
24. Общие осложнения анестезии челюстно-лицевой области. Гипертонический криз. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
25. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Приступ стенокардии. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.

26. Общие осложнения анестезии челюстно-лицевой области. Острый инфаркт миокарда. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
27. Общие осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Асфиксия. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
28. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Приступ удушья (бронхиальная астма). Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
29. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Анафилактический шок. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
30. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Гипо-, гипергликемическая кома. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
31. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Тиреотоксический криз. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
32. Общее осложнение анестезии челюстно-лицевой области. Судорожный припадок. Причины. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика. Неотложная помощь.
33. Организационные аспекты и особенности проведения сердечно-легочной реанимации в поликлинике.
34. Алгоритм оказания первой медицинской помощи в условиях стоматологической практики.
35. Методы и техника искусственной вентиляции легких, контроль эффективности.
36. Методы и техника непрямого массажа сердца, контроль эффективности.
37. Особенности подготовки пациента к проведению хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области у беременных, больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, заболеваниями крови и другими системными заболеваниями.
38. Особенности проведения хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области у пациентов с нарушениями свертывающей системы крови и другими гематологическими заболеваниями.
39. Особенности проведения хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области у пациентов, страдающих сахарным диабетом.
40. Особенности проведения оперативных вмешательств в челюстно-лицевой области.
41. Виды хирургических швов, использующихся при проведении операций в полости рта и на лице.
42. Шовный материал, применяющийся в хирургической стоматологии. Классификация. Критерии выбора.
43. Особенности проведения хирургических вмешательств в челюстно-лицевой области у пациентов с патологией ЦНС.
44. Абсолютные и относительные показания и противопоказания к удалению постоянных зубов.

45. Обработка раны после экстракции зуба. Особенности заживления. Последующий уход за раной.
46. Осложнения, возникающие во время операции удаления зуба. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
47. Осложнения, возникающие после операции удаления зуба. Причины. Диагностика. Лечение. Профилактика.
48. Нарушение нервной проводимости при удалении зубов. Причины. Клиническая картина. Лечение. Профилактика.
49. Инфекционно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Источники и пути распространения инфекции.
50. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.
51. Иммунологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Антибактериальная резистентность тканей полости рта и развитие одонтогенной инфекции.
52. Анатомо-физиологические и иммунобиологические особенности тканей челюстно-лицевой области.
53. Местные и общие факторы, влияющие на обострение хронической одонтогенной инфекции.
54. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
55. Перикоронит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.
56. Позадимолярный периостит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
57. Кисты прорезывания. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
58. Особенности оперативных вмешательств при ретенции и дистопии третьего моляра на нижней челюсти. Осложнения и их профилактика при оперативном лечении ретенции и дистопии третьего моляра на нижней челюсти.
59. Затрудненное прорезывание третьего моляра нижней челюсти. Классификация. Причины. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
60. Острый периодонтит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
61. Хронический периодонтит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
62. Обострение хронического периодонтита. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
63. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. Показания и противопоказания к проведению. Возможные осложнения и прогноз.

64. Операции резекции верхушки верхушки корня зуба и ампутации корня зуба. Показания и противопоказания к проведению. Методика выполнения на различных группах зубов. Возможные осложнения и прогноз.
65. Корневая киста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
66. Операции реплантации и трансплантации зуба. Показания и противопоказания к проведению. Методика выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
67. Операциии гемисекции и коронарорадикулярной сепарации зуба. Показания и противопоказания к проведению. Методика выполнения. Возможные осложнения и прогноз.
68. Вывихи и переломы зубов. Классификация. Клиника. Особенности диагностики и лечения.
69. Периостит челюстей. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Пути распространения воспалительного процесса. Диагностика. Дифференциальная диагностика.
70. Острый периостит челюстей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
71. Хронический периостит челюстей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
72. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
73. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.
74. Острая перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Причины возникновения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы устранения.
75. Ороантральный свищ. Причины возникновения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы устранения.
76. Инородные тела верхнечелюстной пазухи (зубы, корни, фрагменты корней зубов, пломбировочный материал, дентальные имплантаты). Причины возникновения. Клиническая картина. Методы диагностики. Лечение. Профилактика.
77. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. Методы лечения. Показания, противопоказания.
78. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.
79. Остеомиелит челюстей. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика.
80. Особенности течения остеомиелита на верхней и нижней челюстях. Клиническая картина. Этиология. Патогенез. Диагностика, дифференциальная диагностика. Комплексное лечение. Хирургические методы лечения. Реабилитация. Исход заболевания. Профилактика.

81. Острый остеомиелит. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
82. Хронический остеомиелит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
83. Подострый остеомиелит. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.
84. Лимфаденит. Анатомия лимфатической системы лица и шеи. Классификация лимфаденитов. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Основные и дополнительные методы обследования больных с лимфаденитами.
85. Острый лимфаденит. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
86. Абсцедирующий лимфаденит. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения.
87. Хронические формы лимфаденитов. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика хронических форм лимфаденитов с острыми формами, обострением хронических форм, со специфическими воспалительными заболеваниями. Осложнения. Лечение.
88. Лимфангит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.
89. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
90. Абсцесс ретромолярного пространства. Топографическая анатомия клетчаточных пространств, источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение
91. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава. Кровоснабжение. Иннервация. Функциональные возможности сустава.
92. Клинико-лучевое обследование больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава.
93. Артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
94. Специфические артриты височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
95. Остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
96. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
97. Контрактура жевательных мышц. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
98. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
99. Сиалоденозы. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.

100. Синдром Гужеро-Шегрена, синдром Микулича. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.
101. Воспалительные заболевания слюнных желез. Классификация. Методы исследования слюнных желез.
102. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
103. Острый сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
104. Хронический паренхиматозный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
105. Хронический интерстициальный сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
106. Хронический протоковый сиалоаденит (сиалодохит). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
107. Слюннокаменная болезнь. Этиология. Механизм образования камня. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
108. Повреждение слюнных желез. Слюнной свищ. Стриктура слюнного протока. Заращение слюнного протока. Причина, клиника, диагностика.
109. Неврит тройничного нерва. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
110. Невралгия тройничного нерва. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
111. Постгерпетическая невралгия тройничного нерва. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
112. Невралгия языкоглоточного нерва. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.
113. Паралич мимических мышц. причина, Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
114. Мононевропатия лицевого нерва (паралич Белла). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
115. Опухолеподобные образования мягких тканей лица и полости рта. Клиника, диагностика, лечение.
116. Опухолеподобные образования челюстей, кисты челюстей. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
117. Актиномикоз челюстей, лица и шеи. Классификация. Этиология, патогенез, пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения.
118. Туберкулез челюстей, лица и шеи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика распространения.
119. Сифилис. Проявления в полости рта. Диагностика и профилактика. Лечение.
120. Общие принципы хирургического лечения патологии пародонта.
121. Классификация хирургических вмешательств на тканях пародонта. Показания, противопоказания.
122. Методы хирургических вмешательств на пародонте. Показания и противопоказания к проведению хирургического вмешательства.
123. Кюретаж пародонтального кармана. Гингивотомия. Гингивоэктомия. Показания. Техника операции, осложнения.

124. Лоскутная операция по Видману-Нейману. Показания. Техника операции, осложнения.
125. Френулоэктомия, френулотомия. Показания. Техника операций, осложнения.
126. Вестибулопластика. Показания. Техника операций, осложнения.
127. Фуркационные дефекты зубов. Причины, клиника, диагностика, методы лечения.
128. Анатомические предпосылки стоматологической имплантации. Остеоинтеграция. Морфологические особенности заживления костной раны, контактной зоны кость – имплантат.
129. Дентальная имплантация. Показания и противопоказания к применению дентальных имплантатов.
130. Материалы, используемые для изготовления имплантатов.
131. Виды конструкций имплантатов. Оборудование и инструменты для проведения операций стоматологической имплантации.
132. Основные этапы дентальной имплантации. Хирургические принципы установки имплантатов круглой формы (винтовые, цилиндрические, винтоцилиндрические).
133. Одноэтапный подход в использовании дентальных имплантатов. Показания и противопоказания, хирургический принцип установки имплантатов.
134. Двухэтапный подход в использовании дентальных имплантатов. Показания и противопоказания, хирургический принцип установки имплантатов.
135. Виды дефектов и деформаций альвеолярной части/отростков челюстей. Причины возникновения, принципы направленной регенерации костной ткани.
136. Осложнения стоматологической имплантации.

Вопросы для подготовки к экзамену по хирургической стоматологии
9 семестр 5 курс

1. Хирургическая стоматология. Предмет, задачи дисциплины, взаимосвязь с другими разделами стоматологии.

Стоматологическая хирургическая помощь взрослому населению на территории Российской Федерации оказывается лечебно-профилактическими учреждениями, деятельность которых регламентирована (приказ №1496н от 07.12.11 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях») и направлена на выявление, лечение, профилактику заболеваний челюстно-лицевой области. К лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим стоматологическую хирургическую помощь относят:

• стоматологический кабинет – структурная единица отделения, ограниченная одним помещением, иногда самостоятельное лечебное

учреждение, оказывающее стоматологическую помощь согласно своему профилю;

- отделение хирургической стоматологии – структурная единица лечебно-профилактического учреждения, стоматологической клиники или поликлиники, для оказания стоматологической помощи своего профиля. Стоматологические отделения могут входить в состав многопрофильных поликлиник, многопрофильных больниц, научно-исследовательских центров и институтов, специализированных центров, клинико-диагностических центров, госпиталей;
- стоматологическая поликлиника (районная, городская, областная) – лечебное учреждение, приспособленное для оказания всех видов стоматологической помощи, кроме стационарной хирургической. Структура стоматологической поликлиники состоит из основных отделений (терапевтического, хирургического, ортопедического) и вспомогательных служб (регистратуры, рентгеновского кабинета, физиотерапевтического кабинета, зуботехнической лаборатории, диагностической лаборатории, административно-хозяйственной части);
- выездная стоматологическая бригада – это бригада специалистов, оснащенная передвижным оборудованием, которая занимается оказанием помощи в отдаленных населенных пунктах, в образовательных учреждениях, на производстве и других учреждениях, а также осуществляет выезд на дом к тяжелобольным и маломобильным пациентам.

Основное место в структуре стоматологической службы принадлежит стоматологическим поликлиникам. Согласно приложения №1 приказа Минздрава РФ №633 от 13.10.2005 «Об организации медицинской помощи», выделяются три уровня оказания стоматологической помощи:

- квалифицированная (стоматологические кабинеты и отделения в поликлиниках общего профиля, районных больницах, медико-санитарных частях и т.д.);
- специализированная (отделения стоматологических поликлиник, стоматологические отделения в поликлиниках общего профиля, больницах и т.д.);
- узкоспециализированная, в том числе высокотехнологичная (отделения крупных многопрофильных поликлиник и больниц, стоматологические факультеты вузов, НИИ).

2. Организация поликлинической хирургической стоматологической помощи населению в городах и сельской местности. Уровни оказания стоматологической помощи.

Стоматологическая хирургическая помощь взрослому населению на территории Российской Федерации оказывается лечебно-профилактическими учреждениями, деятельность которых регламентирована (приказ №1496н от 07.12.11 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях») и направлена на выявление, лечение, профилактику заболеваний челюстно-лицевой области. К лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим стоматологическую хирургическую помощь относят:

• стоматологический кабинет – структурная единица отделения, ограниченная одним помещением, иногда самостоятельное лечебное учреждение, оказывающее стоматологическую помощь согласно своему профилю;
• отделение хирургической стоматологии – структурная единица лечебно-профилактического учреждения, стоматологической клиники или поликлиники, для оказания стоматологической помощи своего профиля. Стоматологические отделения могут входить в состав многопрофильных поликлиник, многопрофильных больниц, научно-исследовательских центров и институтов, специализированных центров, клинико-диагностических центров, госпиталей;
• стоматологическая поликлиника (районная, городская, областная) – лечебное учреждение, приспособленное для оказания всех видов стоматологической помощи, кроме стационарной хирургической. Структура стоматологической поликлиники состоит из основных отделений (терапевтического, хирургического, ортопедического) и вспомогательных служб (регистратуры, рентгеновского кабинета, физиотерапевтического кабинета, зуботехнической лаборатории, диагностической лаборатории, административно-хозяйственной части);
• выездная стоматологическая бригада – это бригада специалистов, оснащенная передвижным оборудованием, которая занимается оказанием помощи в отдаленных населенных пунктах, в образовательных учреждениях, на производстве и других учреждениях, а также осуществляет выезд на дом к тяжелобольным и маломобильным пациентам.

Основное место в структуре стоматологической службы принадлежит стоматологическим поликлиникам. Согласно приложения №1 приказа Минздрава РФ №633 от 13.10.2005 «Об организации медицинской помощи», выделяются три уровня оказания стоматологической помощи:
• квалифицированная (стоматологические кабинеты и отделения в поликлиниках общего профиля, районных больницах, медико-санитарных частях и т.д.);
• специализированная (отделения стоматологических поликлиник, стоматологические отделения в поликлиниках общего профиля, больницах и т.д.);
• узкоспециализированная, в том числе высокотехнологичная (отделения крупных многопрофильных поликлиник и больниц, стоматологические факультеты вузов, НИИ).

3. Организация работы хирургического стоматологического кабинета, отделения и стационара.

Стоматологическая хирургическая помощь взрослому населению на территории Российской Федерации оказывается лечебно-профилактическими учреждениями, деятельность которых регламентирована (приказ №1496н от 07.12.11 «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях») и направлена на выявление, лечение, профилактику заболеваний челюстно-лицевой области. К лечебно-профилактическим учреждениям, оказывающим стоматологическую хирургическую помощь относят:

• стоматологический кабинет – структурная единица отделения, ограниченная одним помещением, иногда самостоятельное лечебное учреждение, оказывающее стоматологическую помощь согласно своему профилю;
• отделение хирургической стоматологии – структурная единица лечебно-профилактического учреждения, стоматологической клиники или поликлиники, для оказания стоматологической помощи своего профиля. Стоматологические отделения могут входить в состав многопрофильных поликлиник, многопрофильных больниц, научно-исследовательских центров и институтов, специализированных центров, клинико-диагностических центров, госпиталей;
• стоматологическая поликлиника (районная, городская, областная) – лечебное учреждение, приспособленное для оказания всех видов стоматологической помощи, кроме стационарной хирургической. Структура стоматологической поликлиники состоит из основных отделений (терапевтического, хирургического, ортопедического) и вспомогательных служб (регистратуры, рентгеновского кабинета, физиотерапевтического кабинета, зуботехнической лаборатории, диагностической лаборатории, административно-хозяйственной части);
• выездная стоматологическая бригада – это бригада специалистов, оснащенная передвижным оборудованием, которая занимается оказанием помощи в отдаленных населенных пунктах, в образовательных учреждениях, на производстве и других учреждениях, а также осуществляет выезд на дом к тяжелобольным и маломобильным пациентам.

Основное место в структуре стоматологической службы принадлежит стоматологическим поликлиникам. Согласно приложения №1 приказа Минздрава РФ №633 от 13.10.2005 «Об организации медицинской помощи», выделяются три уровня оказания стоматологической помощи:
• квалифицированная (стоматологические кабинеты и отделения в поликлиниках общего профиля, районных больницах, медико-санитарных частях и т.д.);
• специализированная (отделения стоматологических поликлиник, стоматологические отделения в поликлиниках общего профиля, больницах и т.д.);
• узкоспециализированная, в том числе высокотехнологичная (отделения крупных многопрофильных поликлиник и больниц, стоматологические факультеты вузов, НИИ).

Стационар предназначен для проведения обследования и лечения пациентов с заболеваниями челюстно-лицевой области, требующими хирургического или консервативного лечения в клинических условиях.

В срочном порядке через службу неотложной помощи должны быть госпитализированы пациенты с острыми воспалительными заболеваниями ЧЛО (остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, фурункул, карбункул, травматические повреждения, кровотечения).

В плановом порядке в хирургический стоматологический стационар поступают пациенты для лечения врожденных и приобретенных дефектов и деформаций лица, доброкачественных новообразований ЧЛО, хирургического этап лечения злокачественных новообразований ЧЛО, а также проводят лечение пациентов с тяжелой сопутствующей патологией.

Хирургический стоматологический стационар имеет те же подразделения, что и хирургический стационар общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурная, палаты (в том числе и палаты интенсивной терапии), пост медицинских сестер, пищеблок и др.

Хирургический стоматологический стационар оснащен следующим оборудованием: стоматологическое кресло/стол (или несколько), бестеневая лампа, мебель (столики для инструмента и т.д.), стоматологические наконечники, бактерицидные и ультрафиолетовые лампы, хирургический инструментарий, анестезиологическое и реанимационное оборудование и оснащение.

Задачами анестезиологической службы являются оценка функционального состояния пациента, решение о выборе метода обезболивания (местное или общее), выборе премедикации, подготовка пациента к операции, поддержание и восстановление функций основных систем организма, а также обеспечение анестезиологического пособия при проведении стоматологических операций в условиях поликлиники. Обязательным аспектом работы анестезиологической службы является ведение документации: запись в карте (истории болезни) и журнале анестезиологического обеспечения, отчетность по больнице/клинике/поликлинике.

В дневном стоматологическом хирургическом стационаре возможно проведение всех видов операций в ЧЛО, после которых не требуется круглосуточного наблюдения за пациентами, т.е. исключая тяжелые гнойно-воспалительные процессы, тяжелые травматические повреждения, распространенные злокачественные новообразования, объемные реконструктивные вмешательства. Данная форма организации может быть образована на базе многопрофильной больницы (стационара), стоматологических факультетов, специализированных центров, научно-исследовательских институтов. Требования к помещению дневного стационара – аналогичные хирургическому стационару общего профиля, т.е. должны быть следующие подразделения: операционно-перевязочный блок, процедурную, палаты (в том числе палаты интенсивной терапии), пост медицинских сестер.

4. Правовые аспекты амбулаторного хирургического лечения в медицинских учреждениях стоматологического профиля

Медицинская деятельность в настоящее время все чаще подвергается контролю и экспертным оценкам. Это, прежде всего, обусловлено изменениями в законодательстве РФ в сторону приоритета прав человека в области охраны здоровья. Отнесение новым Гражданским кодексом РФ медицинской деятельности к сфере услуг существенно расширило права пациентов.

Амбулаторная стоматологическая помощь, в том числе и хирургическая стоматологическая, в настоящее время оказывается в следующих учреждениях:

- государственные и муниципальные стоматологические поликлини¬ки;
- стоматологические подразделения в составе других государствен¬ных учреждений (поликлиники, медико-санитарные части, больницы, диспансеры, жен¬ские консультации и др.);
- стоматологические кабинеты в немедицинских организациях (дет¬ские сады, школы, вузы и т.д.);

- частные стоматологические клиники и кабинеты.

Право на осуществление медицинской деятельности в Российской Федерации имеют лица: получившие медицинское образование в РФ в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами; имеющие свидетельство об аккредитации специалиста.

Аккредитация специалиста осуществляется по окончании им освоения основных образовательных программ среднего, высшего и послевузовского медицинского образования, а также дополнительных профессиональных образовательных программ не реже одного раза в пять лет. Лица, имеющие медицинское образование, не работавшие по своей специальности более пяти лет, могут быть допущены к осуществлению медицинской деятельности в соответствии с полученной специальностью после прохождения обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам (повышение квалификации, профессиональная переподготовка) и прохождения аккредитации. Лица, незаконно занимающиеся медицинской деятельностью, несут административную или уголовную ответственность (Статья 6.2. Кодекса об административных правонарушениях РФ. Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством); Статья 235. Уголовного кодекса РФ. Незаконное занятие медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью).

Частная медицинская практика – это оказание медицинских услуг медицинскими работниками вне учреждений государственной и муниципальной систем здравоохранения за счет личных средств граждан или за счет средств предприятий, учреждений и организаций, в том числе страховых медицинских организаций, в соответствии с заключенными договорами.

Правовое регулирование медицинской деятельности осуществляется на федеральном уровне: Конституцией РФ от 12.12.1993 г.; Федеральным законом РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от 21.11.2011 г. №323; Федеральным законом РФ «О защите прав потребителей» от 07.02.1992 г. №2300-1; Гражданским кодексом РФ, Налоговым кодексом РФ, кодексом об Административных правонарушениях РФ; Постановлением Правительства РФ «Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг» от 04.10.2012 г. №1006; Приказом Минздрава РФ «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» от 27.06.2016 г. №419н; Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» от 07.12.2011 г. №1496н; Приказом Минздрава РФ «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» от 20.06.2013 №388н; Этическим кодексом специалистов стоматологического профиля от 15.09.1999 г., принятым на V съезде СтАР (Стоматологической Ассоциации России). На региональном

уровне регулируется законами и подзаконными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации.

Основными задачами врача стоматолога хирурга являются оказание в амбулаторных условиях квалифицированной лечебно-диагностической помощи пациентам с заболеваниями зубов и полости рта, ведущим способом лечения которых будет оперативный. В своей деятельности врач-стоматолог руководствуется указаниями и распоряжениями муниципальных органов здравоохранения, должностными инструкциями, а также методическими рекомендациями по улучшению стоматологической помощи населению.

Врач-стоматолог обязан:

- проводить амбулаторный прием по графику, утвержденному администрацией клиники, регулируя поток посетителей путем рационального распределения повторных пациентов;
- обеспечивать квалифицированное и своевременное обследование и лечение пациентов с заболеваниями зубов и полости рта, в том числе сотрудников клиники;
- оказывать вне очереди экстренную помощь пациентам с острой зубной болью, а также ветеранам войны и инвалидам;
- обеспечивать правильное проведение экспертизы временной нетрудоспособности;
- направлять пациентов, при наличии показаний, на дополнительные виды исследования (лабораторные, лучевые и т.д.);
- своевременно представлять пациентов с неустановленными формами заболеваний или длительно болеющих на консультацию к другим врачам-специалистам клиники и экспертной комиссии;
- консультировать пациентов по направлению других специалистов учреждения;
- осуществлять, в соответствии с показаниями, своевременную госпитализацию пациентов;
- соблюдать в своей работе принципы деонтологии;
- осуществлять контроль и руководство работой среднего медицинского персонала хирургического стоматологического кабинета;
- систематически повышать свою профессиональную квалификацию путем изучения соответствующей литературы, участия в конференциях, семинарах;
- участвовать в проведении среди населения пропаганды санитарно-гигиенических знаний по вопросам профилактики заболевания зубов и полости рта;
- вести медицинские карты стоматологических больных, дневник учета работы врача-стоматолога, листок ежедневного учета работы врача-стоматолога, журнал учета профилактических осмотров полости рта.

Врач-стоматолог имеет право:

- вносить предложения администрации клиники по вопросам улучшения организации лечебно-профилактической стоматологической помощи населению, организации условий своего труда и труда среднего медицинского персонала;
- участвовать в совещаниях по вопросам организация стоматологической помощи;

- назначать и отменять любые лечебно-профилактические мероприятия, исходя из состояния пациента;
- получать информацию, необходимую для выполнения должностных обязанностей;
- повышать свою квалификацию на курсах усовершенствования в установленном порядке.

Врач-стоматолог несет ответственность как за некачественную работу и ошибочные действия, так и за бездействие и непринятие решений, которые входят в сферу его обязанностей и компетенции, в соответствии с действующим законодательством.

В соответствии со ст. 19 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» от №323 от 21.11.2011г каждый имеет право на медицинскую помощь в гарантированном объеме, оказываемую без взимания платы в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также на получение платных медицинских услуг и иных услуг, в том числе в соответствии с договором добровольного медицинского страхования. Пациент при оказании медицинской помощи имеет право на: выбор врача и выбор медицинской организации; профилактику, диагностику, лечение, медицинскую реабилитацию в медицинских организациях в условиях, соответствующих санитарно- гигиеническим требованиям; получение консультаций врачей-специалистов; облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами; получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья; получение лечебного питания в случае нахождения пациента на лечении в стационарных условиях; защиту сведений, составляющих врачебную тайну; отказ от медицинского вмешательства; возмещение вреда, причиненного здоровью при оказании ему медицинской помощи; допуск к нему адвоката или законного представителя для защиты своих прав; допуск к нему священнослужителя.

Каждый гражданин (пациент) имеет право получить в доступной для него форме имеющуюся в медицинской организации информацию о: состоянии своего здоровья; результатах медицинского обследования; наличии заболевания; установленном диагнозе; прогнозе развития заболевания; методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске; возможных видах медицинского вмешательства, его последствиях и результатах оказания медицинской помощи. Информация о состоянии здоровья предоставляется пациенту лично лечащим врачом или другими медицинскими работниками, принимающими непосредственное участие в медицинском обследовании и лечении.

В соответствии со ст. 13 ФЗ РФ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» врачебная тайна – сведения о факте обращения гражданина за оказанием медицинской помощи, состоянии его здоровья и диагнозе, иные сведения, полученные при его медицинском обследовании и лечении. Не допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, в том числе после смерти человека, лицами, которым они стали известны при обучении, исполнении трудовых, должностных, служебных и иных обязанностей, за исключением случаев, установленных законом.

С письменного согласия гражданина или его законного представителя допускается разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, другим гражданам, в том числе должностным лицам, в целях: медицинского обследования и лечения пациента; проведения научных исследований; их опубликования в научных изданиях; использования в учебном процессе и в иных целях. В соответствии с Этическим кодексом стоматологического профиля специалисты стоматологического профиля, являясь достойной частью российского общества, выполняют все его законы, правила и нормы поведения.
Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства при оказании стоматологической помощи является получение информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.
Гражданин, один из родителей или иной законный представитель имеют право отказаться от медицинского вмешательства или потребовать его прекращения, но в доступной для него форме должны быть разъяснены возможные последствия такого отказа.
Порядок оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях регламентирован приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 07.12.2011 г. №1496н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях» устанавливает правила оказания медицинской помощи взрослому населению при стоматологических заболеваниях медицинскими организациями, независимо от их организационно-правовой формы. Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях предусматривает выполнение необходимых профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий и оказывается в соответствии с установленными стандартами медицинской помощи. Медицинская помощь взрослому населению при стоматологических заболеваниях и состояниях, представляющих угрозу жизни, оказывается в экстренной форме.

5. Классификация одонтогенных воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. Пути распространения одонтогенной инфекции. Причины обострения хронической одонтогенной инфекции.

Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области являются инфекционно-воспалительными процессами, возникающими вследствие внедрения патогенной микрофлоры через разрушенные ткани зуба или краевой пародонт в подлежащие ткани, в том числе при хирургических вмешательствах и травмах. Термин «одонтогенные воспалительные заболевания» является собирательным. Он включает в себя ряд достаточно четко очерчен¬ных в клиническом отношении форм заболеваний (периодонтит, периостит, остеомиелит, абсцесс и флегмона, лимфаденит, одонтогенный верхнечелюстной синусит), которые в то же время можно рассматривать как

разнообразные проявления динамически протекающего одонтогенного инфекционного процесса.

Классификация. Существует множество классификаций воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, в их основу положены этиопатогенетические особенности, локализация заболеваний, характер возбудителей и входных ворот инфекции, характер распространенности заболеваний и другие принципы. В зависимости от локализации входных ворот инфекции различают одонтогенные заболевания, которые составляют 95% всех воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. При данных заболеваниях микробный агент распространяется из воспаленной некротизированной пульпы в периапикальные ткани и периодонт, далее может распространяться в другие участки костной ткани челюстей, периост, околочелюстные и мягкие ткани, органы полости рта и челюстно-лицевой области.

В зависимости от путей проникновения инфекции различают: стоматогенные, риногенные, тонзилогенные, отогенные, дерматогенные. Также гематогенный и лимфогенный путь инфицирования, если инфекция распространяется из отдаленных областей (развитие фурункулов, карбункулов, лимфаденитов и др.).

В зависимости от природы возбудителей принято выделять специфические и неспецифические, инфекционные, протозойные (паразитарные) воспалительные заболевания. При неспецифической природе воспалительного заболевания большинство выделенных штаммов микроорганизмов из очага воспаления являются резидентными (т.е. встречаются в нормальных условиях на слизистых оболочках рта, носа и глотки и поддерживают нормальный биоценоз). При специфической природе заболевания в воспалительном очаге появляются патогенные микроорганизмы, которые в норме не встречаются в составе резидентной микрофлоры (возбудители туберкулеза, сифилиса, гонореи, ВИЧ-инфекции и др.). Увеличение количества условно-патогенных микроорганизмов (актиномицеты, грибы и др.), которые в норме встречаются в малых количествах, также свидетельствует о специфической инфекционной природе заболевания.

По локализации воспалительного очага в тканях и характеру воспалительной реакции различают острые (периодонтит, периостит, остеомиелит, лимфаденит, абсцесс, флегмона, верхнечелюстной синусит) и хронические (периодонтит, периостит, остеомиелит, лимфаденит, верхнечелюстной синусит).

По распространенности при некоторых воспалительных процессах (остеомиелит, актиномикоз) выделяют: локальные, диффузные (распространенные), генерализованные. По типам течения воспалительных реакций выделяют: нормергический, гиперергический, гипоергический, анергический и дизергический.

Наиболее распространенной в нашей стране является клас¬сификация, полученная на основе объединения классификаций И.Г. Лукомского (1955) и А.И. Евдокимова (1950). Она предложена А.Г. Шаргородским и Л.М. Поповым (1979):

Периодонтиты: острые (серозные и гнойные), хронические в стадии обострения, хронические (гранулирующие, гранулематозные, фиброзные).

Периоститы челюстей.

Остеомиелиты челюстей: по клиническому течению (острые, подострые, хронические, обострение хронического); по характеру распространения процесса (ограниченные, диффузные).
Абсцессы и флегмоны: лица, дна полости рта, языка, околочелюстные, окологлоточные, шеи.
Лимфадениты лица и шеи.
По Международной классификации болезней ВОЗ (МКБ-10) одонтогенные воспалительные заболевания относятся к болезням органов пищеварения и непосредственно к болезням пульпы и периапикальных тканей, а такие их осложнения, как абсцесс, флегмона, лимфаденит лица, головы и шеи - к болезням кожи и подкожной клетчатки:
X. Болезни органов дыхания:
J.01 - Острый, хронический синусит
XI. Болезни органов пищеварения:
K.04 - Болезни пульпы и периапикальных тканей (острый, хронический апикальный периодон¬тит, периапикальный абсцесс со свищем и без свища, корневая киста, периодонтальный абс¬цесс со свищем и без свища, острый перикоронит):
K04.4 Острый апикальный периодонтит
K04.5 Хронический апикальный периодонтит (апикальная гранулема)
K04.6 Периапикальный абсцесс с полостью (дентоальвеолярный абсцесс с полостью, периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения)
K04.60 Периапикальный абсцесс с полостью к верхнечелюстной пазухе
K04.61 Периапикальный абсцесс с полостью к носовой полости
K04.62 Периапикальный абсцесс с полостью к ротовой полости
K04.63 Периапикальный абсцесс с полостью к коже
K04.7 Периапикальный абсцесс без полости (зубной абсцесс без полости, дентоальвеолярный абсцесс без полости, периодонтальный абсцесс пульпарного происхождения без полости)
K04.8 Корневая киста (апикальная периодонтальная киста, периапикальная киста)
K04.80 Апикальная и боковая киста
K04.81 Остаточная (резидуальная) киста
K04.82 Воспалительная парадентальная киста
K.10.2 Воспалительные заболевания челюстей (осте¬ит, периостит, остеомиелит, секвестр челюстной кости)
K.10.3 Альвеолит челюстей (альвеолярный остеит, сухая лунка)
K.12.2 Абсцесс и флегмона области рта
XII. Болезни кожи и подкожной клетчатки:
L.02.0 Абсцесс лица, шеи
L.03.2 - Флегмона лица, шеи
L.04.0 - Острый лимфаденит лица, шеи
L.92.8 - Гранулематозные изменения лица, шеи
Классификация ВОЗ представляет значительное достижение в возмож¬ности распознавания и лечения одонтогенных гнойных воспалительных заболе¬ваний, в ней ранжированы все инфекционные воспалительные заболевания по нозологическим единицам.

До недавнего времени приоритетное значение отдавалось контактному пути, при котором происходит непосредственное распространение гноя при поэтапном гнойном расплавлении тканей. При обострении воспаления образовавшийся в первичном очаге гной по каналам в кости выходит под надкостницу, расплавляет ее, далее проникает в окружающие мягкие ткани и распространяется по клетчаточным пространствам. Такой механизм распространения возможен, но наблюдается он достаточно редко, так ка процесс поэтапного гнойного расплавления тканей длительный. Клинически развитие острого воспалительного процесса в интактных тканях, которые удалены от первичного очага инфекции, происходит в течение нескольких часов от момента появления первых признаков обострения хронического воспаления в первичном очаге. А в ряде случаев признаков обострения воспаления в первичном очаге вообще не наблюдают. Это свидетельствует о том, что в большинстве случаев развития воспалительного процесса имеет место не контактный, а лимфогенный и гематогенный пути распространения инфекции.

При лимфогенном пути распространения через лимфатические сосуды микроорганизмы и продукты их жизнедеятельности попадают в регионарные лимфатические, узлы, в которых они инактивируются, уничтожаются и выводятся. При длительном существовании очага хронической инфекции барьерная функция лимфоузлов может снижаться (вследствие их функционального истощения), в результате чего возникает острый воспалительный процесс в самих лимфатических узлах с дальнейшим распространением на окружающие ткани.

При гематогенном пути распространения по кровеносным сосудам происходит распространение не гноя, а иммунных комплексов, причем в распространении воспаления играет роль не общий, а местный кровоток. Иммунные комплексы, попав в общий кровоток, сразу уничтожаются в печени и селезенке (за исключением септических состояний), поэтому в распространении инфекции роли не играют. Благодаря местному кровотоку антигены и комплексы антиген-антитело отводятся от очага первичной инфекции в окружающие регионарные ткани и там фиксируются на эндотелии сосудов, где происходит уничтожении иммунных комплексов с повреждением стенок сосудов и окружающих тканей, что вызывает воспаление.

Развитие воспаления происходит преимущественно в рыхлой жировой клетчатке из-за ее богатой васкуляризации, этим же объясняют и частое поражение надкостницы. Быстрое развитие периоститов, околочелюстных абсцессов и флегмон, при которых гной не «прорывается» из кости, а образуется в околочелюстных мягких тканях, происходит в результате проникновения бактериальных антигенов из первичного очага одонтогенной инфекции.

Большую роль в патогенезе воспаления отводят системам нейрорегуляции и микроциркуляции. Наличие хронического очага инфекции приводит к чрезмерному раздражению соответствующих нервов, что приводит к нейрофизическим и нейротрофическим расстройствам, способствующим снижению резистентности тканей. При нарушении микроциркуляции в зоне воспаления происходит ослабление окислительно-восстановительных процессов, падает напряжение кислорода, что ведет к снижению резистентности тканей к инфекции. Причинами нарушения микроциркуляции являются: непосредственное повреждение эндотелия капилляров комплексами антиген –

антитело; внесосудистые механизмы окклюзии (такие как сдавливание сосудов воспалительным инфильтратом, экссудатом); повреждение сосудов при хирургических манипуляциях, наложение тугих повязок, широкая отслойка надкостницы при вскрытии субпериостальных абсцессов, сопровождающих острый остеомиелит нижней челюсти (но не периостит).
Патогенез воспалительного процесса при различных его формах и локализациях имеет общие механизмы. Однако в одних случаях возникает периостит, а в других - остеомиелит, абсцесс, флегмона. По всей видимости, это обусловлено преимущественной локализацией комплексов антиген - антитело в различных участках тканей, при повреждении и фагоцитозе которых воспаление возникает в ответ на вторичное повреждение.

6. Иммунологические особенности тканей челюстно-лицевой области. Антибактериальная резистентность тканей полости рта и развитие одонтогенной инфекции.

Состояние местного иммунитета во многом определяет вероятность возникновения и характер развития инфекционно-воспалительного процесса. Оно зависит от способности тканей этой области продуцировать и накапливать факторы неспецифической и специфической защиты. Местные защитные факторы создают барьер на пути проникновения в организм микробов. Для развития острого одонтогенного воспалительного процесса большое значение имеют очаги инфекции в полости рта, которые вызывают адгезивность микроорганизмов, например гранулемы в области верхушек корней зубов, околозубная бактериальная бляшка. Ротовая жидкость, слизистая оболочка, система костного мозга челюстей, лимфатические узлы, соединительная ткань обладают свойствами неспецифической и специфической защиты.
Неспецифические реакции являются первичными и обеспечивают защиту организма при встрече его с возбудителями независимо от видовой принадлежности. Например, ротовая жидкость содержит в достаточно высокой концентрации лизоцим (белок со свойствами муколитического фермента) и секреторный иммуноглобулин А, ко-торые участвуют в поддержании микробного пейзажа полости рта. Наряду с интерфероном иммуноглобулин А и лизоцим обусловливают барьерные свойства слизистой оболочки по отношению к вирусной и бактериальной инфекции. Специфические реакции, или иммунитет, определяют возможность защиты от конкретных антигенных раздражителей - микробов. Неспецифические факторы играют определенную роль при защите организма от условно-патогенных микроорганизмов. При попадании же в него облигатно-патогенных микробов включаются иммунные механизмы зашиты. Неспецифические и специфические защитные факторы организма работают не изолированно, а во взаимодействии в различные периоды онтогенеза и на разных фазах иммуногенеза.

7. Болезни прорезывания зубов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Прорезывание молочных и постоянных зубов, как правило, протекает без осложнений, однако вследствие различных условий, в том числе при нарушении фило- и онкогенеза, прорезывание нижних зубов мудрости, реже верхних зубов мудрости, клыков и премоляров обеих челюстей, может сопровождаться воспалительными явлениями.

В основе аномалий прорезывания и положения зубов лежит несколько факторов. Эндогенные факторы – генетические (аномалии размера челюстей и положения в них зубов), которые происходят под влиянием нарушений функций эндокринной системы, приводят к изменению соотношения размеров челюстей и зубов. Недостаток места в альвеолярной части или альвеолярном отростке челюстей обуславливает ретенцию зубов.

Экзогенные факторы, среди которых определенное значение имеют искусственное вскармливание и прием ребенком мягкой пищи, приводящие к аномалиям зубочелюстной системы.

Распространенность кариеса и его осложнения, а также раннее удаление молочных является причиной смещения зубов и недостатка места для прорезывания постоянных зубов.

Ранняя травма челюстей в период роста костей у детей неблагоприятно влияет на развитие челюстей и зубов, так как может способствовать образованию вторичных деформаций челюстей, потере зачатков постоянных зубов, нарушению окклюзии, деформации зубного ряда и развитию воспалительных заболеваний.

К числу нарушений прорезывания зу¬бов, наблюдаемых в хирургической стоматологии, относят: аномалию положения зуба, аномалию прорезывания зуба.

Классификация по МКБ-10 аномалии прорезывания и положения зубов относятся к классу Болезни органов пищеварения (К00-К93):

К00-К14 Болезни полости рта, слюнных желез и челюстей

К00 Нарушения развития и прорезывания зубов. Исключая: ретенированные и импактные зубы (К01)

К00.0 Адентия

К00.1 Сверхкомплектные зубы

К00.7 Синдром прорезывания зуба

К01 Ретенированные и импактные зубы. Исключая: ретенированные и импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов (К07.3)

К01.0 Ретенированные зубы (ретенированный зуб - это зуб, изменивший свое положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба).

К01.1 Импактные зубы (импактный зуб - это зуб, изменивший свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба)

К07.3 Аномалии положения зуба (Скученность, диастема, смещение, поворот зуба (зубов), нарушение межзубных промежутков, транспозиция, ретенирование или импактные зубы с неправильным положением их или соседних зубов. Исключены: ретенированные и импактные зубы с нормальным положением (К01)

Воспалительные осложнения, связанные с затрудненным прорезыванием третьих моляров нижней челюсти являются наиболее частыми. Так возникновение периоститов, абсцессов и флегмон околочелюстных мягких

тканей связано с нарушением прорезывания зубов и составляет 11,6% случаев от общего их количества.
Зубы мудрости нижней челюсти прорезываются преимущественно в возрасте 18-25 лет, иногда позже. Зуб мудрости чаще имеет два корня и хорошо выраженную коронку, иногда число корней может быть разное, форма их изогнута. Затрудненное прорезывание данных зубов может быть обусловлено следующими факторами:
отсутствие предшественника в виде молочного зуба, вследствие чего кость в данной области становится более плотной,
наличие в данной области мощного контрфорса в виде наружной косой линии, которая включает в себя толстую и плотную кортикальную пластинку,недостаток места в зубной дуге, вследствие чего зуб располагается в ветви нижней челюсти или упирается в нее,
толстая слизистая оболочка, содержащая волокна щечной мышцы и верхнего констриктора глотки, что создает дополнительный плотный таковой барьер для прорезывания зуба.
Важной причиной затрудненного прорезывания считают недостаток места в челюсти, в частности в позадимолярной области, что приводит к задержке прорезывания зуба мудрости иногда на месяцы и даже годы. Это происходит за счет редукции нижней челюсти в процессе филогенеза, когда дистальный отдел альвеолярной части уменьшается. Так как зуб мудрости прорезывается последним, ему не хватает места в зубном ряду. Установлено, что для нормального прорезывания зуба мудрости расстояние от дистальной поверхности второго моляра до ветви нижней челюсти должно быть 29 мм, в других случаях создаются условия для патологии.
Затрудненное прорезывание зуба мудрости нижней челюсти, когда достаточно места между вторым моляром и ветвью челюсти, может быть связано с толстой кератинизированной слизистой оболочкой, покрывающей позадимолярную ямку, а также ее взаимоотношение с прорезывающим зубом мудрости.
На прорезывание зубов мудрости влияют так же: воспаление корня соседнего зуба, ранняя потеря молочного зуба, конвергенция коронок двух постоянных зубов, искривление корня зуба мудрости, аномалия анатомии зуба, гиперцементоз, цементомы корня.
Большое значение имеет время роста нижней челюсти, в том числе и в длину, так как от этого зависит - прорежется зуб мудрости или не нет. Неправильное расположение зачатка зуба мудрости в челюсти, патология роста и развития самой челюсти ведет к дистопии зуба – наклону кпереди (ко второму моляру), реже кнаружи, внутрь или кзади. Аномалия роста и развития самой челюсти, зачатка зуба мудрости также является причиной затрудненного прорезывания, это связано с оппозиционной зоной роста, инерстициальным неравномерным ростом.
Во время жевания постоянное травмирование слизистой оболочки, покрывающей позадимолярную ямку, приводит к рубцеванию и склерозированию слизистой оболочки. Рубцово-измененная слизистая оболочка (капюшон) затрудняет прорезывание зуба и его выдвижение прекращается. После обнажения одного или обоих медиальных бугров положение зуба далее не меняется, его коронка оказывается ниже уровня коронок первого и второго нижнего моляров, а часть его жевательной

поверхности остается закрытой лоскутом слизистой оболочки – капюшоном, под которым наблюдается скопление обильной микрофлоры полости рта и частиц пищи. Данный фактор, а также частая травма при жевании слизистого капюшона являются причиной воспаления в мягких тканях, окружающих зуб – перикоронита, воспаления надкостницы позадимолярной ямки – позадимолярного периостита. Данные осложнения затрудненного прорезывания зуба мудрости могут быть причинами развития периостита, остеомиелита, абсцесса, флегмоны. Резко перикоронит является развитием язвенного стоматита, пародонтальной кисты и других осложнений.

Задержка прорезывания и аномалия положения зуба.

Аномальное положение зубного зачатка, а также различные эндогенные и экзогенные патологические воздействия на зубочелюстную систему могут явиться причиной аномалии положения сформировавшегося зуба, а также приводить к задержке его прорезывания. Степень аномального положения зуба может быть различной - от небольшого отклонения продольной оси по отношению к норме до расположения зуба в верхней половине ветви нижней челюсти и т.д.

Ретенированным называется полностью сформированный постоянный зуб, находящийся в толще костной ткани челюсти, изменивший свое положение при прорезывании без препятствия со стороны соседнего зуба.

Импактным называется полностью сформированный постоянный зуб, изменивший свое положение при прорезывании из-за препятствия со стороны соседнего зуба.

Аномалия положения зуба.

Прорезавшиеся зубы смещаются, занимают разнообразное положение в зубном ряду или вне зубного ряда, в этих случаях говорят об аномалии положения зуба. Чаще всего смещается третий моляр нижней челюсти, реже третий моляр, клык, премоляры и резцы нижней челюсти. Смещение зуба преимущественно происходит в результате нарушения последовательности и сроков прорезывания зубов. Зуб может смещаться в сторону преддверия или собственно полости рта, медиально или дистально от средней линии, развернут вокруг своей оси, расположен ниже или выше других зубов. Нередко зуб может смещаться одновременно в двух-трех направлениях по отношению к зубному ряду. Иногда аномально расположены могут быть несколько зубов (2—3 зуба и более).

Прорезавшийся и имеющий аномальное положение зуб может вызвать изменение положения других зубов, что влечет за собой нарушение прикуса и как следствие - фун-кциональные и эстетические нарушения. При смещении зуба в сторону преддверия или собственно полости рта происходит травмирование слизистой оболочки губы, щеки, языка, с образованием эрозий и декубитальных язв.

Диагностика не вызывает затруднений, клинически выявляют зуб, выступа¬ющий из зубного ряда или расположенный неправильно по отношению к другим зубам.

Лечение аномалии положения зуба проводят обычно в период смены зубов, когда все виды смещения зубов легко устраняются различ¬ными ортодонтическими методами, как правило лечение проводят до 14-15 лет, возможно применение этих методов и в возрасте старше 15 лет, однако сроки ортодонтического лечения увеличиваются. Когда ортодонтическое лечение не

дает результата или не показано, зуб удаляют. По показаниям нередко для проведения ортодонтического лечения требуется удаление зубов мудрости на обеих челюстях. В случае травмирования слизистой оболочки дистопированным зубом проводят сошлифовывание бугорков и режущей поверхности зуба.

Задержка прорезывания зуба.

Полностью сформированные зубы могут длительное время находиться в челюсти бессимптомно, это относится к нарушениям прорезывания зуба. Иногда это может быть связано с заболеваниями и повреждениями зубочелюстной системы. Ретенция зуба чаще наблюдается при прорезывании постоянных зубов верхней и нижней челюсти.

Клинически может выявляться случайно при лучевых методах обследования челюстно-лицевой области или на месте отсутствующего постоянного зуба может располагаться в зубном ряду взрослого человека молочный зуб или когда образовавшуюся щель частично или полностью заполняют соседние зубы. Ретенированные зубы могут смещать соседние зубы, нарушая их нормальное положение. В отдельных случаях клиническим проявлением ретенции зуба может быть ограниченное выпячивание костной ткани в области альвеолярного или отростка (части) челюсти, особенно при отсутствии зуба в зубном ряду. Под таким выпячиванием можно иногда пропальпировать контуры зуба или его части. Ретенированные зубы могут сдавливать альвеолярные нервы и их разветвления. В этих случаях могут возникать как резкие боли, иррадиирущие в зависимости от локализации в височную, лобную область, ухо, так и симптом Венсана. Нередко ретенированный зуб может быть источником воспалительного процесса.

При неполном прорезывании зуба через костную ткань или слизистую оболочку клыков, зубов мудрости верхней и нижней челюстей, когда появляется часть коронки зуба, может возникать воспалительный процесс вокруг нее, это связано с тем, что происходит постоянная травма слизистой оболочки, прилегающей к прорезывающейся части коронки зуба. Иногда полупрорезавшийся зуб обнаруживают при воспалительном процессе, при осмотре полости рта определяют утолщение альвеолярного отростка (части), покрытое гиперемированной отечной слизистой оболочкой. Иногда полупрорезавшийся зуб ничем себя не проявляет и обнаруживается случайно.

На верхней челюсти воспалительные процессы при прорезывании клыков, третьего моляра характеризуются болью, из-за давления на соседние зубы, припухлостью слизистой оболочки, покрывающей альвеолярный отросток с одной стороны, явлениями острого периодонтита. Распространение воспалительного экссудата может привести к периоститу челюсти, острому верхнечелюстному синуситу, а также в прилежащие околочелюстные ткани. Острый остеомиелит развивается редко, как правило, при рецидивирующих воспалительных явлениях.

Диагностика аномалий прорезывания зубов проводится на основании анализа клинической картины и результатов лучевых методов исследования. На рентгенограмме при можно видеть зуб, расположенный в альвеолярном отростке (части) или теле челюстей, у которого часть коронки прикрыта костью (полупрорезавшийся зуб), или зуб, полностью расположенный в кости (непрорезавшийся зуб).

Лечение зубов при задержке их прорезывания зависит от клинической картины и проводится с удалением или сохранением зуба. При наличии воспалительного процесса оно такое же, как при перикороните, периостите, абсцессах, остеомиелите. И только после купирования воспаления решают вопрос относительно зуба. При неполном прорезывании зуба, когда есть место в зубном ряду и если зуб находится в правильном положении, его оставляют и проводят оперкулэктомию, полностью обнажая коронку зуба. Если зуб не прорезался (ретенированный), то его удаление проводится в тех случаях: когда он расположен горизонтально или под острым углом к окклюзионной плоскости, если он развернут на 180 градусов, для него нет или недостаточно места в зубном ряду, если он имеет неправильную анатомическую форму и в других случаях, когда положение зуба не может быть нормализовано с помощью ортодонтического лечения.

Удаление зубов при аномалии прорезывания и положения.

При удалении зуба с аномалиями положения и прорезывания первым этапом проводится лучевая диагностика для уточнения расположения зуба относительно соседних зубов и важных анатомических структур (полости носа, верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстного канала, ментального отверстия), с целью планирования оперативного доступа и методики удаления зуба. Вторым этапом проводят оперативное вмешательство, которое заключатся в трепанации кости (снятия слоя кости закрывающего зуб), вивихивании и извлечении зуба или сепарации коронки зуба и извлечения зуба по частям. Такие операции представляют значительные трудности и длятся от 40 мин до 1 ч и более, так как во всех случаях приходится освобождать зуб от костной ткани, в которой он находится. Степень сложности вмешательства зависит от положения зуба в челюсти, глубины залегания зуба, наклона оси зуба по отношению к дистальному отделу альвеолярной части нижней челюсти и ее ветви, конфигурации и количества корней, наличия анкилоза, количества кости покрывающего зуб, топографических особенностей челюсти и прилежащих к ней тканей и анатомических образований.

Удаление зубов с аномалиями положения и прорезывания проводят под местным обезболиванием (проводниковым и инфильтрационным). При непрорезавшемся или неполностью прорезавшемся зубе для обнажения кости в области трепанации проводят полуовальный, трапециевидный, углообразный разрез слизистой оболочки в зависимости от локализации зуба. При удалении ретенированных клыков и премоляров со стороны преддверия рта при трепанации костной ткани над зубом удобен полуовальный или трапециевидный разрез. Образованный лоскут должен перекрывать своими краями трепанационное отверстие. В области нижних зубов мудрости обычно делают углообразный разрез, на верхней челюсти в области большого коренного зуба производят разрез слизистой оболочки и надкостницы под прямым углом вверх, к своду преддверия рта. При удалении зубов со стороны неба разрез проводят через слизистую оболочку и надкостницу твердого, неба с образованием трапециевидного, полуовального или углообразного лоскута. Затем отслаивают лоскут, костную ткань, расположенную над зубом, удаляют с помощью физиодеспенсера, также можно удалять с помощью ультразвукового хирургического аппарата со специальной насадкой, позволяющей работать на костной ткани. Зуб удаляют элеваторами (или щипцами). Если зуб остается

неподвижным или невозможно вывести подвижный зуб через трепанационное отверстие (это зависит от формы и расположения зуба, от топографических особенностей той области, где проводится оперативное вмешательство) зуб сепарируют на части бором.
После этого зуб по частям извлекается из костного ложа. После удаления зуба кюретажной ложкой тщательно проводят удаление грануляций, при удалении зубов на верхней челюсти следует кюретаж проводить осторожно, чтобы не перфорировать слизистую оболочку носа, верхнечелюстной пазухи. Края костной полости сглаживают, проводят антисептическую обработку костной раны, сглаживают острые края кости, слизисто-надкостничный лоскут укладывают на место и фиксируют узловыми швами, или ведут открытым способом под йодоформной марлей, в случае когда невозможно зашить рану наглухо. Костный дефект после удаления зубов по поводу аномалии положения и прорезывания также можно заполнять биоматериалом, аутокостью, аллокостью, синтетической костью. Если операция осуществляется с целью ортодонтического лечения, хирург-стоматолог должен знать план врача ортодонта по перемещению зубов и в зависимости от этого производить пластику кости. В противном случае ремоделирование кости и плотная костная структура будут: ограничивать ортодонтическое лечение.

В послеоперационном периоде наружно назначают холод в течение 3 дней, антибиотики широкого спектра действия на 5-6 дней, противовоспалительную и десенсибилизирующую терапию, местно полоскания, ротовые ванночки раствором 0,02% или 0,05% хлоргесидина биглюконата, физиолечение.
Удаление зубов с аномалиями положения и прорезывания достаточно сложная операция, после которой возможны осложнения воспалительного характера, в связи с распространением инфекции в близлежащие области и пространства лица и шеи, развитие абсцессов и флегмон. Также возможно возникновение альвеолита, ограниченного остеомиелита челюсти в области заживления раны. Это может быть связано с ранее имевшимся воспалением в области зуба мудрости, так как и с некрозом кости при сверлении бором без водяного охлаждения, поэтому при остеотомии чтобы не было перегрева кости используют физиодиспенсер с охлаждением и наконечник с пониженными оборотами.

8. Перикоронит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения.

Перикоронит.
Первым и наиболее частым клиническим проявлением затрудненного прорезывания зубов является перикоронит — это воспаление мягких тканей, окружающих коронку зуба при его неполном или затрудненном прорезывании, чаще развивается в области нижнего третьего моляра. Слово перикоронит происходит от латинского pericoronitis, где «peri» означает «вокруг», «corona» означает коронку зуба и «itis» окончание, обозначающее «воспаление». В иностранной литературе чаще можно встретить термин «operculitis», что переводится как воспаление слизистой оболочки, покрывающей частично прорезавшийся зуб (operculum - десневая крышка). Развитие перикоронита наиболее часто связывают с затрудненным прорезыванием третьих моляров

нижней челюсти, часто в молодом возрасте, что связано с выраженной общей реактивностью организма.

При нарушении целостности слизистой оболочки ретромолярной области, покрывающей зуб, в перикоронарное пространство (между коронкой и слизистой оболочкой) попадают пищевые остатки, клетки эпителия и микрофлора полости рта. В данном пространстве создаются благоприятные условия для развития облигатно- и факультативно-анаэробных микроорганизмов, так как под слизистым капюшоном невозможно соблюдать адекватную гигиену.

Усугубляет ситуацию травма слизистой оболочки коронкой зубом-антагонистом верхней челюсти. При этом образуется зубодесневой карман под капюшоном слизистой оболочки и над частично или полностью прорезанной коронкой зуба. Частое травмирование капюшона и рецидивы воспаления вызывают хронический воспалительный процесс, который протекает по типу хронического краевого периодонтита и хронического гингивита. В результате происходит рост грануляционной ткани в области шейки зуба и резорбция костной ткани в этой области, которая ведет к образованию патологического костно-десневого кармана. Скапливающиеся там остатки пищи способствуют жизнедеятельности нормальной (резидентной) микрофлоры полости рта, которая в таких (карманах) обнаруживается в количестве, на несколько порядков превышающих ее содержание в других отделах. Кроме того, возникновению воспаления способствует снижение уровня местных механизмов защиты организма и повышение сенсибилизации в данном анатомическом сегменте.

Не последняя роль в пусковом механизме перикоронита отводится системным факторам, таким как грипп, инфекции верхних дыхательных путей, период стресса, нарушение обменных процессов, эндокринные проблемы, авитаминозы и др., которые могут привести к нарушению иммунной системы пациента.

Острый перикоронит это воспалительный процесс тканей десны и краевого периодонта в области третьего при его затрудненном прорезывании. Он может быть катаральным и гнойным. По тяжести течения гнойный перикоронит делится на стадии: легкую, среднюю и тяжелую

Катаральный перикоронит. Эта форма перикоронита развивается в начале заболевания. Больные жалуются на появление слабых или умеренных болей ноющего характера, локализующихся в дистальных отделах нижней челюсти соответствующей стороны и усиливающихся при жевании. Иногда отечная слизистая оболочка десны в области воспаления соприкасается с коронкой зуба антагониста, что сопровождается резким усилением боли при смыкании челюстей, поэтому больные иногда держат рот полуоткрытым. Общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная. Коллатеральный отек околочелюстных тканей отсутствует. При внешнем осмотре в некоторых случаях обнаруживают увеличенный и болезненный лимфоузел в поднижнечелюстной или позадичелюстной области с соответствующей стороны. Открывание не ограничено, но чаще болезненно. Редко наблюдают воспалительную контрактуру I-II степени.

При осмотре полости рта отмечают, что слизистая оболочка покрывает коронку прорезывающегося третьего моляра либо полностью, либо частично (только дистальные бугры), т.е. зуб может быть прорезан одним или двумя

медиальными буграми. Слизистая оболочка гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Область гиперемии и отека обычно не распространяется дальше ретромолярной области и нижних отделов крыловидно-нижнечелюстной складки. При зондировании кармана отделяемого не наблюдают. На поверхности слизистой оболочки, покрывающей коронку зуба, могут наблюдаться характерные вдавленные участки от контакта с зубом-антагонистом. Нередко в этой области на слизистой оболочке определяются эрозии и язвы в результате хронической травмы.

Если воспалительный процесс самостоятельно или под воздействием лечебных мероприятий не купируется, то он переходит в гнойную стадию.

Гнойный перикоронит характеризуется нарастанием симптомов вследствие распространения и усиления воспалительной реакции. При этом больные жалуются на постоянные умеренные или сильные боли, которые резко усиливаются при жевании, смыкании челюстей, во время разговора в области зуба мудрости. Появляются боли при глотании, при открывании рта. Общее состояние нарушается, появляются слабовыраженные симптомы интоксикации, температура тела повышается до 37,0-37,5°С. При внешнем осмотре иногда можно обнаружить небольшой отек в задних отделах поднижнечелюстной и нижних отделах околоушно-жевательной областей. В поднижнечелюстной или позадичелюстной области увеличиваются и становятся болезненными несколько лимфатических узлов. Открывание рта болезненно из-за распространения воспалительной реакции на область жевательных мышц (главным образом, на нижние отделы медиальной крыловидной мышцы и на задние отделы челюстно-подъязычной мышцы). Слизистая оболочка в ретромолярной области резко гиперемирована и отечна. Пальпация этой области вызывает резкую боль, при зондировании из под слизистого капюшона выделяется гной. Отек и гиперемия часто распространяются вверх по крыловидно-нижнечелюстной складке на нёбную дужку, однако пальпация в этих областях безболезненна, что позволяет исключить наличие воспалительного процесса в области крыловидно-нижнечелюстного и окологлоточного пространств.

Если на слизистой оболочке четко видны следы контакта с зубом-антагонистом в виде эрозий и язв диагностируют язвенный перикоронит. Заболевание отличается более тяжелым течением, ухудшением общего состояния, повышением температуры тела более 38°С, с наличием гнилостного запаха изо рта. Пальпация воспаленных тканей болезненна, при зондировании под капюшоном, продвигая зонд от второго маляра можно обнаружить коронку зуба мудрости. В случае, если зуб располагается правильно, ему достаточно места и после проведенного лечения воспалительные явления купируются. Если в позадимолярной ямке места для зуба недостаточно, то слизистый капюшон сохраняется, под ним скапливается обильная микрофлора и воспалительные процессы периодически повторяются и развивается хронический перикоронит.

При своевременном лечении заболевания прогноз благоприятный. Однако, при распространении гнойной инфекции возможны осложнения от язвенного гингивита до околочелюстных флегмон.

Хронический перикоронит. Переход воспалительного процесса в хроническую стадию возможен после однократно возникшего острого воспаления, но чаще после неоднократных обострений и носит характер хронического

маргинального гранулирующего периодонтита, в случаях, когда разрастание грануляционной ткани ограничено, в этой области возникает ограниченный гранулематозный маргинальный периодонтит. Клиника может быть разнообразной. В ряде случаев хронический перикоронит развивается без клинически выраженной острой стадии. Больные редко предъявляют жалобы или они сводятся к незначительным неприятным ощущениям в области слизистого капюшона, чувству дискомфорта, неприятному запаху изо рта. При пережевывании пищи возникает незначительная болезненность в области воспаления, но такие проявления воспалительного процесса не отражаются на общем состоянии больного. При внешнем осмотре каких-либо признаков заболевания не определяют, иногда можно пальпировать увеличенный, подвижный, слабоболезненный или безболезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной или позадичелюстной области. В полости рта слизистая оболочка, частично или полностью покрывающая коронку прорезывающегося зуба, гиперемирована, отечна, из-под нее выделяется серозный или гнойный экссудат. Пальпация в этой области слабо болезненна.

При рентгенологическом обследовании можно выявить разрежение костной ткани у коронки зуба, распространяющееся вдоль корня вниз и в ширину, часто приобретая полуовальную форму глубокого и широкого костного кармана. Участок разряжения при гранулематозном поражении может иметь более четкую границу и менее четкую - при гранулирующем. Обострение хронического воспалительного процесса сопровождается клинической картиной, характерной для острого гнойного перикоронита.

Диагностика перикоронита не вызывает затруднений, заболевание диагностируют на основании характерной клинической картины - наличия воспалительного процесса в области участка слизистой оболочки, полностью или частично покрывающего нижний третий моляр, его коронка интактная и рентгенологической картины – при которой отмечаются деструктивные изменения костной ткани дистальнее зуба.

Дифференциальную диагностику перикоронита проводят с пульпитом и периодонтитом, с невралгией третьей ветви тройничного нерва из-за схожести характера болевых ощущений. Бывают случаи, когда в корне еще не полностью прорезавшегося зуба развивается кариозный процесс, который часто визуально не определяется, так как покрыт слизистой оболочкой, определить его можно зондированием и/или при рентгенологическом исследовании. Возникновению и быстрому развитию кариозного процесса способствуют благоприятные биологические условия, сформировавшиеся под слизистым капюшоном, что в конечном итоге может привести к пульпиту, в этих случаях возможно сочетание перикоронита и пульпита, или перикоронита и периодонтита. Диагностике помогают сохраняющиеся боли после лечения перикоронита, а также зондирование кариозной полости и перкуссия зуба, которые подтверждающиеся данными ЭОД.

Лечение острого перикоронита направлено на эвакуацию гноя из-под капюшона, создание условий для оттока экссудата путем рассечения участка слизистой оболочки, нависающей над коронкой зуба, а также противовоспалительное воздействие.

Перед началом лечения перикоронита, необходимо провести рентгенологическое исследование - ортопантомограмму с целью определения положения и состояния в челюсти третьего моляра.

По рентгенограмме определяют, подлежит ли удалению третий моляр или следует его сохранить, также результатов рентгенологического исследования во многом зависит характер хирургических манипуляций, а именно, следует ли проводить иссечение слизистого капюшона либо его рассечение. Удалению подлежат импактные и ретинированные зубы в тех случаях, когда для их прорезывания недостаточно места в альвеолярной части нижней челюсти, кроме того, целесообразно удалять зубы при любом их расположении, когда их сопровождает очаг хронической инфекции: хронический маргинальный (при хроническом перикороните) или верхушечный периодонтит. Если зуб подлежит удалению, то его удаление выполняют не ранее чем через 2-3 недели после полной ликвидации воспалительных явлений. Это связано с тем, что при выполнении травматичных хирургических манипуляций (сложное удаление зуба с использованием физиодиспенсера) в костной ткани при остром воспалении происходит распространение инфекции в костную ткань, также может произойти нарушение дисбаланса местных неспецифических и иммунных реакций, что может способствовать развитию остеомиелитического процесса. Удаление зуба показано при хроническом перикороните в стадии ремиссии.

При остром перикороните для купировании воспалительного процесса пространство под слизистым капюшоном промывают растворами антисептиков (0,05% раствор хлоргесидина биглюконата, миромистин, октенисепт), проводят перикоронаротомию -рассечение слизистой оболочки, располагающейся над коронкой зуба, чтобы сделать отток серозного или гнойного экссудата, назначают антибактериальную, противовоспалительную терапию. После купирования воспалительного процесса решается вопрос о дальнейшей тактике лечения - удалении или сохранения зуба.

Хирургическое лечение хронического перикоронита заключается в оперкулэктомии - иссечении слизистой оболочки и полном обнажении коронки зуба мудрости, выскабливании грануляций в тех случаях, когда зуб расположен в правильном положении. Иссечение проводят с помощью скальпеля, микрохирургических остроконечных ножниц, лазерного излучения, радиочастотного скалера. Операцию проводят под инфильтрационной анестезией, иссекают участок слизистой оболочки полуовальным или П-образным разрезом, отступая от предполагаемой проекции границ коронки на 1-2 мм. Диаметр удаления участка слизистой оболочки не должен быть меньше диаметра коронки зуба.

После иссечения между слизистой оболочкой (раневой поверхностью) и боковой поверхностью коронки по всему ее периметру вводят йодоформный тампон (или тампон с альважилом), как бы отводя край слизистой оболочки от коронки зуба. В послеоперационном периоде больному назначают прием ненаркотических анальгетиков при наличии боли, а также теплые ротовые ванночки растворами антисептиков или травяными отварами 4-6 раз в день, до снятия воспалительных явлений. Ванночки лучше чередовать. Как правило, осложнений, связанных непосредственно с операцией, не возникает, за исключением вероятности возникновения небольшого капиллярного

кровотечения из раневой поверхности (связано с воспалительной гиперемией сосудов, а также с вазодилятацией после окончания действия вазоконстриктора). Кровотечение останавливают путем прижатия к кровоточащему месту тампона, смоченного каким-либо коагулирующим веществом (перекись водорода, капрофер, раствор аминокапроновой кислоты и т.д.). В редких случаях в результате дальнейшего прогрессирования и распространения воспалительного процесса перикоронит может осложниться развитием периостита, абсцесса челюстно-язычного желобка, абсцессов и флегмон других локализаций.

9. Позадимолярный периостит. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Позадимолярный периостит.
Позадимолярный периостит, возникающий как осложнение гнойного перикоронита, развивается вследствие нарушения оттока экссудата при перикороните и распространения гнойной инфекции из-под капюшона на надкостницу позадимолярной ямки и клетчатку позадимолярного пространства, где формируется абсцесс. Большое значение в развитии гнойного процесса имеют анатомо-топографические особенности позади-молярной ямки. Позадимолярная ямка находится в переднем отделе мезиальной поверхности ветви нижней челюсти, кпереди от ямки расположен позадимолярный треугольник, в них располагаются волокна щечной и височной мышц, верхнего констриктора глотки, между которыми имеются прослойки рыхлой жировой ткани, что и определяет распространение гнойного процесса при затрудненном прорезывании зуба.
Заболевание характеризуется клиническими симптомами гнойного перикоронита, но более выраженными. Пациенты жалуются на самопроизвольные боли в области прорезывающегося зуба, ограничение открывания рта за счет спазма жевательной мускулатуры (II-III степени), резкие боли при глотании. Нарушается общее состояние, появляются слабость, разбитость, температура тела повышается до 38 - 38,5°С., разжевывание пищи становится невозможным, нарушается сон, теряется аппетит.
Больной бледен, отмечается выраженный отек тканей в заднем отделе поднижнечелюстной и нижнем отделе щечной области. Увеличены и болезненны поднижнечелюстные лимфатические узлы. Осмотреть полость рта удается только после предварительно проведенной блокады двигательных ветвей тройничного нерва (по Берше–Дубову). Воспалительные изменения слизистой оболочки вокруг прорезывающегося зуба мудрости выражены более значительно, чем при гнойном перикороните, и распространяются на соседние участки слизистой оболочки полости рта. Наблюдается неполностью прорезавшийся зуб, покрытый отечной и гиперемированной слизистой оболочкой - капюшоном, а в ретромолярной ямке - поднадкостничный абсцесс, представляющий собой возвышение мягких тканей, распространяющееся на наружную поверхность нижней челюсти в области начала наружной косой линии. Выражена гиперемия окружающих мягких тканей в области крыло-

челюстной складки, небной дужки, мягкого неба, слизистой оболочки заднего отдела преддверия полости рта. Пальпация слизистого капюшона и окружающих тканей резко болезненна.

Позадимолярный периостит диагностируют на основании характерной клинической картины и рентгенологических данных. Клинический диагноз крови обнаруживает незначительные изменения показателей, характеризующих воспаление: увеличение СОЭ до 25-30 мм/ч, лейкоцитоз; однако степень изменения этих показателей зависит от типа течения воспалительной реакции. Позадимолярный периостит в отличие от острого перикоронита сопровождается образованием воспалительного инфильтрата в позадимолярной области и более выраженным ограничением открывания рта.

Лечение. Лечение позадимолярного периостита проводят в условиях поликлиники. Ведущим в комплексе лечебных мероприятий является хирургическое вскрытие воспалительного инфильтрата и полости абсцесса. В тех случаях, когда нижний третий моляр располагающийся в области воспалительного очага, подлежит удалению, эту операцию откладывают. Ее выполняют не ранее чем через две-три недели, после полной ликвидации воспалительных явлений.

Вскрытие субпериостального абсцесса в ретромолярной области проводят под местным обезболиванием (рис.7.9). Разрез проводят от нижней трети крыловидно-нижнечелюстной складки вниз, рассекая мягкие ткани и надкостницу в ретромолярной области, а также капюшон слизистой оболочки. Затем лезвие скальпеля разворачивают под углом и продолжают разрез вестибулярно вниз до переходной складки. Часто воспалительный инфильтрат распространяется вестибулярно в направлении нижних моляров. В этих случаях необходимо продолжить разрез по переходной складке. Глубина рассечения тканей — до кости. После этого распатором или гладилкой отслаивают надкостницу от кости на всем протяжении разреза в обе стороны на 1,5-1 см с целью вскрытия всех полостей и ликвидации затеков, рану дренируют двумя полосками перчаточной резины. Одну вводят из ретромолярной области кзади в направлении крыловидно-нижнечелюстного пространства, а другую с вестибулярной стороны преддверия рта книзу и кзади.

Дренирующие полоски перчаточной резины меняют ежедневно до момента прекращения гноетечения (обычно 3- 4 дня), затем удаляют, рану промывают растворами антисептиков. Больному назначают внутрь антибиотики, антигистаминные препараты, антиоксидант, адаптоген и поливитамины. С целью купирования болевого синдрома, особенно в первые часы после операции, назначают ненаркотические анальгетики. Хороший противовоспалительный эффект дает физиотерапия: УВЧ, магнитотерапия, микроволновая терапия, флюктуоризация, облучение лазером. Местно лечение ограничивают назначением теплых ротовых ванночек с антисептическими растворами по 6-8 раз в сутки.

Осложнения. Во время выполнения разреза может возникнуть кровотечение из мелкой ветви щечной артерии, для остановки кровотечения необходимо тщательно просушить рану и выявить локализацию кровотечения, наложить на кровоточащий сосуд кровоостанавливающий зажим и перевязать его либо прошить. В случаях дальнейшего развития воспалительного процесса, могут возникать абсцессы челюстно-язычного желобка, абсцессы и флегмоны

окологлоточного и крыловидно-нижнечелюстного клетчаточных пространств, околоушно-жевательной и поднижнечелюстной областей. Реже в гнойный процесс вовлекается костная ткань, при этом развивается одонтогенный остеомиелит челюсти. В отдаленном послеоперационном периоде у больных может сохраняться воспалительная контрактура нижней челюсти. С целью ее лечения и профилактики перехода в рубцовую контрактуру назначают физиолечение, миогимнастику и механотерапию. Больные с позадимолярным периоститом являются нетрудоспособными в течение 3-5 дней. Освобождаются от работы на 2-3 недели лиц, чья работа связана с экстремальными условиями, вредным производством, физическим напряжением.

10. Острый периодонтит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Острый периодонтит - это острое воспаление периодонта. Этиология. Острые гнойные периодонтиты развиваются под действием смешанной флоры, где преобладают стрептококки, иногда стафилококки и пневмококки. Могут обнаруживаться палочковидные формы (грамположительные и грамотрицательные), анаэробная инфекция.
Патогенез. Развитие острого воспалительного процесса в периодонте первично возникает в результате проникновения инфекции через отверстие в верхушке зуба, через латеральные каналы, которые являются образованием многих зубов в области верхушки корня, средней трети корня и в области разделения корней моляров, а также через патологический зубодесневой карман.
Поражение апикальной части периодонта может наблюдаться при воспалительных изменениях пульпы или ее гибели, когда обильная микрофлора канала зуба распространяется в периодонт через верхушечное отверстие корня. Проникшие в периодонтальную щель микробы размножаются, образуют эндотоксины и вызывают воспаление в тканях периодонта. При остром воспалительном процессе в периодонте развиваются все классические фазы воспаления: альтерация, экссудация и пролиферация. Усугубление патологических реакций обусловлено их развитием в замкнутом пространстве: отсутствие оттока из пульповой камеры и канала (наличие невскрытой камеры пульпы, пломбы), микротравма при активной жевательной нагрузке на зуб с пораженной пульпой. Играют роль также общие причины: переохлаждение, перенесенные инфекции и др. Экссудативный процесс сопровождается нарастанием воспалительных явлений, серозное воспаление сменяется гнойным, начинается образование микроабсцессов, которые сливаются и формируют гнойный очаг. Но чаще первичное воздействие микробов и их токсинов компенсируется различными неспецифическими и специфическими реакциями тканей периодонта и организма в целом. Тогда острый инфекционно-воспалительный процесс не возникает. Повторное, иногда длительное воздействие микробов и их токсинов ведет к сенсибилизации. В периодонте развиваются различные клеточные реакции; хронический фиброзный, гранулирующий или гранулематозный периодонтит. Нарушение защитных реакций и повторные воздействия микробов могут вести к развитию острых воспалительных явлений в периодонте, которые по своей сути являются

обострением хронического периодонтита. Клинически они нередко являются первыми симптомами воспаления.

Патологическая анатомия. В острой стадии воспаления отсутствуют макроскопические деструктивные изменения в костной ткани, при переходе серозного воспаления в гнойную стадию развиваются перифокальные воспалительные явления в костном мозге, надкостнице, околочелюстных тканях, лимфатических узлах. При микроскопическом исследовании в начальной стадии острого периодонтита можно видеть гиперемию, отек и небольшую лейкоцитарную инфильтрацию участка периодонта в окружности верхушки корня. При нарастании воспалительных явлений происходит усиление лейкоцитарной инфильтрации, захватываются более значительные участки периодонта. Образуются отдельные гнойные очажки - микроабсцессы, расплавляются ткани периодонта, образуется гнойник. При удалении зуба можно обнаружить лишь частично сохранившиеся участки резко гиперемированного периодонта, а на остальном протяжении корень бывает обнажен и покрыт гноем.

Острый гнойный процесс в периодонте ведет к развитию изменений в костной ткани альвеолы: в костномозговых пространствах, прилегающих к периодонту и расположенных на значительном протяжении, отмечаются отек костного мозга и его инфильтрация нейтрофильными лейкоцитами. В области кортикальной пластинки альвеолы появляются лакуны, заполненные остеокластами, с преобладанием рассасывания кости, которое ведет к расширению отверстий в стенках лунки и вскрытию костномозговых полостей в сторону периодонта. Так нарушается ограничение периодонта от кости альвеолы.

В надкостнице, покрывающей альвеолярный отросток, отмечаются признаки реактивного воспаления в виде гиперемии, отека. Воспалительные изменения в виде воспалительной инфильтрации также регистрируются в лимфатическом узле или 2-3 узлах соответственно пораженному периодонту зуба. При остром периодонтите фокус воспаления в виде образования гнойника в основном локализуется в периодонтальной щели. Воспалительные изменения в кости альвеолы и других тканях носят реактивный, перифокальный характер. И трактовать реактивные воспалительные изменения, особенно в прилежащей к пораженному периодонту кости, как истинное ее воспаление нельзя.

Клиническая картина. Клинически разделить на острую серозную и острую гнойную стадию можно весьма условно, так как четко разграничить их по клиническим признакам не возможно, это связано с субъективной оценкой симптомов, как самим больным, так и врачом, а также с агрессивностью микрофлоры и особенностями иммунного ответа. Для серозного воспаления характерны начальные, неярко выраженные признаки воспаления. При остром периодонтите больной отмечает умеренную ноющую, постоянную или периодическую боль в причинном зубе, которая возникает без видимых причин или после приема горячей пищи. Боль может длиться несколько часов, могут быть промежутки просветления, может нарастать и постепенно исчезать. Боль может усиливаться на зуб при накусывании, жевании, а также при постукивании (перкуссии) по жевательной или режущей его поверхности. Больные отмечают ощущение выросшего зуба, а также усиление боли ночью, при горизонтальном положении, так как в таком положении происходит перераспределение крови, и

к воспалительному очагу будет усиленный приток, увеличение давления и усиление оттока. Поэтому часто у больных нарушен сон, они отказываются от еды из-за боли при накусывании на зуб, чувствуют себя ослабленными и уставшими, но эти симптомы не связаны с интоксикацией. При остром периодонтите интоксикация отсутствует. Нередко они принимают пульсирующий характер. Тепловое воздействие, принятие горизонтального положения, прикосновение к зубу вызывают еще большие болевые ощущения. Наблюдается распространение болей (иррадиация) по ходу ветвей тройничного нерва. Усиление болей при накусывании, прикосновении к зубу заставляет больных держать рот полуоткрытым.

При внешнем осмотре изменения чаще всего не наблюдаются, Отсутствует реакция со стороны лимфатического узла или узлов. В полости рта «причинный» зуб может быть подвижен, но не больше I степени, если в данной области нет пародонтита, коронка данного зуба может иметь кариозную полость, пломбу, может быть покрыта искусственной коронкой или коронка зуба может быть интактна, но изменена в цвете. зондирование кариозной полости в области дентиноэмалевого соединения и в области дна безболезненно, но при надавливании зондом на зуб может возникнуть боль из-за механического давления на периапикальный воспалительный очаг, поэтому зондирование необходимо проводить без давления на ткани зуба, стоматологический зонд должен быть острый. При перкуссии резкая боль в зубе, причем при верхушечном периодонтите вертикальная перкуссия более болезненна, чем горизонтальная. Слизистая оболочка десны, альвеолярного отростка, а иногда и переходной складки в проекции корня зуба гиперемирована и отечна. Пальпация альвеолярного отростка по ходу корня и особенно соответственно отверстию верхушки зуба болезненна. При гнойной стадии воспалительного процесса происходит усиление всех клинических симптомов. Боли становятся постоянными, сильными, ноющими в области «причинного» зуба, а также невозможно жевание и смыкание зубов из-за боли при накусывании, и больные не редко приходят на примем с приоткрытым ртом. Температура тела может повышаться до субфебрильных цифр, больные жалуются на слабость, отсутствие сна, невозможность приема пищи и стрессорного воздействия боли. При внешнем осмотре иногда может быть незначительная отечность мягких тканей в области «причинного» зуба, увеличивается лимфатический узел или узлы, перкуссия резко болезненна, слизистая оболочка десны и по переходной складке гиперемирована, отечна, пальпация в этой области болезненна. Иногда при давлении инструментом на мягкие ткани преддверия рта по ходу корня и по переходной складке остается вдавление, свидетельствующее об их отеке. Подвижность зуба увеличивается до II степени.

Диагностика. Температурные раздражители, данные электроодонтометрии указывают на отсутствие реакции пульпы вследствие ее некроза. На рентгенограмме при остром процессе патологических изменений в периодонте может не выявляться или обнаруживается расширение периодонтальной щели. При обострении хронического процесса возникают изменения, характерные для гранулирующего, гранулематозного, редко фиброзного периодонтитов. В крови, как правило, изменений нет, но у некоторых больных наблюдается лейкоцитоз, умеренный нейтрофилез за счет палочкоядерных и сегментоядерных лейкоцитов, СОЭ чаще в пределах нормы.

Дифференциальная диагностика. Острый периодонтит следует дифференцировать от острого диффузного или обострения хронического пульпита, особенно при пульпите, когда воспалительные явления распространяются за пределы пульпы зуба на периодонт и возникает боль при накусывании на зуб. В отличие от пульпита при остром периодонтите боль самопроизвольная и постоянная, при диффузном воспалении пульпы боль приступообразная, возникает чаще всего от химических и термических раздражителей. При пульпите зондирование кариозной полости вызывает резкую боль, при остром периодонтите зондирование безболезненно. При остром периодонтите в отличие от острого пульпита наблюдаются воспалительные изменения в прилежащей к зубу десне. Кроме того, помогают диагностике данные электроодонтометрии: при периодонтите выявляют нежизнеспособность пульпы, при пульпите пульпа живая, но порог ее чувствительности снижен.

Дифференциальная диагностика острого гнойного периодонтита и острого серозного периостита челюсти схожа, при переходе в гнойную стадию клинические симптомы периодонтита усиливаются: выражен коллатеральный отек и реакция лимфоузлов, надкостница инфильтрируется, под ней формируется абсцесс, который определяют по резкой болезненности и симптому флюктуации. Перкуссия зуба при периостите челюсти малоболезненная или безболезненная в отличие от острого периодонтита. Симптомы интоксикации при остром периодонтите слабые, это подтверждается температурной реакцией и данными клинического анализа крови.

Дифференциальную диагностику острого периодонтита и острого остеомиелита челюсти проводят по более выраженным общим и местным симптомам. При остром остеомиелите челюсти выражены симптомы интоксикации: гипертермия, озноб, нарушение вегетативных функций. Воспалительные изменения прилежащих мягких тканей определяют по обе стороны альвеолярного отростка и тела челюсти: с вестибулярной и язычной (небной). При остеомиелите отмечают подвижность зубов, перкуссия их резко болезнен, причем зуб, явившийся источником заболевания, реагирует на перкуссию меньше, чем соседние интактные зубы. Лабораторные данные - лейкоцитоз, СОЭ и др. - позволяют отличать эти заболевания.

Гнойный периодонтит следует дифференцировать от нагноения околокорневой кисты. Для кисты в отличие от острого периодонтита характерно наличие ограниченного выбухания альвеолярного отростка, иногда отсутствие в центре костной ткани, смещение и подвижность группы зубов. При кисте происходит истончение или разрушение костной стенки, при пальпации отмечают податливость или костный дефект. На рентгенограмме при кисте обнаруживается участок резорбции кости округлой или овальной формы.

При диагностике острого гнойный периодонтита с острым одонтогенным воспалением верхнечелюстной пазухи, при последнем отмечают разлитой характер боли с широкой иррадиацией, боль может быть как в одном так и нескольких прилежащих к пазухе зубах. При синусите отмечают заложенность соответствующей половины носа, гнойные (или серозные) выделения из соответствующего носового хода, головные боли, общее недомогание. На рентгенограмме отмечают нарушение прозрачности верхнечелюстной пазухи.

Лечение острого верхушечного периодонтита или обострения хронического периодонтита направлено на прекращение воспалительного процесса в периодонте и предотвращение распространения гнойного экссудата в окружающие ткани - надкостницу, околочелюстные мягкие ткани, кость. При сохранении причинного зуба, в тех случаях когда коронка зуба сохранена, канал корня проходим, хорошие условия для эндодонтического лечения, проводят вскрытие гнойника эндодонтическим путем, удаляют некротические массы из канала корня, создают условия для постоянного оттока экссудата и лечение проводят преимущественно консервативное, по правилам, изложенным в учебниках по терапевтической стоматологии. При наличии поднадкостничного очага проводят вскрытие с дренированием раны.

Консервативное лечение обеспечивает успех не во всех случаях острого и обострившегося хронического периодонтитов. При неэффективности лечебных мероприятий и нарастании воспалительных явлений зуб следует удалить. Это можно сочетать с разрезом по переходной складке до кости в области корня зуба, пораженного острым периодонтитом. Кроме того, удаление зуба показано при подвижности III и IV степени, значительном его разрушении, непроходимости канала или каналов, наличии инородных тел в канале. Как правило, удаление зуба приводит к быстрому стиханию и последующему исчезновению воспалительных явлений.

После удаления зуба в условиях острого воспаления не рекомендуется проведение кюретажа лунки, так как это способствует разрушению демаркационной зоны и распространению инфекции в кость. В течение 1-2 дней может наблюдаться усиление болей, повышение температуры тела, что часто обусловлено травматичностью вмешательства, для купирования этих явлений назначается соответствующая противовоспалительная лекарственная терапия. С целью профилактики осложнений после удаления лунку можно промыть растворами антисептиков и ввести в нее конусы или губку с антибиотиками. Местно назначают теплые внутриротовые ванночки с антисептическими растворами или отварами трав. Общее лечение при остром периодонтите или обострении хронического заключается в назначении: анальгетиков (пенталгин, нурофен, солпадеин и др.); нестероидных противовоспалительных препаратов (кетанов, кеторол, вольтерен, рапид, найз, и др.); гипосенсибилизирующие препараты (супрастин, тавегил, кларитин, диазолин и др.), витамины, иммуностимуляторы. Целесообразно назначение физиопроцедур: ультравысокочастотной терапии (УВЧ), облучения гелиевым лазером, аэроионотерапии. При стихании воспалительных явлений возможны назначения соллюкса (по 15 мин каждые 2-3 ч), других физических методов лечения: флюктуоризации, лекарственного электрофореза. Острый периодонтит, как правило, протекает с нормергической воспалительной реакцией, поэтому назначение антибиотиков и сульфаниламидов не показано, так как организм может самостоятельно справиться с инфекцией. У ослабленных больных с вялой воспалительной реакцией или наоборот с бурным течением воспалительного процесса, сопровождающимся симптомами интоксикации, с целью профилактики распространения воспаления на окружающие ткани применяют антибиотикотерапию. При иммунодефицитных состояниях необходимо назначение иммунокорректоров, но только после консультации иммунолога.

Исход заболевания, как правило, благоприятный. При правильном и своевременном консервативном лечении в большинстве случаев острого и обострения хронического периодонтитов наступает выздоровление. Неполноценное вскрытие гнойного очага или недостаточный отток способствует распространению воспалительного процесса на надкостницу, костную ткань, околочелюстные мягкие ткани, т. е. могут развиться острый периостит, остеомиелит челюсти, абсцесс, флегмона, лимфаденит, воспаление верхнечелюстной пазухи. Недостаточное общее и местное лечение острого периодонтита процесс может приводить к развитию хронического процесса в периодонте.
Профилактика основывается на санации полости рта, своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, функциональной разгрузке зубов при помощи ортопедических методов лечения, а также на проведении гигиенических и оздоровительных мероприятий.

11. Хронический периодонтит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Хронический периодонтит (верхушечный) - хроническое инфекционно-воспалительное заболевание периодонта. Может развиваться как после острой стадии (когда не было проведено лечение или оно было малоэффективно), так и минуя клинически выраженную острую стадию. Хронический периодонтит встречается чаще, чем острый, так как в большинстве случаев при диагностике острого периодонтита, обострение хронического периодонтита.
В развитии хронического периодонтита большое значение имеет постоянное и длительное поступление в ткани периодонта небольшое количество микроорганизмов, которые содержатся в полости рта и вызывают сенсибилизацию тканей. В хронической стадии развитие грануляционной ткани в стадии пролиферации приводит к лакунарному остеокластическому рассасыванию костной ткани, сохраняющееся воспаление поддерживается постоянным поступлением микроорганизмов и взаимодействием с факторами защиты организма, что обеспечивает неполноценность пролиферативных процессов.
Морфологическая и клиническая картина хронических периодонтитов разнообразна. Различают гранулирующий, гранулематозный и фиброзный периодонтиты. На формирование воспалительного процесса в периодонте влияют следующие факторы: активность протекающих процессов разрушения и регенерации, особенности иммунитета и неспецифических реакций, степень суммарной вирулентности микрофлоры.
Фиброзный периодонтит является разрешением острого периодонтита, наиболее благоприятным исходом лечебных мероприятий, реже самопроизвольным регрессом гранулирующего или гранулематозного очага в периодонте, еще реже фиброзный периодонтит развивается как первичное заболевание. Характеризуется разрастанием фиброзной ткани в окружности верхушки корня, с частым остеосклерозом по периферии. Такой процесс следует рассматривать как процесс рубцевания – благоприятное окончание

хронического воспаления. Нередко причиной фиброзного периодонтита являются окклюзионные перегрузки зуба.
Микроскопически при фиброзном периодонтите участок периодонта удаленного зуба утолщен, плотен, как правило, бледно-розовой окраски. Эти изменения оболочки корня захватывают в некоторых случаях лишь окружность его верхушки, в других — процесс бывает диффузным и распространяется на весь периодонт. Нередко наблюдается избыточное образование цемента - гиперцементоз. Иногда массы такого избыточного цемента наслаиваются почти по всей поверхности корня, в отдельных случаях происходит склерозирование костной ткани, прилегающей к фиброзно-измененному периодонту.
Клинически фиброзный периодонтит себя никак не проявляет. Крайне редко возникают боли в зубе при жевании или перкуссии при слабовыраженном обострении. При обследовании полости рта можно обнаружить зуб с некротизированной пульпой.
Фиброзный периодонтит Диагностика основывается на данных рентгенографии. На рентгенограмме отмечается расширение периодонтальной щели, в области верхушки корня зуба причинного зуба или на большом протяжении. Иногда в результате гиперцементоза обнаруживают значительное утолщение верхушечного участка корня – реактивный гиперцементоз. Костная пластинка, ограничивающая расширенную линию периодонта, нередко утолщена, представлена склерозированной костью.
Гранулирующий периодонтит является наиболее активной формой хронического периодонтита, характеризуется образованием и разрастанием грануляционной ткани в области верхушки корня, которое постепенно увеличивается и распространяется на прилежащие отделы периодонта и стенку альвеолы. Увеличение такого очага приводит к рассасыванию костной ткани, которая замещается грануляционной тканью. Одновременно наблюдают резорбцию участков цемента и дентина корня. По периферии воспалительного очага в некоторых участках происходит новообразование костной ткани. При периодических обострениях, гранулирующий очаг в периодонте распространяется на новые участки альвеолы, в основном в сторону преддверия рта, что приводит в некоторых случаях к образованию узур в компактной пластинке альвеолярного отростка и возникновению свищевого хода, по которому осуществляется отток гноя, иногда гранулирующий очаг распространяется в прилежащие мягкие ткани, образуются поднадкостничные, подслизистые или подкожные гранулемы. После их вскрытия остаются свищи, в том числе на коже лица.
Клиническая картина. Гранулирующий периодонтит дает весьма многообразную клиническую картину. Выделяют периоды обострений и ремиссий. В периоды обострений клиническая картина мало отличается от таковой при остром периодонтите. В периоды ремиссий больные жалоб не предъявляют или жалуются на незначительную болезненность при приеме твердой и горячей пищи в области причинного зуба, реже самопроизвольно, без видимых причин. Иногда боль усиливается при давлении. При наличии кариозной полости боли могут возникать тогда, когда в нее забиваются остатки пищи. При внешнем осмотре патологических изменений не определяется, если нет свищей или одонтогенной подкожной гранулемы. Иногда могут определяться один-два увеличенных, подвижных, слабоболезненных или

безболезненных лимфатических узла. При длительном существовании лимфаденит приобретает характер хронического гиперпластического.
При осмотре в полости рта причинный зуб, как правило, неподвижен, полость зуба вскрыта, через нее осуществляется отток экссудата. Слизистая оболочка, покрывающая альвеолярный отросток в области верхушки корня зуба с гранулирующим очагом в периодонте, может быть не изменена, а может быть слегка отечна и слабо гиперемирована или синюшна. При вовлечении в патологический процесс прилежащих мягких тканей на слизистой оболочке возникает свищевой ход, который располагается чаще на уровне верхушки пораженного зуба в виде точечного отверстия или маленького участка выбухающих грануляций. Иногда свищевой ход на какое-то время закрывается
Однако при очередном обострении на месте бывшего свища появляются припухание и гиперемия слизистой оболочки, образуется небольшое скопление серозного или серозно-гнойного отделяемого, изливающегося затем в полость рта. После излечения хронического гранулирующего периодонтита на месте зажившего свища виден небольшой рубец. Если свищ открывается на коже, то его локализация может лишь примерно соответствовать локализации зуба, так как свищ нередко имеет извитой ход и значительно отклоняется от места, в котором расположен причинный зуб. Устье свища на лице или на шее может прикрыто серозной или кровянистой коркой, кожа вокруг мацерируется. Не всегда легко установить связь патологического процесса в области свищевого хода на коже и причинного зуба. Подтвердить клиническое предположение может рентгенография с контрастным веществом, выведенным через свищевой ход.
При прорастании грануляционной ткани из периодонта под надкостницу и в мягкие ткани, окружающие челюсти — подслизистую и подкожную клетчатку, возникает одонтогенная гранулема. Различают три типа одонтогенной гранулемы: поднадкостничную, подслизистую и подкожную. Локализация одонтогенной гранулемы такая же, как и локализация свищей, а именно поднадкостничная или подслизистая располагается в области верхушки корня причинного зуба. Подкожная одонтогенная гранулема, исходящая от резцов и клыков верхней челюсти, может локализоваться у крыла носа, у внутреннего угла глаза, в подглазничной области; от премоляров – в подглазничной и скуловой области; от моляров в скуловой и верхних отделах щечной области. Гранулема от зубов нижней челюсти локализуется следующим образом: от резцов и клыков – в области подбородка, от премоляров и моляров – в нижних отделах щечной и поднижнечелюстной областях. Крайне редко распространяется на отдаленные области – средние и нижние отделы шеи, в височной области.
Клиническое течение процесса при гранулирующем периодонтите, осложненном одонтогенной гранулемой, более спокойное. Жалоб на боль в зубе или очаге в мягких тканях часто не бывает.
При поднадкостничной гранулеме отмечают уплотнение или образование альвеолярного отростка, округлой формы, плотной консистенции с четкими контурами, безболезненное или слабоболезненное при пальпации, ограниченно подвижное, за счет соединительно-тканного тяжа, связывающего гранулему с пораженным зубом. Слизистая оболочка над этим участком вне воспаления не

изменена, иногда могут быть небольшие воспалительные явления, которые нарастают при обострении воспалительного процесса.

Подслизистая гранулема расположена в подслизистой ткани переходной складки или щеки в непосредственной близости от зуба, представляет собой ограниченный плотный очаг, связанный при помощи тяжа. Слизистая оболочка над очагом не спаяна. Нередко наблюдают обострение процесса и нагноение подслизистой гранулемы. При этом гранулема увеличивается в размерах, становится болезненной. Слизистая оболочка спаивается с подлежащими тканями, приобретает ярко-красный цвет, иногда синюшный, коллатеральный отек не выражен или слабо выражен. Постепенно в центре гранулемы появляется и увеличивается очаг размягчения, определяется флюктуация, что говорит об абсцедировании, затем слизистая оболочка истончается и прорывается и содержимое выходит наружу через образовавшийся свищ, гнойник опорожняется. Иногда это ведет к обратному развитию обострившегося процесса, но чаще при отсутствии формируется свищевой ход, который при стихании воспаления рубцуется.

Для подкожной гранулемы характерен округлый инфильтрат в подкожной клетчатке, плотный, безболезненный или малоболезненный. От зубной альвеолы к очагу в мягких тканях идет соединительный тяж. Подкожная гранулема может нагнаиваться, создавая картину обострения, при этом кожа спаивается с подлежащими тканями, приобретает интенсивно-розовый или красный цвет, появляется участок размягчения. Абсцедирующий очаг вскрывается наружу, прорывая истонченный участок кожи. Через образовавшийся свищевой ход содержимое изливается наружу. Локализация таких свищей соответствует локализации одонтогенных гранулем, исходящих от определенных зубов.

Диагностика. Основывается на клинической картине и подтверждается данными рентгенологических исследований, прицельные рентгенограммы дают наиболее подробное и качественное изображение.

На рентгенограмме при гранулирующем периодонтите обнаруживается очаг разрежения костной ткани в области верхушки корня (корней) зуба, небольших размеров (не более 3-5 мм в наибольшем измерении) с нечеткими контурами. Очаг разряжения имеет треугольную форму, вершиной от корня зуба, нередко очаг деструкции кости сравнивают с пламенем свечи. Периодонтальная щель на этом участке отсутствует, компактная пластинка стенки альвеолы разрушена и обнаруживается лишь в боковых отделах. У больных с маргинальным гранулирующим периодонтитом аналогичные изменения выявляют в краевом периодонте, где происходит резорбция кости как по горизонтали, так и по вертикали. В некоторых случаях очаг разряжения может располагаться у бифуркации многокорневых зубов, это происходит в результате перфорации дна коронковой части зуба при выполнении врачебных манипуляций или при разрушается кариозным процессом. Диагностике помогает электроодонтодиагностика.

Дифференциальная диагностика Гранулирующий периодонтит следует дифференцировать от околокорневой кисты, хронического остеомиелита челюстей, свищей лица и шеи, актиномикоза. При гранулирующем периодонтите с поднадкостничной гранулемой и околокорневой кисте имеется выбухание альвеолярного отростка. Однако при кисте наблюдают смещение

зубов, иногда отсутствует кость в области выбухания и на рентгенограмме имеется очаг резорбции кости значительных размеров с четкими ровными контурами.
Наличие свища на лице, слизистой оболочке рта, гноетечение из него обусловливают сходство гранулирующего периодонтита и ограниченного остеомиелита челюсти. Вместе с тем для одонтогенного остеомиелита челюсти характерна острая стадия болезни, сопровождающаяся симптомами интоксикации. Соседние интактные зубы становятся подвижными. В хронической стадии на рентгенограмме находят очаги резорбции кости, в центре которых тени-секвестры.
Свищи на лице и шее при гранулирующем периодонтите могут напоминать бранхиогенные образования. Правильной диагностике способствуют зондирование свища, рентгенография зуба, фистулография бранхиогенного свища.
Имеют сходство свищи при хроническом гранулирующем периодонтите и актиномикозе лица и шеи. Однако при хроническом периодонтите свищ одиночный, при актиномикозе свищи располагаются в центре разлитых или отдельных мелких инфильтратов. Исследование отделяемого и нахождение друз актиномицетов при актиномикозе помогают дифференцировать воспалительные заболевания. Туберкулезные очаги, как правило, множественные, не связанные с участком челюсти и зубами. Характерны выделения из них плотных творожистых масс. На месте туберкулезных очагов остаются характерные звездчатой формы рубцы. Микроскопия, цитология и морфологические исследования позволяют установить правильный диагноз.

12. Обострение хронического периодонтита. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

13. Хирургические методы лечения хронических периодонтитов. Показания и противопоказания к проведению. Возможные осложнения и прогноз.

Хирургическое лечение хронического периодонтита заключается в удалении зуба или проведении зубосохраняющих операций: резекции верхуш¬ки корня зуба, гемисекции корня, ампутации корня, коронарорадикулярной сепарации, реплантации зуба, немедленной или отсроченной имплантации зуба.
Радикальный способ лечения хронического периодонтита - удаление зуба. Показаниями к удалению зуба являются: подвижность III-IV степени; значительное разрушение коронки зуба, когда не невозможно ее восстановить; наличие общей соматической и психической патологии, когда невозможно или нежелательным сложное оперативное вмешательство; повторяющиеся обострения воспалительного процесса ан фоне полноценной пломбировки канала. После удаления зуба, которое проводят по общепринятым правилам, при гранули¬рующем и гранулематозном периодонтите следует тщательно выскоблить грануляционные разраста¬ния или гранулемы, так как оставленные фрагменты грануляционной ткани могут спровоцировать дальнейшее развитие

воспаления, возникновение осложнений: ранних вторичных кровотечений, альвеолита. Для профилактики атрофии кости альвеолу заполняют биоматериалом, моби¬лизуют прилежащие мягкие ткани и рану зашива¬ют наглухо. При наличии свищевого хода на десне необходимы его ревизия и выскабливание грану¬ляции по всей его протяженности. В отдельных случаях целесообразнее иссечь свищевой ход и рану зашить, наложив 2—3 погруженных и 3—4 шва на слизистую оболочку. При хро¬ническом гранулирующем периодонтите, ослож¬ненном формированием подслизистой, поднадкостничной, подкожной гранулемой, после удаления зуба гранулематозные разрастания выскабливают из-под слизистой оболочки, надкостницы, подкожной клетчатки, кожи. При удалении патологических тканей в подкожной клетчатке и на коже лица предварительно рассекают тяж по переходной складке и образовавшуюся рану длительно в тече¬ние 3—4 недели тампонируют йодоформным тампоном. Очаг в мягких тканях выскабливают, свищевой ход иссекают, рану ушивают. С эстетической це¬лью, особенно при значительной втянутости сви¬ща и рубцовых изменениях, после его иссечения проводят пластику тканей с помощью перемещения двух встреч¬ных треугольных лоскутов.

Резекция верхушки корня зуба. Операция резекция верхушки корня зуба является одним из основных зубосохраняющих хирургических методов лечения хронического гранулирующего и гранулематозного периодонтитов. На первом этапе обязательно выполняют эндодонтическое лечение. Если в течение 6-8 месяцев околоверхушечный очаг не ликвидируется то выполняют оперативное вмешательство на корне (корнях). Операцию проводят при отсутствии воспалительных явлений. Если отмечается обострение воспаления, необходимо его купировать другими хирургическими и консервативными способами (вскрытие каналов, проведение разрезов, физиопроцедур и др.) Резекцию верхушки корня зуба в этих случаях проводят не ранее чем через 3 недели после стихания острых воспалительных явлений и восстановления резистентности организма и тканей. Под резекцией верхушки корня зуба понимают отсечение и удаление верхушки корня «причинного» зуба и окружающих её патологических тканей. Показания к операции: отсутствие эффекта или невозможность консервативного лечения патологического очага (однокорневые зубы с полностью или не до верхушки запломбированными корнями, часто дающие обострение); перфорация корня или его верхушки; отлом эндодонтического инструмента в канале; перелом корня зуба в области верхушки; наличие анатомического препятствия (изгиб, сужение канала, облитерация канала, дентикли) не позволяющего провести качественное пломбирование канала корня зуба; наличие инородных тел (чрезмерное выведение за верхушку корня пломбировочного материала, фрагмента эндодонтического инструмента) и развития вокруг них деструктивного процесса или некупируемого болевого синдрома. Противопоказанием к операции является: острые одонтогенные воспалительные процессы; заболевания пародонта, сопровождающиеся подвижностью зубов III-IV степени или значительным обнажением шеек зубов; расположение зуба в области опухоли; атрофия альвеолярного отростка или альвеолярной кости более чем на ½ длины корня; общие соматические заболевания в стадии обострения. Эту операцию можно проводить на всех зубах, но чаще её проводят на резцах, клыках обеих

челюстей и премолярах верхней челюсти. Методика и этапы операции. Форма и размер зависят от локализации, величины, наличия одного или нескольких зубов в области очага деструкции, расположения свищевого хода (если таковой имеется), а также от наличия несъемных протезов зубов, расположения и глубины зубодесневой борозды, толщины кости в области вмешательства, расположения и размера уздечек.

Перед резекцией верхушки корня зуб необходимо подготовить к операции: канал должен быть запломбирован твердеющим или твердым материалом, максимально притираемым к стенкам корневого канала. Не рекомендуется пломбировать канал серебряными и гуттаперчевыми штифтами, в связи с тем, что между ними и стенками канала могут оставаться зазоры, которые являются ретенционными пунктами для микробов. При резекции верхушки корня корневая пломба, как правило не нарушается, но наличие нескольких отверстий на резецированной поверхности верхушки корня является основанием для хирурга стоматолога провести их ретроградное пломбирование твердеющими материалами.

Операцию проводят под местным обезболиванием. В области наружной кортикальной пластинки проводят выкраивание слизисто-надкостничного лоскута. Лоскуты могут быть прямые, S-образные, овальные, трапециевидный - для однокоренных зубов переднего отдела. Для резекции корней зубов бокового отдела необходимо выкраивать угловые лоскуты, отступая от края десны на 3-4 мм. Общие правила выполнения разрезов: после отслаивания слизисто-надкостничных лоскутов в конце операции они должны полностью перекрывать область резекции верхушки корня (дефект костной ткани), т.е. после возвращения лоскута на место его край не должен провисать и располагаться над костной полостью, что затрудняет приживление, для этого разрезы делают широкими, шире зоны операции. Также не следует выполнять разрезы близко к десневому краю, чтобы избежать травмы круговой связки зуба при ушивании раны. Однако при выполнении разрезов со стороны неба бывает необходимо проведение разрезов по десневому краю. Это связано с тем, что отсутствие подкожной жировой клетчатки и значительная вогнутость рельефа в этой области делают фиксацию лоскута швами трудновыполнимой. При выполнении разреза по десневому краю сохраняют круговую связку зуба, обходят ее, не травмируют скальпелем, так как приживление лоскута будет происходить именно в этой области. Далее производят отслойку слизисто-надкостничного лоскута с помощью распатора. Сам лоскут удерживают тупым крючком или крючком Фарабефа. Основание лоскута должно быть обращено к переходной складке, что обеспечивает хорошее кровоснабжение. Затем с помощью шаровидного бора снимают переднюю или наружную костную стенку соответственно верхушке резецируемого корня. При наличии узуры ее просто расширяют фиссурным бором. После этого фрезой увеличивают костный дефект до полного обнажения верхушки корня и патологического очага. Далее фиссурным бором проводят резекцию верхушки корня (рис. 6.9.а), с помощью угловых костных ложечек, экскаватора или двухсторонней острой ложечки удаляю резецированную верхушку корня и затем тщательно выскабливают костную полость, фрезой сглаживают острые костные и нависающие края. Необходимо проверить, чтобы резекция была проведена на одном уровне с костью и участки корня не выступали над ней, а был вровень с костью

Затем костная полость заполняется сгустком или в нее вносится биосинтетический остеотропный материал (колапол, коллапан, остеопласт К, Остим-100 и др.). Перед использованием биосинтетический материал смачивают аутокровью или 0,9% физиологическим раствором, а затем заполняют им костную полость на 70-80%. Это связано с тем, что материал при смачивании набухает и увеличивается в объеме, и если заполнить им полость костную полость, то препарат разбухая выйдет за пределы полости и перфорирует слизисто-надкостничный лоскут. Поэтому перед применением необходимо внимательно ознакомится с его инструкцией и выяснить коэффициент его расширения. Также для заполнения костной полости можно использовать стружку лиофилизированной кости или стружку собственной кортикальной пластинки. Однако применение этих материалов связано с трудностями забора аутокости и должно выполняться высококвалифицированными врачами. Заполненную костную полость можно прикрыть биорезорбируемой мембраной, которая содержит гидроксилапатит и фиксируется поднадкостнично. Затем слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют, укладывают на место и фиксируют швами (рис. 6.9.в). На область вмешательства накладывают давящую пращевидную повязку с целью уменьшения вероятности развития выраженного отека и гематомы.

Выполнение операции резекции верхушки корня у определенных групп зубов имеет свои особенности. При резекции верхушек центральных зубов корней необходимо учитывать близость верхушек корней к полости носа, перед операцией проводят рентгенологическое обследование, а также необходимо учитывать близость расположения уздечки верхней губы, поэтому медиальный боковой разрез необходимо ориентировать параллельно уздечке, избегая ее пересечения, чтобы в дальнейшем не было ее рубцовой деформации и укорочения. Резекция премоляров осуществляется с учетом близости расположения верхнечелюстной пазухи и при операции надо стараться избегать ее перфорации. Кроме того, при эндодонтической подготовке зубов к операции необходимо помнить, что 14, 24 зубы часто имеют два корня, а 15, 25 зубы нередко имеют два канала, поэтому надо тщательно запломбировать все каналы. При резекции нижних резцов и клыков зубов в большинстве случаев слизисто-надкостничный лоскут выкраивают основанием переходной складке, что способствует лучшему кровоснабжению лоскута. Резекцию верхушек премоляров нижней челюсти необходимо проводить с учетом расположения в этой области подбородочного отверстия и сосудисто-нервного пучка. Во избежание их травмирования горизонтальный разрез выполняют ближе к зубодесневому краю, затем при отслаивании слизисто-надкостничного лоскута осторожно обнажают сосудисто-нервный пучок, для его визуального контроля, и резекцию осуществляют выше. Резекция верхушек корней моляров на верхней челюсти, как правило, не проводится, учитывая особенности анатомического строения этих зубов, особенностей их топографического расположения в челюстях, толщину костной ткани между наружной компактной пластинкой челюсти и верхнечелюстной пазухой, наличия в корнях развитой сети дополнительных дельтовидных канальцев. Если зуб представляет собой высокую функциональную ценность, предпочтительнее проводить ампутацию или гемисекцию.

В редких случаях, когда все таки проводят резекцию верхушек корней моляров перед операцией с помощью рентгенограмм оценивают расстояние между верхушками корней зубов и нижнечелюстным каналом на нижней челюсти, а также расстояние между верхушками корней зубов и дном верхнечелюстной пазухи на верхней челюсти. Это расстояние должно быть не менее 4-5 мм, в противном случае возрастает опасность перфорации стенок этих анатомических образований. Эффективно проведение операции с использованием электронного микроскопа. Резецируют, по возможности, верхушки только тех корней, в области которых имеется выраженный воспалительно-деструктивный процесс, на нижних молярах чаще резецируют только медиальный корень, а на верхних — щечные. В тех случаях, когда принимают решение резецировать нёбный корень моляров верхней челюсти, то операцию проводят со стороны нёба.

Во время операции после резекции верхушки корня при осмотре поперечного среза культи зуба нередко обнаруживают отсутствие пломбировочного материала в корне, в таких случаях необходимо ретроградное пломбирование корня. На современном этапе для ретроградного пломбирования целесообразно использовать стеклоиономерный цемент или триоксидагрегат (MTR). При планировании ретроградного пломбирования стенку полости со стороны резецированного корня ориентируют не горизонтально, а наискось для удобства работы инструментом. Небольшим шаровидным бором расширяют просвет канала, затем обратно-конусным бором формируют в культе полость и штопфером наполняют ее пломбировочным материалом. Перед пломбированием должен быть осуществлен тщательный гемостаз во избежание попадания крови в полость, а раневую поверхность укрывают марлевым тампоном, смоченным каким-либо антисептиком.

После ретроградного пломбирования корня костную полость промывают антисептиками, костная полость заполняется кровяным сгустком или одним из биосинтетических костезамещающих материалов. Рану ушивают после мобилизации и укладки слизисто-надкостничного лоскута на место. Лечение в послеоперационном периоде: в течении 2-3 дней после операции рекомендуют ношение давящей повязки. Также местно прикладывается холод (пузырь со льдом) по 20-30 мин через каждые 1,5-2 ч в течение первых трех суток и т.д.). Внутрь назначают обезболивающие и нестероидные противовоспалительные препараты (кеторол, найз, ибупрофен и др.), назначение антибактериальных средств показано в случае, если при резекции верхушки корня визуально были отмечены гнойные массы в гранулеме и грануляционной ткани, размягчение кости по стенкам полости. Применяют местные и общие способы физиолечения. Снятие швов производят на 7-10 сутки после операции, больные находятся на амбулаторном режиме лечения с освобождением от работы.

Осложнением во время операции резекции верхушки корня зуба является перфорация дна полости носа, дна верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстного канала; травма сосудисто-нервного пучка, выходящего из подбородочного отверстия. При обнаружении перфорации нельзя проводить ревизию и зондирование через перфорационное отверстие, перфорационное отверстие закрывают блоком деминерализованной кости, биоматериалом или мембраной, рану ушивают наглухо. При перфорации дна верхнечелюстной пазухи дополнительно назначают сосудосуживающие капли, при перфорации

нижнечелюстного канала и травме нижнечелюстного нерва назначают витамины группы В, физиолечение. В раннем послеоперационном периоде возможно возникновение кровотечения из мягких тканей или костной раны, через линию швов, это может возникнуть из-за повышения артериального давления или вазодилятации после прекращения действия анестетика. Наложение давящей повязки, холод и контроль артериального давления помогут предотвратить данные осложнения. Иногда в послеоперационном периоде нарастают воспалительные явления, возникают признаки нагноения. В этих случаях больному внутрь назначают антибиотики, а местно — распускают швы, обрабатывают рану антисептиком и тампонируют йодоформным тампоном. В дальнейшем рана заживает вторичным заживлением.

14. Корневая киста. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.

15. Операции реплантации и трансплантации зуба. Показания и противопоказания к проведению. Методика выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

Реплантация – это внедрение удаленного зуба вновь в свою лунку. Показания к выполнению данной операции: полный вывих зуба; перфорации канала, сужение и искривление корней, отсутствие возможности провести его полноценное пломбирование.
Операция реплантации зуба заключается в извлечении зуба из лунки, дальнейшем удалении как с поверхности корня, так и со дна лунки патологической ткани, в ретроградном пломбировании канала корня зуба, введении зуба вновь в свою лунку и возможном его закреплении. Противопоказания такие же, как и при операции резекции верхушки корня зуба, однако к дополнительным следует отнести значительное искривление корня и наличие в области его верхушки гиперцементоза, что делает невозможным атравматичное извлечение данного зуба из лунки. При реплантации следует учитывать следующие моменты: удаление зуба должно быть максимально осторожным, чтобы не сломать корень и избежать сильного разлома стенок альвеолы; при отслойке слизистой оболочки и надкостницы круговая связка зуба должна быть сохранена с целью улучшения условий для приживления, для этого следует выполнить круговой разрез, отступя на 1,5 - 2 мм от зубодесневого края. После извлечения зуба из лунки осуществляют кюретаж, выскабливают только дно, на боковых стенках стараются не травмировать соединительно-тканные периодонтальные волокна. Извлеченный зуб на время работы с лункой помещают в теплый 0,9% раствор хлорида натрия либо в раствор антисептика. Канал корня или каналы корней ретроградно пломбируют. Причем у моляров следует запломбировать все мелкие дельтовидные канальцы, которые определяют визуально в области верхушки корня, с этой целью рекомендуют использовать дентальный микроскоп. После пломбирования проводят резекцию верхушки корня, зуб вновь вводится в свою лунку и фиксируется гладкой шиной-скобой либо пластмассовой шиной-каппой, которые будут удерживать

зуб в альвеоле в правильном положении. Затем необходимо вывести зуб из окклюзии путем сошлифовывания бугров зубов-антагонистов. В послеоперационном периоде рекомендуют в течение 3-4 недель прием мягкой и жидкой пищи, исключение возможности любой другой травмы (использование жевательной резинки, сосание конфет и др.). Местно большое значение уделяют гигиене полости рта, однако чистку реимплантированного зуба начинают не раньше чем через 5-6 дней после операции с использованием мягкой зубной щетки.

Наиболее частым осложнением является развитие острого воспаления в области лунки реимплантированного зуба, что во всех случаях ведет к его удалению, в случае подвижности зуба без выраженного острого воспаления он также подлежит удалению.

Операция аутотрасплантации зуба. Аутотрасплантация зуба (пересадка в другую альвеолу), взятого у данного пациента. Чаще проводят аутотрасплантацию моляров нижней челюсти: в альвеолу удаленного разрушенного зуба трансплантируют дистопированный, чаще премоляр, или полуретинированный зуб мудрости. Прорезавшиеся вне зубной дуги зубы, так же могут быть помещены в альвеолу, созданную на участке дефекта зубного ряда. При задержке выпадения молочного зуба, аутотрансплантацию проводят одновременно с удалением молочного зуба. Перед проведением аутотрансплантации следует провести клиническую и рентгенологическую подготовку, определить особенности строения кости в зоне челюстного сегмента, куда будет имплантирован зуб. Необходимо определить размер будущей альвеолы, отношение ее к полости носа, верхнечелюстной пазухи, нижнечелюстному каналу, чтобы оставалось не менее 2 мм от дна альвеолы до данных анатомических структур, а до подбородочного отверстия 5 мм.

Перед аутотрансплантацией санируют полость рта для обеспечения высокого уровня гигиены, собирают анамнез и уточняют наличие сопутствующих заболеваний. Удаление зубов по поводу ретенции и дистопии в амбулаторной практике относят к оперативным вмешательствам IV и V степени сложности, поэтому аутотрансплантацию проводят пациентам молодого и среднего возраста с компенсаторными функциями органов и систем и нормальными показателями лабораторных исследований. Противопоказаниями аутотрансплантации является: беременность, иммунная недостаточность, развившаяся вследствие инфекционных, аллергических, аутоиммунных и иммунопролиферативных заболеваний, а также психические заболевания.

Операцию проводят под местным обезболиванием, премедикация обязательна. Удаление зуба должно быть максимально щадящим, чтобы сохранить волокна на периодонте. Обработку удаленного зуба для аутотрасплантации можно проводить так же как при реплантации, т.е. с пломбированием полости зуба, корня или корней и их резекции, или выполнить пересадку зуба с сохраненной пульпой, т.е. интактные зубы трансплантируют без вскрытия полости зуба, пломбирования каналов и резекции верхушки зуба. Затем еще раз проверяют длину корня, полученные размеры корня переносят на рентгенограмму и определяют нужный размер дефекта слизистой оболочки и надкостницы по альвеолярному гребню для остеотомии. Формирование искусственной альвеолы проводят с помощью физиодиспенсера фиссурными борами и фрезами.

Специальными глубиномерами из набора для имплантации зубов, проверяют глубину искусственной альвеолы и сменными формирующими сверлами создают нужный размер. Альвеолу промывают раствором антисептика с физиологическим раствором, освобождают ее от опилок кости и удаленный зуб помещают в ложе так (рис. 6.21, 6.22, 6.23), чтобы его шейка находилась на уровне поверхности альвеолярной дуги, слизистую оболочку и надкостницу плотно фиксируют к зубу швами для обеспечения плотного прилегания тканей к зубу, т.е. формирования круговой связки зуба. Затем проводят стандартную, чаще проволочно-композитную фиксацию трансплантированного зуба на 3-4 недели. Зуб необходимо вывести из прикуса. Если зуб в искусственной альвеоле подвижен, желательно у стенки уложить биоматериал, например аутокость, опилки которой можно собрать при формировании искусственной альвеолы, смешав ее с биоматериалами уложить вокруг шейки установленного зуба, а сверху рыхло уложить пародонтологическую повязку. Повязку меняют каждые 2 дня, в течение 7-8 дней при условии, если слизистая оболочка нормального цвета. Такая тактика способствует хорошему формированию круговой связки. Швы снимают на 9-14 день, защитную капу через 3+4 недели.

Аутотрасплантация удаленных зубов в естественные альвеолы в выполнении более упрощенное вмешательство. Положительным моментом является отсутствие создания искусственной альвеолы и ее коррекции по длине и ширине, отсутствие пустоты по ее диаметру. При необходимости углубления альвеолы фрезой и удалении межкорневой перегородки исход менее благоприятен. По данным В.А. Козлова (1974) каналы трансплантируемого зуба можно пломбировать до помещения в зубную альвеолу или в послеоперационном периоде.

Ведение пациентов в послеоперационном периоде такое же, как при реплантации. Обязательны тщательный уход за полостью рта, полоскания растворами антисептиков. в зависимости от травматичности удаления зуба, в случаях формирования искусственной альвеолы назначают антибиотики, обезболивающие и антигистаминные препараты. После аутотрансплантации зубы, пересаженные в естественные альвеолы, функционируют от 4 - 10 лет, в искусственные – от 4 – 9 лет, в среднем в течение 5 – 6 лет.

16. Операциии гемисекции и коронарорадикулярной сепарации зуба. Показания и противопоказания к проведению. Методика выполнения. Возможные осложнения и прогноз.

Заключается в удалении половины зуба (коронки зуба и корня) в области локализации очага хронического воспаления с сохранением второй половины зуба. Эта операция показана для выполнения в области первых и вторых моляров нижней челюсти.

Показаниями являются: наличие очага воспалительной деструкции в области одного из корней и не поддается качественному консервативному лечению; очаги видимой деструкции отсутствуют, однако нет возможности качественного консервативного лечения одного из корней (непроходимые, искривленные каналы, дентикли, облом инструмента в канале); перелом, перфорация, поражение кариесом цемента и дентина, наличие костных карманов более чем

на ½- ¾ длинны одного из корней зуба; отсутствие возможности провести резекцию верхушки корня зуба из-за анатомических препятствий. Противопоказаниями к выполнению операции являются: резорбция межкорневой перегородки, наличие глубоких костных карманов в области обоих корней, подвижность зуба III-IV степени, перфорация сохраняемого корня, гиперцементоз в области удаляемого корня. Перед операцией канал и коронка сохраняемого дистального корня должны быть качественно запломбированы. Под местной анестезией выполняют разрез и отслаивают слизисто-надкостничный лоскут так, чтобы обеспечить хороший обзор операционного поля, особенно в области бифуркации корня зуба. Слизисто-надкостничный лоскут фиксируют, его основание обращено к переходной складке с вестибулярной стороны. С помощью турбинного наконечника и тонких фиссурных боров с алмазным напылением при условии хорошего охлаждения рассекают коронку зуба через бифуркационную зону так, чтобы не травмировать межкорневую перегородку и стенки альвеолы. Глубина распила - до вершины межкорневой перегородки. Перед удалением половины зуба следует убедиться с помощью зондирования и визуально, что зуб полностью разъединен.

Щипцами удаляют один из корней зуба вместе с прилежащей к нему коронковой частью. Вывихивающие движения должны быть крайне осторожными, работать нужно не прикладывая излишней силы, с малой амплитудой люксации. После извлечения корня из лунки проводят тщательный кюретаж, добиваются заполнения лунки сгустком крови. Показано введение в лунку биокомпозиционных материалов, содержащих гидроксилапатит. Острые костные края альвеолы сглаживают фрезой так, чтобы они впоследствии не травмировали лоскут. Со стороны вершины лоскута, а также со стороны язычной и медиальной частей маргинальной десны, окружающей лунку, острым скальпелем срезают эпителиальный край, подворачивающийся в сторону зубодесневой борозды. Это необходимо для исключения соприкосновения эпителиальных поверхностей при ушивании лоскута. Слизисто-надкостничный лоскут мобилизуют путем рассечения надкостницы у его основания, укладывают на лунку, полностью перекрывая ее, и фиксируют швами. В случае, если не возможно наглухо зашить рану после ампутации корня, биоматериал покрывают мембраной. После операции назначают холод на 30-40 мин. Послеоперационный период не требует назначения каких либо препаратов, за исключением ненаркотических анальгетиков для устранения послеоперационных болей. Местно в раннем послеоперационном периоде рекомендуют тщательное соблюдение гигиены полости рта, назначают ванночки теплыми отварами трав (ромашка, шалфей, зверобой) с противовоспалительной целью — каждый раз после еды и между приемами пищи. Рекомендуют принимать мягкую пищу и исключить жевание на стороне операции. Через 6-8 недель можно осуществлять нагрузку на зуб, проводить ортопедическое лечение.

Осложнения. Наиболее вероятным осложнением, которое может возникнуть во время проведения данной операции, является полный или неполный вывих сохраненной половины зуба вследствие неосторожных действий врача. При полном вывихе корень, удаляют, при неполном вывихе возможно вправление

корня в лунку с последующей его фиксацией к соседним зубам гладкой проволочной шиной-скобой 3-4 недели.

17. Вывихи и переломы зубов. Классификация. Клиника. Особенности диагностики и лечения.

Вывих сопровождается полным или частичным разрывом связок, укрепляющий зуб в альвеоле, и его смещением. При этом корень зуба или остается в лунке или полностью выходит из него.
Причиной вывиха зуба является сила, приложенная к его коронке, это может быть удар, откусывание жесткой пищи, инородное тело в пережевываемом пищевом комке, вредные привычки (открывание зубами пивной бутылки). Кроме того, при удалении корней или зубов неправильное или неаккуратное движение элеватора (штыковидного, прямого, углового) может произойти вывих рядом стоящего зуба, являющегося опорой для инструмента. Повышенная нагрузка на зуб во время откусывания или пережевывания жесткой пищи также может привести к его вывиху.
Положение вывихнутого зуба обычно сопровождается изменением положения зуба в альвеоле, что обусловливает частичный или полный разрыв волокон периодонта и повреждение сосудисто-нервного пучка различной степени. Коронка зуба смещена по отношению к соседним зубам. Вывих зуба может сочетаться с переломом: корня или коронки зуба, альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части и тела нижней челюсти. Это зависит от действующей силы, ее выраженности и направления, а также места ее приложения, анатомических и возрастных особенностей строения костной ткани. Выделяют: неполный, полный и вколоченный вывихи.
Неполный вывих (люксация зуба, экструзия). При неполном вывихе часть волокон периодонта разрывается, зуб смещается в оральную или вестибулярную сторону. При смещении зуба в вестибуло-оральную сторону происходит люксация зуба, экструзия - при выдвижении зуба по вертикальной оси. Зуб сохраняет связь с альвеолой, однако в случае поворота зуба вокруг своей оси возможен некроз пульпы вследствие тромбоза ее сосудов.
При неполном вывихе положение коронки зуба смещено в зубном ряду по отношению к соседним зубам и выходит за линию зубного ряда, может смещаться в губную или язычную сторону, в направлении окклюзионной плоскости, повернуться вокруг оси, что зависит от силы удара, направления и места приложения силы. Нарушается форма зубного ряда.
Пациенты жалуются на острую боль, боль при жевании, неправильное положение и подвижность зуба. При внешнем осмотре обнаруживают следы приложения силы к мягким тканям губ или щек - отек, ссадина, кровоизлияние, рана. Рот иногда полуоткрыт. Зуб может занимать неправильное положение по отношению к рядом стоящему зубу вследствие смещения коронки. Вывихнутый зуб становится подвижным, перкуссия его резко болезненная (горизонтальная и вертикальная).
Подвижность корня можно определить с помощью пальпации, если зафиксировать II палец левой руки в проекции травмированного зуба, а правой рукой осторожно сместить его коронку в переднезаднем (орально-вестибулярно-язычном) направлении, то зуб будет двигаться на всем его

протяжении. Этот клинический прием позволяет отличить вывих зуба от перелома его корня. В случае перелома корня будет определяться подвижность только части корня, связанной с коронкой зуба (до места перелома).
При смещении зуба в сторону определяется промежуток между коронками вывихнутого и рядом стоящего со стороны, противоположной наклону зуба. Корень смещается в противоположную от коронки сторону. В этом случае на рентгенограмме можно определить сужение или полное отсутствие периодонтальной щели на стороне наклона зуба, а на противоположной — ее расширение. В случае смещения зуба в язычном или вестибулярном направлении режущий край его располагается на разном уровне с соседним зубом. Межзубный промежуток слева и справа от сместившегося зуба увеличен. При смещении коронки зуба в вестибулярную сторону зубодесневая щель будет более глубокой с язычной стороны, при наклоне в язычную сторону наоборот, с вестибулярной стороны. На рентгенограмме корень зуба укорочен, отмечается его смещение и расширение периодонтальной щели, вследствие его наклонного положения.
При смещении зуба верхней челюсти вниз или зуба нижней челюсти вверх, его режущий край располагается соответственно ниже или выше соседних зубов, что препятствует смыканию челюстей. Шейка зуба обнажена, зуб подвижен, степень подвижности зависит от выраженности смещения зуба, при зондировании можно определить глубокую зубодесневую щель. При повороте зуба вокруг оси режущий край коронки зуба расположен под определенным углом к продольной оси зубной дуги. Между коронкой вывихнутого зуба и рядом стоящим определяется промежуток.
При неполном вывихе с различной степенью выраженности повреждаются пульпа зуба, периодонт и костная ткань альвеолы. Пульпа зуба иногда может сохранить свою жизнеспособность при незначительном смещении зуба в вестибулярном или язычном направлении, в сторону окклюзионной поверхности или при повороте зуба вокруг своей оси. Выраженность и протяженность повреждения волокон периодонта могут быть различными: растяжение, надрыв, разрыв отдельных волокон или их пучков. При неполном вывихе иногда на незначительном участке возникает перелом края альвеолы вывихнутого зуба. На рентгенограмме отметить это не удается из-за наложения поврежденного участка костной ткани на корень зуба.
Лечение. Для благоприятного исхода необходимо под местным обезболиванием аккуратно осуществить репозицию и провести шинирование вывихнутого зуба каппой, гладкой шиной-скобой или проволочно-композитной шины в правильном положении в течение 1-2 часов, в ином случае повышается вероятность гибели периодонта. Иммобилизацию осуществляют не менее чем на 5-6 недель. Шинирование обеспечивает равномерное распределение нагрузки между зубами. Нагрузка в первую очередь идет на стабильные зубы. За счет своей жесткости шина ограничивает свободу движения зубов. Чаще всего используется шина из проволоки и композитного материала. Ортодонтическую проволоку изгибают, чтобы она повторяла поверхность зубов и охватывала по 2 здоровых зуба с каждой стороны от вывихнутого зуба. Среднюю часть вестибулярных поверхностей коронок протравливают в течение 30 секунд. Промывают, высушивают поверхность зуба и наносят композитный пломбировочный материал. После чего фиксируют проволоку к здоровым

зубам, затем - к поврежденным. Для шинирования используют также вместо проволоки стекловолоконную ленту Fiber-Splint и систему Ribbond.
Дальнейшее лечение зависит от жизнеспособности пульпы. Через 2 дня и далее 1 раз в неделю в течение 4 недель проводят определение электровозбудимости пульпы, при выявлении некроза пульпы проводят эндодонтическое лечение. Зубы со сформированными корнями сначала пломбируют лечебной пастой на основе гидроксида кальция, которую меняют каждые 3 месяца в течение 1 года. При отсутствии резорбции и деструктивных явлений на рентгенограмме проводят постоянное пломбирование. Поврежденный зуб желательно вывести из окклюзии. Пациентам назначают антибактериальные препараты и анальгетики.
Полный вывих (экзартикуляция). При полном вывихе происходит полный разрыв тканей зуба с альвеолой, часто сопровождается перелом альвеолярного отростка. Больной приносит врачу свой вывихнутый зуб. В полости рта зуб отсутствует, лунка зуба может кровоточить или быть заполненной сгустком. На рентгенограмме определяется только лунка зуба.
Лечение заключается в реплантации, шинировании и эндодонтическом лечении. Реплантация зуба при полном вывихе зуба возможна не позже 2 суток после травмы. В случае перелома стенок альвеолы и начавшемся воспалительном процессе реплантацию не следует проводить, а также при периодонтите, выраженном разрушении вывихнутого зуба. Наилучшие результаты наблюдаются если зуб находиться в сухом состоянии не более 60 минут, а реплантация должна быть осуществлена не позднее 2 часов после травмы. Зуба перед реплантацией необходимо очистить от внешних загрязнений под проточной водой и поместить в физиологический раствор с антибиотиками. Реплантация осуществляется под рентгенологическим контролем, иммобилизуют зубы проволочно-композитной шиной. Пациента наблюдают в течение 2 недель, и только при возникновении некроза пульпы проводят эндодонтическое лечение. Зубы с сформированными корнем подлежат эндодонтическому лечению, которое могут проводить как перед реплантацией, так и в течение 1 недели после. Сначала пломбируют корневой канал временной пастой на основе гидроксида кальция, которую заменяют каждые 3 месяца, постоянное пломбирование выполняют только при наличии данных о восстановлении тканей. Пациентам назначают антибактериальные препараты и анальгетики.
Восстановление соединения стенок альвеолы с корнем зуба может проходить по четырем типам сращения: периодонтальный – на рентгенограмме восстанавливается периодонтальная связка зуба и края альвеолы; периодонтально-фиброзный - периодонтальная связка восстанавливается не полностью имеются участки, где она полностью отсутствует, в связи с этим на рентгенограмме периодонтальная щель имеет неравномерную ширину на всем протяжении корня; остеоидный – возникает анкилоз зуба, срастание поверхности корня и альвеолярной кости, периодонтальная щель не определяется; резорбтивный - в лунке зуба продолжается воспалительный процесс, что ведет к образованию грануляционной ткани, резорбции корня и стенок альвеолы, чаще всего приводит к потере зуба.
Вколоченный вывих (интрузия). При вколоченном вывихе происходит полное или частичное погружение зуба в костную ткань с полным разрывом

периодонтальных волокон. Удерживание зуба в альвеоле происходит за счет механического заклинивания его в кости, хотя периодонт разрывается чаще всего полностью. Вследствие перемещения широкой части зуба в более узкую часть альвеолы костные балки ее стенки сдавливаются и ломаются, костно-мозговые пространства сплющиваются, а стенки альвеолы как бы раздвигаются. Пациент жалуется на самопроизвольную боль, боль при накусывании, отек, на этетический дефект в виде отсутствия зуба, либо укорочения коронки (зуб располагается ниже уровня соседних зубов). При осмотре зуб неподвижен, перкуссия отрицательно, либо слабо положительна. На рентгенограмме можно наблюдать исчезновение периодонтальной щели, при сильной деформации разрушаются и стенки альвеолы.
Лечение заключается в выдвижении зуба. При не глубоком вколачивании может произойти самопроизвольное прорезывание зуба чаще всего оно происходит у зубов с несформированными корнями. Первые признаки самопроизвольного выдвижения зуба отмечаются через 1-1,5 недель после травмы, реже через 4-6 недель. Маловероятно выдвижение зуба при его глубоком вколачивании, выраженном воспалительном процессе, резвившемся после травмы, при хроническом воспалении в периапикальных тканях до травмы. Также можно за счет ортодонтического лечения в течение 4 недель провести выдвижение. При глубоком расположении зуба проводят хирургическую коррекцию или удаляют и реплантируют зуб. Эндодонтическое лечение проводят после укрепления зуба в лунке в случае некроза пульпы. Корневой канал пломбируют временной пастой на основе гидроксида кальция, которую заменяют каждые 3 месяца. Постоянное пломбирование корневых каналов проводят через 12 месяцев. Пациентам назначают антибактериальные препараты и анальгетики. Удаление вколоченного зуба показано при развитии острого воспалительного процесса, смещении его в мягкие ткани, полном погружении в тело челюсти, при развившемся анкилозе, в случае перелома стенок альвеолы.

Перелом зуба это нарушение целостности как коронки, так и корня. Перелому зуба всегда сопутствует вывих, так как нарушение целостности твердых тканей его не может не сопровождаться травмой периодонта. Причины перелома зуба во многом аналогичны таковым при его вывихе: удар в области зуба, сильное истончение стенок зуба вследствие развития кариозного или деструктивного процесса, надкусывание жесткой пищи или использование зуба в качестве инструмента для отгибания или открывания чего-либо; неаккуратные действия врача при удалении зуба, подвижность зубов. Зубы верхней челюсти ломаются чаще, чем зубы нижней челюсти, передние - более часто, чем малые или большие коренные.
Перелом зуба может быть продольным или поперечным. В первом случае линия перелома проходит через коронку и корень зуба вдоль вертикальной оси, во втором - или через коронку, или через корень поперек вертикальной оси. Возможен также косой перелом. Линия перелома может проходить по эмали и дентину, цементу и дентину. Возможны другие взаимоотношения. Согласно классификации острой травмы зуба [Чупрынина Н. М., 1993], различают следующие варианты перелома:

- поперечный, косой, продольный;
- коронки в зоне эмали;

- коронки в зоне эмали и дентина без вскрытия полости зуба;
- коронки в зоне эмали и дентина со вскрытием полости зуба;
- зуба в области эмали, дентина и цемента;
- корня в пришеечной, средней и верхушечной третях.

Перелом коронки зуба.

Величина отломавшейся части коронки, и вероятность вскрытия пульповой камеры определяются уровнем линии перелома.

Перелом только эмали зуба, откол эмали. Пациенты жалуются на боль от температурных раздражителей, эстетический дефект. На слизистой могут наблюдаться изменения в виде эрозий, из-за травмы острым краем зуба. Диагностика и лечение заключается в выявлении области скола эмали и восстановление ее пломбировочным материалом.

Перелом коронки зуба без повреждения пульпы. Жалобы пациентов на боли от сладкого, горького, механических и температурных раздражителей, эстетический дефект. На слизистой также могут проявляться ссадины, кровоподтек, рана. Обнажается дентин зуба, который сразу обсеменяется бактериями. В зависимости от глубины повреждения может развиться пульпит. Лечение заключается в закрытие дефекта пломбировочным материалом.

Перелом коронки зуба с повреждением пульпы. Основной жалобой пациентов будет резкая боль. Обнажение пульпы может быть точечным и полным. В месте повреждения будет просвечиваться пульпа ярко-красного цвета, также может отмечаться непродолжительное кровотечение и изменение цвета зуба. Перед лечением необходимо назначить рентгенологическое исследование и ЭОД. При точечном вскрытии пульпы и немедленном обращении накладывается лечебная повязка и ставится временная пломба или постоянная пломба. При полном вскрытии пульпы и немедленном обращении проводиться ампутация коронковой пульпы. Для пломбирования могут быть использованы пасты на основе гидроксида кальция и МТА. Целью лечения является создание нового дентинного мостика. Назначают антибактериальные препараты и анальгетики. Пациент должен находится под динамическим наблюдением в первые 3 месяца после перелома, и приходить на профилактические осмотры каждый год. При отсроченном обращении или не эффективности предыдущего лечения проводят экстирпацию пульпы с дальнейшей обтурацией корневого канала и восстановление коронки зуба с помощью ортопедических конструкций или пломбировочного материала. Необходимо проводить повторные осмотры и рентгенологические исследования через каждые 3 месяца. Облитерация канала является признаком жизнеспособности пульпы. При некрозе пульпы необходимо провести повторное лечение.

Перелом коронки и корня зуба. При переломе затрагивается комплекс тканей эмаль, дентин и цемент, в некоторых случаях происходит разрыв пульпы. Расположение линии перелома под десной ухудшает прогноз лечения. Из-за возможности инфицирования пульпы через зубодесневой карман необходимо немедленно начать лечение. При переломе корня более чем на 1/3 показано удаление. При поверхностном переломе без повреждения пульпы восстанавливают зуб композитными материалами или ортопедическими конструкциями, для этого может понадобиться выдвижение зуба за счет ортодонтического лечения или хирургического удлинения клинической

коронки зуба. Пациентам назначают антибактериальные препараты и анальгетики.

При продольном переломе вдоль оси зуба, когда ломаются одновременно коронка и корень повреждаются эмаль, дентин, цемент, пульпа. Причиной такого перелома может быть удар по зубу вдоль его вертикальной оси, введение в канал зуба штифта с большим усилием, некоторые эндодонтические манипуляции. У больного боль возникает только во время пережевывания пищи, самопроизвольная боль, усиливающаяся от различных раздражителей. Зуб приобретает подвижность. При продольном переломе зуб подлежит удалению.

Перелом корня зуба включает в себя нарушение целостности связок зуба, цемента, дентина и пульпы. Иногда перелом в средней или верхушечной части корня не сопровождается разрывом сосудисто-нервного пучка зуба. Зуб обычно смещается орально или вестибулярно. Пациент жалуется на подвижность зуба, самопроизвольные, ноющие боли или боли при надкусывании. Цвет коронки зуба может быть розового или темно-фиолетового цвета из-за разрыва пульпы, который чаще всего происходит при повреждении верхушечной трети корня. Перкуссия зуба будет положительная. На рентгенограмме линия перелома представляет собой полоску затемнения, делящую фрагменты зуба.

Перелом корня может быть: поперечным, косым, продольным. При наличии нескольких линий перелом называется оскольчатым. При полном расхождении фрагментов - перелом называют - полным, при отсутствии видимого разделения фрагментов - неполным. При смещение фрагментов происходит разрыв пульпы. Уровень перелома может располагаться в: в пришеечной, средней, верхушечной части.

Перелом корня в пришеечной части. Данный вид перелома является не благоприятным, т.к. фиксация коронковой части практически не возможна. В большинстве случаев производят удаление коронки и восстановление зуба с помощью штифтовой конструкции.

Перелом корня в средней части. Метод лечения зависит от сохранения жизнеспособности пульпы и расположения фрагментов зуба. Всем пациентам назначают антибактериальные препараты и анальгетики. Если разрыва пульпы не обнаружили и есть возможность фиксировать части зуба, накладывают шину-скобу или шину-каппу. При смещении фрагментов рекомендовано проводить эндодонтическое лечение с использованием штифтов, а также последующей эндодонтоэндоосальной имплантацией.

Перелом корня в верхушечной части. Тактика лечения зависит от жизнеспособности пульпы. При жизнеспособной пульпе зуб фиксируют шинной и наблюдают. При разрыве пульпы зуб подвергается эндодонтическому лечению, также его шинируют, а в области верхушки проводят операцию резекция корня.

При продольном и оскольчатом переломе зуб подлежит удалению .

На месте перелома и между фрагментами корня идет образование сгустка крови, который в свою очередь преобразуется в фиброзную соединительную ткань. Выделяют следующие формы заживления перелома корня.

Восстановление за счет твердых тканей. В области линии перелома с внутренней стороны корня за счет одонтобластов начинает формироваться дентин, с внешней стороны внедряется соединительная ткань периодонта, которая позволяет восстанавливать цемент корня. Важно отметить, что такое

восстановление возможно только при иммобилизации фрагментов зуба. Это наиболее благоприятный исход, так при этом наблюдается восстановление электоровозбудимости пульпы и периодонтальной щели, укрепление зуба.
Восстановление за счет соединительной ткани. В области линии перелома при разрыве пульпы идет отложение вторичного дентина и формируется дополнительное апикальное отверстие. Ткани периодонта врастают в линию перелома и формируется новая периодонтальная щель. Отмечается незначительная подвижность зуба и снижение значений электровозбудимости пульпы. На рентгенограмме отмечается тонкая полоска затемнения.
Восстановление за счет грануляционной ткани. Пульпа зуба гибнет и некротизируется. В области линии перелома врастает грануляционная ткань. Через некоторое время начинает резорбироваться костная ткань. На рентгенограмме отмечается толстая полоска затемнения. Первые две формы восстановления встречаются чаще всего при расположении линии перелома ниже верхней трети. У детей могут встречаться комбинации данных типов.
При недостаточно плотном сопоставлении отломков корень по линии перелома резорбируется вследствие развития хронического воспалительного процесса. Возможно образование свищей, и в таком случае зуб приходится удалить

18. Периостит челюстей. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Пути распространения воспалительного процесса. Диагностика. Дифференциальная диагностика.

При распространении воспалительного процесса на область надкостницы альвеолярного отростка верхней челюсти или альвеолярной части нижней челюсти и на прилегающие к ним ткани развивается периостит челюсти. Чаще всего поражается надкостница с вестибулярной стороны челюстей, реже с небной (небный абсцесс) или с язычной. В большинстве случаев патология отмечается на нижней челюсти у людей молодого и среднего возраста (от 16 до 40 лет). Периостит челюсти является наиболее частым осложнением одонтогенной инфекции, составляя от 20 до 40% от их общего числа. Данная патология челюстей нередко является причиной возникновения воспалительных осложнений (абсцессы и флегмоны ЧЛО, одонтогенные остеомиелиты, верхнечелюстные синуситы и др.) По характеру течения выделяют острый и хронический периостит.

19. Острый периостит челюстей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Острый воспалительный процесс в области надкостницы челюсти наиболее часто является следствием обострения хронического воспалительного процесса, который распространяется чаще контактным и реже другими путями. В ряде случаев острый периостит сопутствует первично развивающемуся острому воспалительному процессу.

Этиология. Причиной возникновения острого периостита на нижней челюсти чаще всего является первый и третий моляр, часто — вторые моляры и премоляры, реже - первые премоляры, очень редко - первые резцы и клыки. На верхней челюсти возникает при распространении инфекции от первых моляров,

первых премоляров - очень часто, вторых премоляров - часто, вторые моляры и вторые резцы - реже, первые резцы, клык, и третий моляр - очень редко. В этиологическом аспекте главную роль в возникновении патологии играют стрептококки и стафилококки разных видов, грамположительные и грамотрицательные палочки и гнилостные бактерии. Из них около 70 % являются анаэробные бактерии, 30 % составляет аэробная флора. Но в различных регионах структура возбудителей острого гнойного одонтогенного периостита существенно различается, так же как и резистентность к антибактериальным препаратам, которые рекомендовано использовать для лечения данного заболевания. На возникновение заболевания также влияют общие неблагоприятные факторы - охлажде¬ние, переутомление, стрессовые ситуации.

Патогенез. Острый периостит челюстей чаще развивается в результате обострения хронического периодонтита, реже ост¬рого, пародонтите, остром и обострении хронического верхнечелюстного синусита, нагноении челюстных кист, нагноении амелобластомы, а также при воспалительных процессах, сопровождающих затрудненное прорезывание зуба, альвеолит. Незаконченное удаление зуба по поводу острого или хронического воспалительного процесса также чревато риском развития воспалительного процесса в надкостнице. Однако хирургическое вмешательство в данном случае не является непосредственной причиной заболевания, а лишь пусковым моментом, нарушающим сформировавшееся равновесие между инфекционным началом и факторами местной и общей защиты организма, провоцирующим таким образом обострение и распространение воспалительного процесса.

Возникновение периостита является результатом двух параллельно происходящих процессов. При острых и обострившихся хронических пе¬риодонтитах гнойный очаг не может эвакуироваться через канал зуба и экссудат распространяется по протяжению из периодонта через кортикальную пластинку (по питательным каналам и каналам остеонов) альвеолы под надкостницу. В этом процессе большое значение придается остеокластической резорб¬ции кортикальной пластинки, в результате чего экссудат беспрепятственно проникает в субпериостальное пространство, вызывая воспаление надкостницы. Однако только этот механизм не может объяснить молниеносное развитие периоститов челюсти (особенно у детей) при сохранении целостности кортикальной пластинки. По мнению М. М. Соловьева (1985), густая сеть капилляров вокруг очага инфекции способствует проникновению антигенов через их стенку в сосу¬дистое русло. Здесь они соединяются с циркулирующими в кро¬ви антителами и образуют комплексы, наличие которых обуслав¬ливает возникновение иммунопатологической реакции (феномен Артюса-Сахарова). Быстрое развитие периоститов челюсти может быть объяснено именно этим механизмом, при котором гной не «прорывается» из кости, а образуется под надкостницей в результате проникно¬вения сюда бактериальных антигенов из первичного очага одонтогенной инфекции.

Патологическая анатомия. Острая воспалительная реакция при периостите включает в себя две стадии: серозную и гнойную. В ранней (серозной) стадии острого периостита микроскопически отмечают отек за счет утолщения, разволокнение надкостницы, ее отслоение от подлежащей кости. В дальнейшем

развивается и нарастает лейкоцитарная инфильтрация, сосудистые нарушения. Внутренний слой надкостницы расплавляется, и между надкостницей и костью скапливается серозный, затем серозно-гнойный, а впоследствии гнойный экссудат. Скапливающаяся масса экссудата отслаивает надкостницу, нарушает в ней кровоснабжение. В результате омертвения участка периоста и последующего его расплавления нарушается целость отслоений от кости воспаленной надкостницы и гнойные массы прорываются под слизистую оболочку, чаще преддверия рта. В окружности места прободения периоста нередко сосуды заполнены гнойными тромбами с частично разрушенными стенками, на 5 - 6 день обычно гнойник прорывается через слизистую оболочку в полость рта.

Иногда может наблюдаться пазушное рассасывание костной ткани, как результат интенсивности и остроты процесса. При этом происходит резорбция костной ткани, костно-мозговые каналы пространства расширяются, что приводит к истончению кортикального слоя и в некоторых случаях образованию в ней дефектов, что способствует распространению в кость лейкоцитов. Иногда при значительной отслойке надкостницы гнойным экссудатом может нарушаться кровоснабжение кортикального слоя, что приводит к некрозу отдельные участки поверхностных слоев кости, возникает вторичный остеомиелит челюсти. По периферии поднадкостничного гнойника возникает периостальное новообразование кости. Такие морфологические изменения кости трактуют как хронический периостит (остит) челюсти, наблюдается обычно у детей, подростков, молодых людей.

Клиническая картина. Клиническая картина острого периостита челюсти отличается разнообразием и зависит прежде всего от локализации воспалительного процесса и его протяженности. По клиническому течению различают острый и хронический периостит, при этом острый периостит может быть серозным и гнойным. Серозный периостит рассматривают как реактивный воспалительный процесс в надкостнице, который сопутствует обострившемуся хроническому периодонтиту. Клинические проявления периостита челюстей весьма разнообразны. Они зависят от реактивности орга¬низма больного, типа воспалительной реакции, вирулентности инфекции и локализации воспалительного процесса. Серозная стадия соответствует началу заболевания и характеризуется малой выраженностью клинических симптомов. Наиболее часто больные обращаются к врачу в стадии гнойного воспаления, когда ярко проявляется вся симптоматика. Начальный период заболевания у одних больных протекает бурно, воспалительные явления нарастают с каждым часом. У других больных заболевание раз¬вивается медленно, в течение 1-3 суток. Больные жалуются на боли разной степени интенсивности в области причинного зуба, ухудшение общего самочувствия, головную боль, слабость, апатию, повышение температуры тела до 37,5—38 °С, появляется отек соответствующей области лица. Больные часто отмечают, что после появления отека, боль в причинном зубе проходит и болезненность перемещается в соответствующую половину челюсти. При периостите альвеолярной части нижней челюсти с язычной стороны больные также жалуются на боль при глотании и разговоре. Локализация отека зависит главным образом от расположения зуба, явившегося источником инфекции. В первые дни заболевания отек выражен наиболее резко, затем он уменьшается. При остром

гнойном периостите общее состояние удовлетворительное, температура тела повышена в пределах 37,5—38 °С, иногда и температура тела поднимается до 38,5—39 °С и состояние расценивается как средней тяжести. У больных появляются признаки интоксикации: общая слабость, головная боль, разбитость, потеря аппетита, бессонница.

При внешнем осмотре определяют отек мягких тканей лица соответственно локализации воспалительного процесса (рис. 6..27) Отечные ткани мягкие на ощупь, кожа в цвете не изменена. Сама по себе область отека безболезненна, однако при глубокой пальпации отечных тканей соответственно расположению поднадкостничного воспалительного очага возникает болезненность, за счет распространения давления на область воспаленной надкостницы. При пальпации определяют увеличенные, болезненные лимфатические узлы.

При осмотре полости рта в связи с нарушением самоочищения слизистая оболочка покрывается налетом, на ней появляются отпечатки наружных поверхностей коронок зубов. Коронка причинного зуба может быть полностью или частично разрушена, в ней может определяться кариозная полость, частично или полностью заполненная пломбой либо незапломбированная. Зуб может становиться несколько подвижным, его перкуссия в серозную стадию заболевания вызывает резкую болезненность. При переходе в гнойную стадию болезненность при перкуссии снижается или исчезает, перкуссия соседних зубов также безболезненна.

В полости рта наблюдается гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка и переходной складки на протяжении 3—5 зубов (рис. 6.28). В центре отека при пальпации определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат, за счет которого переходная складка утолщается и сглаживается. При переходе процесса в гнойную форму и скоплении экссудата под надкостницей альвеолярного отростка по переходной складке начинает образовываться валикообразное вы¬пячивание — поднадкостничный абсцесс. Нередко определяется флюктуация. Поднадкостничный абсцесс чаще всего возникает с вестибулярной стороны, реже — с небной̈ и язычной стороны. Это объясняется особенностью анатомического строения челюстей: более тонкой наружной костной стенкой альвеол, направлением оттока венозной крови и лимфы от зубов. На 5-6 сутки участок надкостницы прорывается в результате омертвения и расплавления его под действием гноя, который проникает под слизистую оболочку. При этом боль значительно уменьшается и по переходной складке определяется ограниченная припухлость в виде валика, покрытая тонкой слизистой оболочкой - поддесневой абсцесс. Гной нередко просвечивает через слизистую оболочку, придавая ей желтоватый цвет, при пальпации четко определяется флюктуация. Гнойник может самопроизвольно вскрываться в полость рта, после чего боль стихает, и воспалительные явления идут на убыль. В зависимости от локализации источника инфекции клинические проявления в острой фазе воспаления могут различаться.

Верхняя челюсть (вестибулярная поверхность): локализации поднадкостничного абсцесса в области центральных и боковых резцов с вестибулярной стороны сильно отекают верхняя губа, которая может быть как бы приподнята и выдвинута вперед, и крылья носа на соответствующей половине носа. Если источником инфекции является клык верхней челюсти, то отек распространяется на щечную, подглазничную области, область лыковой

ямки, крыло носа, угол рта, нижнее, а иногда и на верхнее веко. Глазная щель в этих случаях суживается, глаз бывает полностью закрыт. При локализации процесса в области малых коренных зубов и первого большого коренного зуба верхней челюсти отек захватывает щечную, подглазничную и скуловую области, распространяется на нижнее веко и верхнюю губу. Носогубная борозда сглаживается, угол рта опускается. При воспалении надкостницы соответственно второму и третьему большим коренным зубам припухлость занимает скуловую, щечную и верхний отдел околоушно-жевательной области. Через несколько дней отек мягких тканей верхнего отдела лица начинает опускаться к краю нижней челюсти. Постепенно исчезает отек нижнего века, щёчной, подглазничной и скуловой областей. Иногда создается ошибочное впечатление, что патологический процесс локализуется у малых или больших коренных зубов нижней челюсти. Когда источник инфекции это, верхний третий моляр, надкостница воспаляется в области бугра верхней челюсти, при этом отек на лице проявляется позже обычного, при этом распространяясь на щечную и височную области лица.

Верхняя челюсть (небная поверхность): острый гнойный периостит верхней челюсти с локализацией на небной поверхности чаще всего возникает в результате рас-пространения инфекции со стороны первого моляра, премоляров и бокового резца. При этом изменений на лице нет, пальпируются увеличенные поднижнечелюстные лимфатические узлы. При небном абсцессе на твердом небе видна припухлость, которая быстро приобретает полушаровидную или овальную форму. В ее окружности нет значительного воспалительного отека из-за отсутствия подслизистого слоя. Слизистая оболочка над оча¬гом воспалена и в его окружности гиперемирована.

При развитии воспалительного процесса от центрального или бокового резца верхней челюсти инфильтрат располагается на переднем отделе твердого неба по обе стороны от средней линии. Если источником заболевания являются моляры, то воспа-лительные изменения распространяются на слизистую оболочку мягкого неба, на ткани в области крыловидно-челюстной склад¬ки и переднюю небную дужку, появляется болезненность при глотании. В результате прогрессирующего увеличения количества гнойного экссудата под надкостницей твердого неба образуется абс¬цесс, резко отграниченный от окружающих тканей и имеющий полукруглую или овальную форму.

Нижняя челюсть (вестибулярная поверхность): с вестибулярной стороны в области центральных и боковых резцов отекают подбородок и нижняя губа, которая выдвигается вперед и отвисает. Иногда отек распространяется и на подбородочную область. Подбородочно-губная борозда сглаживается. При пальпации центральных отделов подбородочной области определяется болезненный инфильтрат. В результате проникновения гноя в мягкие ткани образуется абсцесс. Если источником инфекции при периостите нижней челюсти являются клыки, премоляры, отек захватывает нижний, а иногда и средний отдел щечной области, распространяется на нижнюю губу, угол рта и поднижнечелюстную область. Угол рта опускается вниз и несколько выступает наружу. В тех случаях, когда источником инфекции являются моляры, образующийся при периостите нижней челюсти коллатеральный отек захватывает значительную часть соответствующей половины лица. Он занимает нижний и средний отделы щечной области, околоушно-жевательную и

поднижнечелюстную области. Кон¬туры нижнего края и угла нижней челюсти сглаживаются. При локализации зоны воспаления в области моляров нижней челюсти больные могут отмечать некоторое ограничение открывания рта, сопровождающееся болезненностью — воспалительная контрактура I-II степени за счет вовлечения в воспалительную реакцию нижних отделов собственно-жевательной.

Нижняя челюсть (язычная поверхность): острый периостит с язычной поверхности альвеолярной части и тела нижней челюсти характеризуется коллатеральным отеком и увеличением лимфатических узлов в поднижнечелюстном треугольнике. Иногда отек тканей щечной области нерезко выражен. Открывание рта свободное, но иногда в связи с инфильтрацией медиальной крыловидной мышцы может быть болезненным и ограниченным. При осмотре собственно полости рта регистрируют отек и инфильтрацию надкостницы во внутренней поверхности челюсти, при пальпации в этом участке — болезненность. Отек и гиперемия слизистой оболочки могут появляться в области подъязычной складки. Возможен отек небно-язычной и небно-глоточной дужек. Движения языка становятся затрудненными и болезненными, открывание рта ограничено и болезненно.

Воспалительный инфильтрат при остром периостите всегда локализуется только с какой-нибудь одной стороны альвеолярного отростка верхней или альвеолярной части нижней челюсти, чаще всего с вестибулярной. Кроме того, важным диагностическим признаком является то, что воспалительный инфильтрат всегда связан с надкостницей (инфильтрированная надкостница) и не распространяется на окружающие мягкие ткани. При этом слизистая оболочка отечна, гиперемирована. Воспалительный инфильтрат, локализуясь в области альвеолярного отростка верхней челюсти или в области альвеолярной части нижней челюсти, распространяется чаще на область 3-4 зубов: причинного, а также двух-трех медиально и дистально расположенных. При распространенных воспалительных процессах зона инфильтрации становится шире, переходит на область соответственно телу челюсти. Так же следует отметить, что воспаление при периостите не переходит на противоположную сторону, так как в области межчелюстных костных швов надкостница плотно спаяна с костью.

Диагностика острого периостита может быть подтверждена данными лабораторного исследования крови: наблюдают незначительный лейкоцитоз — до 10-12х109/л, нередко количество лейкоцитов существенно не изменяется и соответствует нормативным данным; СОЭ увеличивается незначительно, редко превышая 15-20 мм/ч.

На рентгенограммах, соответственно зоне воспаления, выявляются только те изменения, которые характерны для причинного зуба: хронический периодонтит, корневая киста, ретенированный зуб. И только на 2-3 день от начала заболевания, когда происходит отслойка надкостницы выявляется некоторая завуалированность, сглаженность костных балочек, что соответствует развитию отека и наложению мягкотканной тени инфильтрата.

Дифференциальная диагностика. Острый гнойный периостит челюсти следует дифференцировать от острого периодонтита, абсцессов ряда локализаций, флегмон, лимфаденитов, острых сиалоаденитов, острого остеомиелита челюсти

и других заболеваний, протекающих с припухаем тканей челюстно-лицевой области.

Острый периостит отличается от острого или обострившегося хронического периодонтита локализацией воспалительного очага и выраженностью воспалительной реакции. При периодонтите воспаление локализуется только в области околоверхушечного периодонта причинного зуба и ограничивается десной, не распространяясь на мягкие ткани, а при периостите очаг воспаления перемещается под надкостницу и формируется поднадкостничный абсцесс. Также при периодонтите будет резко выраженная болезненность при перкуссии причинного зуба, при периостите она будет незначительна.

Разграничение между периоститом и остеомиелитом оправдывается характером клинического течения и отсутствием костных поражений при периостите в виде образования секвестров и микроскопических изменений структуры кости. Для острого остеомиелита челюсти характерна выраженная интоксикация организма: лихорадочный тип температурной реакции, головная боль, разбитость, слабость, озноб, пот и др. Реакция регионарных лимфатических узлов более выражена. Воспалительный инфильтрат локализуется с двух сторон (вестибулярной и оральной) от альвеолярного отростка верхней челюсти либо альвеолярной части нижней челюсти, муфтообразно охватывая их. Перкуссия нескольких зубов соответственно участку пораженной кости болезненная, и они подвижны. На нижней челюсти при остеомиелите диагностируют онемение нижней губы и кожи подбородка — симптом Венсана.

Острый периостит можно спутать с нагноившимися кистами, так как нагноение кисты сопровождается развитием периостита. При нагноившихся кистах менее выражены признаки воспаления, отсутствует или мало выражен отек мягких тканей лица и слизистой оболочки полости рта, отсутствуют симптомы интоксикации. Диагностике помогает рентгенография.

Периостит нижней челюсти в области моляров, локализующийся с язычной стороны альвеолярной части, дифференцируют от абсцесса челюстно-язычного желобка, а периостит в области премоляров или фронтальной группы зубов — от абсцесса подглазничной области. При гнойных процессах в передних и задних отделах подъязычного пространства виден увеличенный подъязычный валик за счет плотного и болезненного инфильтрата. При абсцессе челюстно-язычного желобка открывание рта ограничено и глотание болезненно. Вместе с тем, как и при периостите, инфильтрат расположен по ходу альвеолярного отростка, открывание рта чаще не ограничено. При абсцессе подглазничной области воспалительный инфильтрат локализуется в подглазничной области, а переходная складка может быть всего лишь отечна.

Дифференциальный диагноз острого периостита челюсти от гнойных поражений слюнных желез обосновывается тем, что при остром воспалении околоушной и поднижнечелюстной слюнной желез в глубине отечных тканей пальпируется плотная болезненная железа, и выделяется гнойный секрет из ее протоков. При периостите слюнные железы никогда не вовлекаются в воспалительный процесс и поэтому всегда бывают мягкими, безболезненными, не увеличенными в размерах.

Периостит нижней челюсти с язычной стороны можно ошибочно принять за воспаление протока поднижнечелюстной слюнной железы, но при расположении слюнного камня в протоке инфильтрат расположен по его ходу,

из выводного отверстия выделяется густая вязкая слюна или гнойно-слизистый секрет. При пальпации можно определить инородное тело (камень) и далее это подтвердить рентгенологически.

Иногда клиническую картину периостита симулируют злокачественные опухоли челюстных костей. Так, остеогенная саркома может сопровождаться не только местными признаками воспаления, сходными с периоститом, но и общими признаками воспаления, увеличенной СОЭ, лейкоцитозом. Однако при саркомах развивается опухолевая интоксикация, воспаление в ответ на реакции с продуктами распада опухоли. Диагностике помогает анамнез и рентгенография. При проведении хирургического вмешательства осуществляется дренирование, проводится, противовоспалительная терапия, если эффекта от лечения нет либо инфильтрация тканей нарастает, необходимо думать о злокачественной опухоли и целенаправленно диагностировать либо исключать ее.

Так же как и периостит, абсцесс и флегмона проявляются припухлостью лица. Ошибки в диагностике объясняются тем, что коллатеральный отек тканей лица, возникающий при периостите, расценивают как инфильтрат. При периостите ткани отечны и мягки на ощупь, при абсцессе, флегмоне, лимфадените пальпируется плотная ограниченная или разлитая инфильтрация. Если флегмона располагается поверхностно, то кожа над инфильтратом натягивается, лоснится, в складку собирается с трудом или совсем не собирается, при абсцедировании появляется флюктуация. При поражении глубоких областей лица в видимых при внешнем осмотре тканях регистрируется перифокальный отек, но в отличие от периостита нет характерных изменений по переходной складке. Развитие флегмоны всегда связано с выраженной интоксикацией, вызывающей более глубокие изменения со стороны органов и систем организма больного, чем при периостите.

При остром лимфадените, так же как и при периостите, возникает отек тканей лица в соответствующей области. Пальпацией отеч¬ных тканей при лимфадените определяется вовлеченный в воспалительный процесс лимфатический узел, иногда с выра¬женными явлениями периаденита, инфильтрации надкостницы и других признаков периостита не наблюдается.

Лечение. Лечение острого гнойного периостита комплексное и должно включать в себя определенные этапы: выявление и устранения причины заболевания, вскрытие и дренирование гнойного очага, эндодонтическое лечение причинного зуба или его удаление, медикаментозное лечение и др. Наиболее частой причиной острого периостита является обострение хронического периодонтита, поэтому необходимо решать вопрос об удалении или сохранении «причинного» зуба. В начальной стадии острого периостита челюсти (острый серозный периостит) в одних случаях следует вскрыть полость зуба, провести механическую и медикаментозную обработку корневой системы зуба и его временное пломбирование, в других — удалить зуб, являющийся источником инфекции. Обычно сохраняют однокорневые зубы с хорошо проходимыми, поддающимися качественной пломбировке корневыми каналами. При наличии очага деструкции кости в околоверхушечной области у этих зубов рекомендуют выполнить резекцию верхушки корня после полной ликвидации воспалительных явлений. Вопрос о сохранении многокорневых зубов (если это необходимо по функциональным показаниям) решается строго

индивидуально. Во всех случаях по отношению к этому зубу должен быть применен один из способов сохраняющего хирургического лечения периодонтита. Если показано удаление зуба, но связано с существенной травмой во время операции (ретенированный, дистопированный зуб, глубокий перелом корня зуба и др.) то удаление откладывают до полного стихания воспалительного процесса (обычно на 2-3 недели).

Хирургическое вмешательство характеризуется вскрытием субпериостально ограниченного гнойного очага и дальнейшим оттоком гнойного экссудата из воспаленной области. При проведении разрезов с целью вскрытия поднадкостничных абсцессов следует учитывать локализацию воспалительного процесса. Операция проводится под местной анестезией, разрез проводится при помощи скальпеля 15 или 15С, лезвие располагают строго перпендикулярно к кости и ведут по переходной складке, т.е. по границе подвижной и неподвижной слизистой оболочке. Если эту границу определить не удается, то разрез проводят отступя от десневого края на 1,5-2 см через всю толщу инфильтрата, не следует приближаться к десневому краю, так как это может вызвать недостаточность кровообращения, ишемизацию и некроз мягких тканей в этой области. Также не следует отдаляться в сторону слизистой оболочки щеки, где можно повредить относительно крупные кровеносные сосуды и вызвать профузное кровотечение.

При выполнении разреза его длина должна несколько превышать длину воспалительного инфильтрата, но быть не менее двух сантиметров. Обычно разрез проводят на уровне не менее трех зубов: рассекают слизистую оболочку и надкостницу до кости, затем, используя гладилку или распатор, отслаивают надкостницу во всех направлениях от разреза (широко, не менее чем на 1-1,5 см), таким образом, полноценно вскрывая гнойно-воспалительный очаг. После вскрытия гнойного очага проводят его антисептическую обработку при помощи водного раствора антисептика (0,05% раствор хлоргексидина биглюконата). Для свободного от¬тока гнойного экссудата и предупреждения слипания краев ра¬ны в нее вводят полоску перчаточной резины.

При периостите в области моляров верхней челюсти, воспалительный процесс имеет тенденцию к распространению за бугор верхней челюсти, поэтому при отслаивании надкостницы следует целенаправленно пройти тупым инструментом очень осторожно за бугор, т.е. в направлении кзади, кнутри и кверху на 0,5-1 см, чтобы не повредить крыловидное венозное сплетение. При данной локализации полоску перчаточной резины следует вводить также преимущественно кзади, кнутри и кверху

При вскрытии поднадкостничного гнойника, расположенного на твердом небе, иссекают небольшой участок мягких тканей из стенки абсцесса (треугольной или овальной формы), что обеспе¬чивает его пассивное дренирование, так как не происходит слипания кра¬ев раны . Дополнительно рану ничем не дренируют, так как его полость мала, имеет потолочное положение и обращена к подвижному языку, поэтому дренировать ее с помощью полоски перчаточное резины не представляется возможным. В дальнейшем раневая поверхность покрывается грануляционной тканью и затем эпителизируется от краев.

При вскрытии острого периостита в области моляров нижней челюсти с вестибулярной стороны следует начинать разрез от ретромолярной области книзу, затем переводить в продольное направление на переходную складку, так как воспалительный процесс может распространяться под собственно-

жевательную мышцу в ее нижние отделы и сопровождается выраженной воспалительной контрактурой II-III степени.
При отслоении надкостницы следует тупым инструментом проникать к нижним отделам собственно-жевательной мышцы и под нее, подводя туда дренаж. При расположении воспалительного процесса в области моляров с язычной стороны разрез также начинают от ретромолярной области ведут книзу на язычную поверхность альвеолярной части нижней челюсти, а затем параллельно десневому краю. При отслойке надкостницы тупым инструментом проникают книзу, кзади и кнутри в направлении под нижние отделы медиальной крыловидной мышцы, полоску перчаточной резины вводят в этом направлении. При вскрытии гнойника в области премоляров нижней челюсти следует учитывать расположение подбородочного отверстия и сосудисто-нервного пучка, во избежание его травмирования следует выполнять дугообразный разрез, обращенный вершиной кверху, несколько выше и ближе к десневому краю. Такой разрез сохранит достаточно хорошее кровоснабжение мягких тканей, расположенных выше его линии.
Во фронтальном отделе верхней или нижней челюстей при вскрытии воспалительного процесса следует избегать пересечения уздечек верхней или нижней губы, во избежание их рубцевания и укорачивания. В редких случаях вскрытие воспалительного очага проводят двумя разрезами справа и слева (чаще на нижней челюсти), от уздечки.
В послеоперационном периоде местно назначаются теплые ротовые ванночки с антисептиками 4 – 5 раз в день. Антибактериальная терапия при остром гнойном периостите заключается в применении антибактериальных препаратов группы пенициллинов таких как, (Амлоксиклав), фторхинолонов («Ципрофлоксацин», «Цифран СТ»). Антибиотики применяются в комплексе с антигистаминными лекарственными средствами («Супрастин», «Телфаст» и др.) по 1 таблетке на ночь. Симптоматическая терапия определена применением НПВС («Найз», «Нимисил», «Кетонал» и др.).
В послеоперационном периоде рекомендуется ежедневный осмотр, смена дренажа и антисептическая обработка раны. Перевязку проводят на 2-й день после операции. При осмотре и опросе определяют степень стихания воспалительных явлений и в зависимости от этого назначают дополнительное лечение. При перевязках проводят местное лечение раны: замену или удаление дренажа, промывание раны антисептическими растворами. При периостите челюсти для более быстрого прекращения воспалительных явлений на 2-3 день после вскрытия очага возможно назначение физических методов лечения: светотеплолечение (соллюкс-лампа), теплые ванночки из антисептических или дезодорирующих растворов, УВЧ, СВЧ, флюктуоризацию, лазерную терапию гелий-неоновыми лучами, магнитотерапию.
Осложнения. При соблюдении правильной техники выполнения операции осложнения, связанные непосредственно с вмешательством, возникают крайне редко. При нарушении техники могут возникать кровотечения. Пересечение подбородочного и язычного нервов вызывает неврит. Как во время операции, так и в послеоперационном периоде иногда возникают осложнения, связанные с удалением зуба. Наиболее частым осложнением в послеоперационном периоде является прогрессирование воспалительного процесса и его распространение на окружающие ткани, которое может быть связано как с недостаточно полным

вскрытием, опорожнением и дренированием гнойного очага, так и с особенностями реактивности организма больного. Нередко воспалительный процесс поддерживает не удаленный «причинный» зуб. Если вмешательство было проведено верно и достаточно полно, но в воспалительный процесс вовлекаются новые анатомические области, то больного следует госпитализировать в стационар с целью проведения более интенсивного лечения. Лечение проводят при условии освобождения больного от всех видов трудовой деятельности и любых физических нагрузок, больной не трудоспособен на период от 5-7 суток. Больных допускают к трудовой деятельности только после полной ликвидации воспалительных явлений, но еще в течений 2-3 недель освобождают от тяжелых физических нагрузок. Если это освобождение противоречит условиям труда, то на данный срок продлевают листок временной нетрудоспособности.

20. Хронический периостит челюстей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Хронический периостит встречается редко в 5-6% случаев и, как правило, является исходом острого воспалительного процесса, у детей и подростков хронический периостит иногда развивается первично. Развитию хронического периостита способствует сохранение очага длительной постоянной антигенной стимуляции: причинный зуб, хроническое воспаление в верхнечелюстной пазухе и др.; недостаточная санация гнойного очага (при недостаточном или самопроизвольном вскрытии); многократно повторяющиеся обострения хронического периодонтита без выраженной воспалительной реакции и характерных клинических проявлений. Также большую роль играет формирование пониженного иммунного ответа.

Морфологически при хроническом периостите отмечают гипертрофию надкостницы с выраженным продуктивным компонентом за счет разрастания соединительной ткани с последующей ее оссификацией. Пораженный участок надкостницы имеет вид губчатой кости, сеть переплетающихся костных трабекул имеет различную степень зрелости от примитивных грубоволокнистых трабекул до зрелой пластинчатой костной ткани. Костная ткань находится на разных стадиях созревания. В области надкостницы хронические пролиферативные воспалительные изменения практически не поддаются регрессу.

Клинически больные жалоб не предъявляют или жалуются на ощущение дискомфорта и скованности в соответствующей половине челюсти, на деформацию лица, которая определяется внешне. Из анамнеза больных выясняется наличие острой стадии заболевания. Конфигурация лица может быть изменена за счет небольшого выбухания мягких тканей, обусловленного утолщением челюсти. Функции не нарушены. Длительное существование воспалительного очага ведет к увеличению и уплотнению регионарных лимфатических узлов, которые могут быть безболезненны или слабо болезненны.

При осмотре полости рта определяют утолщение челюсти в вестибулярную сторону (плотное, безболезненное или слабо болезненное), без

выраженного отека, слизистая оболочка при этом незначительно гиперемирована, синюшна, может быть выражен сосудистый рисунок. На рентгенограмме определяется периостальное утолщение челюсти в виде тени, при длительном существовании воспалительного процесса видна оссификация периоста, а при еще более длительном существовании воспаления видна вертикальная исчерченность и слоистое строение надкостницы, напоминающие луковичный рисунок.

Дифференцируют хронический периостит с хроническим одонтогенным остеомиелитом челюсти, для последнего характерна более выраженная острая стадия, утолщение челюсти с двух сторон (вестибулярной, оральной (небной)), наличие формирующихся свищей и в последствии может определяться симптом Венсана. Кроме того, хронический остеомиелит характеризуется определенной рентгенологической картиной с выраженной деструкцией кости.

При специфических воспалительных процессах (актиномикоз, туберкулез, сифилис) отсутствует острая стадия заболевания, изменяются лимфатические узлы, положительны данные специфических исследований (кожная проба, реакция Вассермана и т.д.). Хронический периостит дифференцируют с некоторыми костными опухолями и опухолеподобными заболеваниями из-за сходства. Диагностике помогают данные анамнеза (острое воспаление в анамнезе), наличие причинного фактора, характерная для новообразований рентгенологическая картина, результаты морфологических исследований.

Лечение. На ранних этапах заболевания достаточно удаления причинного фактора и санация воспалительного очага, которые приводят к обратному развитию воспалительного инфильтрата. В более позднем периоде удаление оссификата проводят в условиях стационара.

21. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение. Прогноз.

Клиника. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит может явиться исходом острого воспалительного процесса, но чаще развивается как первично-хроническое заболевание. Жалоб больные не предъявляют, либо у них возникает чувство тяжести и дискомфорта в области верхней челюсти при наклонах головы, периодическое закладывание половины носа (в основном, ночью), периодические гнойные выделения из соответствующей половины носа с неприятным гнилостным запахом, выделение гноя в полость рта при существовании ороантрального сообщения. Общее состояние удовлетворительное, но отмечается тяжесть в области верхней челюсти и затылке, периодические приступы общей слабости в виде снижении трудоспособности, общей утомляемости, вялости. Температура тела нормальная, но при обострении процесса возможно повышение. В некоторых случаях подъем температуры отмечается в вечернее время до 37,2 -37,5°С.

При объективном исследовании определяют небольшую болезненность, возникающую при пальпации переднебоковой стенки пазухи соответственно клыковой ямке. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта отечна, цианотична. При передней риноскопии можно определить гнойный след в области среднего носового хода, слизистая оболочка носа обычного цвета, но

гипертрофирована в пределах нижней и средней носовых раковин, иногда определяются вы бухающие полипозные разрастания.
При диагностической пункции экссудат скудный, густой с резким ихорозным запахом. В полости определяют источник инфекции, причинный зуб резко реагирует на перкуссию, ЭОД соседних зубов повышенные показатели, причинного зуба 100 мкА и более. В некоторых случаях можно определить парестезии соответственно зонам иннервации ветвей тройничного нерва. На рентгенограмме отмечают пристеночное затемнение пазухи (утолщение слизистой оболочки) что соответствует пораженному зубочелюстному сегменту при ограниченном процессе (рис. 8.13), а гомогенное затемнение пазухи свидетельствует о диффузном хроническом процессе, когда воспалительный очаг распространяется на соседние участки пазухи.

22. Острая перфорация дна верхнечелюстной пазухи. Причины возникновения. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы устранения.

Данная форма верхнечелюстного синусита, как правило, возникает в результате удаления премоляров и моляров. Причины, способствующие перфорации: анатомические предпосылки, патологические процессы в области верхушки корня зуба, неправильное, грубое удаление зубов. При интактной пазухе, своевременном закрытии перфорации и проведенной послеоперационной терапии сообщение может закрыться в течение 2-3 недель за счет формирования кровяного сгустка.

Как правило, после удаления зуба врач чаще всего замечает перфорацию, если из альвеолы появляются пузырьки воздуха или при кюретаже лунки инструмент проваливается внутрь или уз лунки выделяется гной. Для диагностики перфорации верхнечелюстной пазухи следует провести рото-носовую (просят больного надуть щеки) и носо-ротовую (больной, зажав пальцами нос, должен попытаться выдохнуть воздух через нос, рот при этом открыт) пробы. При наличии перфорации верхнечелюстной пазухи больной не сможет надуть щеки, а при проведении носо-ротовой пробы из лунки удаленного зуба будут выделяться пузырьки воздуха. Необходимо помнить, что прохождение воздуха в пазуху и нос или рот может быть затруднено вследствие полипоматоза, грануляций, наличия большой кисты, опухоли или другой патологии верхнечелюстной пазухи. Тактика врача в случае перфорации зависит от ее размера, времени ее обнаружения и состояния верхнечелюстной пазухи. При отсутствии воспалительных явлений в пазухе свежие перфорации могут

самостоятельно закрываться и свищ не образуется. В таких случаях необходимо уложить тампон над устьем альвеолы с фиксацией к соседним зубам или подшить его к устью над заполнившим костную рану кровяным сгустком. Наиболее эффективно глухое зашивание слизистой оболочки над сгустком. При наличии у пациента синусита и гнойных выделений из пазухи через лунку удаленного зуба возможно промывание пазухи через перфорационное отверстие антисептическими растворами для освобождения от гнойного экссудата, так как лунка удаленного зуба в данной ситуации становится дополнительным путем эвакуации содержимого пазухи. Дальнейшее тщательное клиническое и рентгенологическое обследование позволяет уточнить диагноз и провести рациональное лечение амбулаторно или в станционере.

Однако неправильная тактика врача при обнаружении перфорации во время удаления зуба или не установление перфорации может привести к развитию острого перфоративного синусита.

Пациенты нередко обращаются спустя несколько дней после удаления зуба с жалобами на необычные ощущения, связанные с попаданием воздуха и жидкости в верхнечелюстную пазуху и нос, кровянистые выделения из лунки удаленного зуба, иногда на изменение тембра голоса. При нарастании воспалительного процесса в результате инфицирования постепенно могут появляться дополнительные жалобы. При осмотре полости рта перфорация имеет вид открытой альвеолы, зонд входит в нее свободно и можно клинически определить размер пазухи по высоте. Из лунки при зондировании может выделяться кровянисто-серозное отделяемое. Больной отмечает прохождение воздуха из пазухи в рот и наоборот, попадание жидкости в нос во время приема пищи.

Если перфорация верхнечелюстной пазухи не была диагностирована, то в течение 3-4 недель образуется свищ, в результате эпителизации стенок перфоративного отверстия. Это имеет принципиальное значение для диагностики и последующего лечения, так как при формулировке диагноза перфоративного синусита необходимо указать вид сообщения, с перфорацией или свищем.

Для перфоративного верхнечелюстного синусита характерно своеобразное

спокойное клиническое течение вследствие оттока экссудата из пазухи. Острый период не выражен, без отсутствия лечения может перейти в хроническую стадию, ухудшение оттока из пазухи может привести к обострению процесса.

При развитии синусита за счет нагноения корневой кисты после удаления зуба через альвеолу выделяется содержимое кисты, а сообщения с пазухой нет. В таком случае клиническая картина острого и обострения хронического синусита достаточна яркая, важна при диагностике рентгенологическая картина.

На рентгенограмме при перформативном синусите затемнений может не быть, все изменения характерны для дна пазухи вокруг перфорации. Более выраженные изменения отмечают, если перфорация возникла на фоне длительно текущего хронического синусита. Если отток через перфорацию недостаточный, то пневматизация пазухи нарушена, утолщение будет отчетливо видно по краям перфорации. При удалении зубов по поводу периодонтита или пародонтита на рентгенограмме всегда определяются деструктивные изменения кости: контуры альвеолы неровные, иногда полная резорбция кости в области зубочелюстного сегмента.

Диагностика перфоративного верхнечелюстного синусита основывается на данных клинической картины, данных результатов обследования.

23. Консервативное и хирургическое лечение одонтогенного верхнечелюстного синусита. Методы лечения. Показания, противопоказания.

Лечение острого верхнечелюстного синусита, прежде всего, начинают с ликвидации периапикального очага инфекции, который является причиной заболевания. Зуб, явившийся причиной воспалительного процесса в пазухе подлежит лечению или при соответствующих показаниях к удалению. Также нужно провести санацию полости рта, повысить неспецифическую реактивность организма и иммунитет. Назначают антибиотики широкого спектра действия, жаропонижающие, противовоспалительные антигистаминные препараты. Местно со стороны носа применяют сосудосуживающие средства, курс которых не превышает 8-10 дней. Необходимо отметить, что вне обострения антибиотики не применяют, а в период обострения их назначают соответственно чувствительности микрофлоры в комбинации с другими лечебными мероприятиями. Благоприятное действие оказывает сочетание физиотерапевтических процедур с применением медикаментозных средств, облада¬ющих местным противовоспалительным, аналгезируюшим аффектом: УВЧ на область пазух, аэрозоли антибактериальных и антигистаминных препаратов, электрофонофорез гидрокортизона, терапевтический лазер.

Если во время удаления зубов возникает сообщение с верхнечелюстной пазухой через лунку удаленного зуба, то следует в максимально короткие сроки добиться разобщения верхнечелюстной пазухи с полостью рта. Показано промывание пазухи и введение в нее лекарственных веществ. После проведения нескольких таких процедур воспалительные явления стихают и ликвидируются, при контрольном промывании жидкость без примеси крови и экссудата. На контрольной рентгенограмме верхнечелюстная пазуха прозрачная, без утолщения слизистой оболочки.

В случае если возникновение синусита в результате перфорации дна верхнечелюстной пазухи во время эндодонтического вмешательства с проталкиванием в нее части сломанного инструмента или пломбировочного материала, то больному следует назначить сосудосуживающие капли в соответствующую половину носа 3-4 раза в день с целью создания лучших условий для оттока экссудата через естественное соустье. Также больному назначают препараты, оптимизирующие реактивность: адаптогены, поливитамины. За больным устанавливают динамическое наблюдение на срок 1-2 месяца. В тех случаях, когда подобное осложнение возникло при существующем хроническом синусите либо, несмотря на проводимые профилактические мероприятия, привело к развитию острого синусита, больным проводят хирургическое лечение.

Лечение хронического верхнечелюстного синусита чаще всего хирургическое. Консервативная терапия в большинстве случаев не приводит к выздоровлению больного. В состоянии ремиссии патологический процесс продолжается, что приводит к функциональным нарушениям верхнечелюстного синуса. При хроническом синусите небольшой давности и ограниченности патологических изменений в пазухе удаляют причинный зуб (источник инфекции), проводят пункцию пазухи с промыванием ее и введением лекарственных веществ, а также комплекс лечебных мероприятий, рекомендованных при остром процессе, после такого консервативного лечения может наступить выздоровление. При хроническом перфоративном синусите, если полипы располагаются на ограниченном участке дна пазухи, показана щадящая синусотомия: иссекают свищ, откидывают слизисто-надкостничный лоскут, расширяют перфорацию дна, удаляют полипы и рану зашивают на¬глухо. Желательно закрыть костный дефект дна пазухи биоматериалом, восстановив также дефект альвеолярного отростка. Щадящую синусотомию (микрогайморотомию) можно проводить с применением специального троакара и эндоскопического инструментария

Радикальная операция на верхнечелюстной пазухе проводится по методу Колдуэлла-Люка, которая часто может быть успешно заменена микроэндоскопическими методами. Эта операция проводится при хроническом воспалении верхнечелюстной пазухи. При этой операции удаляют патологические ткани из верхнечелюстной пазухи и формируют широкое соустье ее с нижним носовым ходом. Операцию проводят под проводниковым, инфильтрационным обезболиванием и аппликационной анестезией в области нижнего носового хода и нижней носовой раковины или общим обезболиванием. Разрез выполняют по верхнему своду преддверия рта от бокового резца до второго большого коренного зуба. Отслаивают слизисто-надкостничный лоскут и при помощи распатора обнажают переднюю поверхность тела верхней челюсти. При помощи бормашины, трепанов,

костных кусачек формируют костное окно в пазуху и удаляют из нее патологические ткани: утолщенную и измененную слизистую оболочку, полипы, грануляции, инородные тела. Если при визуальном осмотре определяется неизмененная слизистая оболочка, ее не удаляют. В носовой стенке верхнечелюстной пазухи в области нижнего носового хода делают отверстие размером 1,5х1,5 см, формируя широкое соустье с полостью носа. Верхнечелюстную пазуху заполняют йодоформным тампоном, конец которого через соустье выводят в полость носа. Рану в полости рта зашивают наглухо, накладывая узловые швы. В случае прободения дна верхнечелюстной пазухи и при наличии пер¬форационного отверстия разрез проводят через слизистую оболочку наружной стенки зубной альвеолы, удаляют грануляции до входа в пазуху и особенно тщательно - патологические ткани у перфорационного отверстия со дна верхнечелюстной пазухи. При ушивании раны в полости рта производят пластическое закрытие перфорационного отвер¬стия, учитывая при этом ширину альвеолярного отростка на месте перфорации, ее протяженность (в области одного - двух зубов), наличие рубцовых изменений слизистой оболочки. В область костного дефекта, как при щадящей синусотомии используют биоматериал в виде блоков и платин для создания хороших условия для последующего протезирования. При значительном дефекте дна пазухи его внакладку закрывают пластиной, основной дефект альвеолярного отростка замещают блоком из биоматериала. Рельеф поверхности кости закрывают пластиной кости или мембраной из титана, где один конец пластины или мембраны помещают под надкостницу с небной стороны, другой с вестибулярной. Пластическое закрытие перфорационного отверстия производят путем выкраивания трапециевидного лоскута со стороны преддверия рта, который укладывают на место дефекта и обращают внимание на возможность его натяжения. В таких случаях его удлиняют горизонтальным рассечением надкостницы у основания лоскута.

При перфорационном отверстии на участке беззубом альвеолярном отростке следует широко выкраивать и отсепаровывать слизисто-надкостничный лоскут со стороны преддверия рта и мостовидный лоскут в области твердого неба. После радикальной операции на следующий день на верхнечелюстной пазухе через носовой ход удаляют йодоформный тампон. Проводят ежедневный туалет защитной пластинки и раны. На 7-8-й день снимают часть швов (через один), а остальные - при последующей перевязке на 9-10-й день. Защитную пластинку следует носить 14-16 дней, а иногда до 3 недели. В послеоперационном периоде верхнечелюстную пазуху промывают (от 1 до 3-4 раз), начиная с 5-6-го дня, а при ушивании и пластике перфорационного отверстия - не ранее чем через 9- 10 дней после операции. При правильно проведенном хирургическом лечении осложнений не бывает. В послеоперационном периоде может наблюдаться парестезия или гиперестезия ветвей подглазничного нерва на стороне операции (от нескольких не¬дель до 1-2 месяцев.). У отдельных больных эти явления не ликвидируются и развивается неврит подглазничного нерва, главным образом верхних альвеолярных нервов. Иногда воспалительный процесс рецидивирует, что связано с недостаточным сообщением верхнечелюстной пазухи с полостью носа, сужением или рубцовым закрытием его. Это требует повторной операции на верхнечелюстной пазухе.

В настоящее время для проведения радикальной синусотомии применяют эндоназальные методы, как правило, с использованием современных оптических систем: жестких эндоскопов, длиннофокусных операционных микроскопов и специального хирургического микроиструментария.
Перфорационное отверстие в пределах одного зуба целесообразно закрывать языкообразным лоскутом, выкроенным из слизистой оболочки твердого неба. Ширина лоскута должна соответствовать расстоянию между зубами, длина — трем величинам ширины. Лоскут укладывают в область дефекта альвеолярного отростка и фиксируют швами. Рану закрывают йодоформной марлей и надевают заранее изготовленную защитную пластинку.
При значительных размерах перфорационного отверстия, рубцовых изменениях слизистой оболочки в его окружности дефект закрывают выкраиванием языкообразного слизисто-надкостничного лоскута со стороны преддверия рта - от альвеолярного отростка к своду, лоскут перемещают на область дефекта и фиксируют швами. Закрывать дефект можно также перемещением слизистой оболочки и надкостницы с соседнего участка альвеолярного гребня или слизистым лоскутом со щеки. Закрытие дефекта можно проводить костеобразующими материалами, в том числе пластинками деминерализованной кости.
Прогноз острого синусита верхнечелюстной пазухи в основном благоприятный.
Осложнения. Острое воспаление верхнечелюстной пазухи может осложняться развитием периостита верхней челюсти, абсцесса или флегмоны клетчатки глазницы, а также переходом процесса на другие пазухи носа, решетчатый лабиринт. Реже в процесс вовлекаются вены лица и синусы твердой мозговой оболочки. Хронический синусит вызывает нарушения иммунологической реактивности и ведет к развитию инфекционного синдрома и иммунной недостаточности.
При хирургическом лечении хронического синусита прогноз благоприятный.
Профилактика одонтогенного воспаления верхнечелюстной пазухи состоит в санации полости рта - лечении кариеса зубов и его осложнений, своевременных хирургических вмешательствах (удаление зубов и корней, вскрытие поднадкостничных очагов). При удалении малых и больших коренных зубов верхней челюсти следует обращать внимание на соотношение корней зубов и дна верхнечелюстной пазухи, исключить травматичность вмешательства при удалении зубов.

24. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Профилактика.

Верхнечелюстной синусит (гайморит) - это заболевание, обусловленное воспалительным процессом в слизистой оболочке верхнечелюстной пазухи.
В зависимости от проникновения инфекции в верхнечелюстной синус различают: риногенный (ринит, грипп), гематогенный (пневмония, дифтерия, тиф), травматический (проникающие ранения верхнечелюстной пазухи), одонтогенный (распространение инфекции от причинного зуба), перфоративный (при удалении зубов). По локализации: ограниченный, диффузный; односторонний, двухсторонний.

Одонтогенный верхнечелюстной синусит (sinusitis maxillaris, antritis maxillaris, highmoritis), возникновение которого связанно с распространением инфекционно-воспалительного процесса из очагов одонтогенной инфекции верхней челюсти, по своей сущности и клинической картине мало чем отличается от синусита другой этиологии.

Перфорация верхнечелюстной пазухи является одним из осложнений, которая возникает в процессе удаления верхних зубов, и хотя главная классификация болезней МКБ 10 не выделяет отдельно такое заболевание, перфоративный верхнечелюстной синусит возникает достаточно часто.

Классификация по МКБ-10 одонтогенный верхнечелюстной синусит относит к классу Болезни органов дыхания (J00-J99):

J01.0 Острый верхнечелюстной синусит

Острый артрит

J32.0 Хронический верхнечелюстной синусит

Артрит (хронический), верхнечелюстной синусит БДУ (без других указаний)

По течению выделяют острый, хронический и хронический с обострением. При нарушении целостности дна верхнечелюстной пазухи и образовании перфорации или свища выделяют перфоративный верхнечелюстной синусит (Робустова Т.Г. 2006). По характеру воспалительной реакции экссудативный (катаральный, серозный, гнойный) и продуктивный (полипозный, неполипозный), по распространенности процесса на ограниченный и диффузный, односторонний и двухсторонний.

Возникновение одонтогенного воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе связано с распространением инфекции со стороны больных зубов, чему способствуют анатомическая близость челюсти и пазухи. Корни зубов верхней челюсти (премоляры и моляры) тесно прилегают ко дну верхнечелюстной пазухи. В норме верхнечелюстная пазуха расположена над верхушками корней второго премоляра и первого и второго премоляра, при расширении ее кзади захватывает область третьего моляра, а кпереди – область первого премоляра и реже клыка.

Расположенные в альвеолярном отростке корни зубов отделены от дна верхнечелюстной пазухи кортикальной пластинкой неодинаковой толщины, у одних она массивная, у других бывает настолько тонкой, что корни зубов ограничены от полости верхнечелюстной пазухи лишь надкостницей и слизистой оболочкой пазухи (рис.8.2). Форму верхнечелюстной пазухи обычно сравнивают с усеченной четырехгранной пирамидой. Средний объем пазухи колеблется от 2,8 15 до 20 40 см3. Пазуха обычно состоит из одной камеры, изнутри в нее вдаются альвеолярные бухты, разделенные перегородками. Дно альвеолярной бухты, как правило, расположено по-разному относительно дна полости носа: на одном уровне, выше и ниже его.

В верхнечелюстной пазухе различают переднюю, заднюю, верхнюю, нижнюю и медиальную стенки. Верхняя стенка верхнечелюстной пазухи частично является нижней стенкой глазницы. Это самая тонкая из стенок пазухи. Передняя стенка верхнечелюстной пазухи простирается от нижнего края глазницы до альвеолярного отростка верхней челюсти. Медиальная стенка пазухи (носовая) является одновременно наружной стенкой полости носа. В передней части ее проходит носослезный канал. Кзади от выступа носослезного канала в самом

высоком месте пазухи расположено выходное отверстие верхнечелюстной пазухи, ostium maxillare. Величина отверстия колеблется от 2 до 9 мм в длину и от 2 до 6 мм в ширину. Задняя стенка верхнечелюстной пазухи соответствует верхнечелюстному бугру и своей задней поверхностью обращена в крылонебную ямку. Нижняя стенка, или дно верхнечелюстной пазухи, подвержено значительным вариациям. Внутренняя поверхность пазух покрыта слизистой оболочкой толщиной около 0,1 мм, последняя представлена многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием. Мерцательный эпителий выполняет и очистительную функцию. Он представляет собой целую мукоцелиарную транспортную систему носа и пазух, которая обусловлена скоростью тока воздуха в полости носа и пазухе. Мерцательный эпителий функционирует таким образом, что продвижение слизи направлено по кругу кверху к медиальному углу пазухи, где расположено соустье со средним носовым ходом полости носа. Реснички эпителия, которые движутся в направлении естественного отверстия пазухи способны перемещать частицы диаметром до 0,5 мм.

Анатомически различают три типа верхнечелюстных пазух: пневматический, склеротический и комбинированный. При пневматическом типе размеры пазухи достаточно велики, стенки тонкие, дно вдается в альвеолярный отросток, образуя бухты. Корни больших и малых коренных зубов отделены от дна пазух пластинкой, а иногда имеют непосредственный контакт с выстилающей ее слизистой оболочкой. в области твердого неба дно верхнечелюстной пазухи вдается в него. образуя небные бухты. Наибольший объем верхнечелюстной пазухи - 18,6 см3. Пазуха склеротического типа имеет малый размеры до 2,8 см3, костная перегородка между слизистой оболочкой пазухи и верхушками зубов может иметь толщину 1 см и более. Средний объем па¬зухи комбинированного типа до 12,1 см3. Значительное различие объема верхнечелюстных пазух зависит от строения лицевого черепа (долихоцефалы, мезоцефалы, брахицефалы). Верхнечелюстные пазухи бывают несимметричны, объем левой пазухи чаще больше объема правой, линейные размеры и объем у мужчин больше чем у женщин.

При потере моляров и премоляров на верхней челюсти происходит атрофия кости альвеолярного отростка, и толщина кости до дна пазухи уменьшается до 0,5-0,7 мм. Удаление подвижных зубов по поводу пародонтита еще больше усугубляет атрофию кости, так как при заболеваниях пародонта происходит деструкция кости, разрушаются не только альвеолярный отросток, но и тело челюсти, между оставшимися 1-2 зубами часто отсутствует кортикальная пластинка дна верхнечелюстной пазухи, так как вросший воспаленный эпителий пародонта спаивается со слизистой оболочкой пазухи и альвеолярные бухты находятся в непосредственном контакте с апикальной частью корня.

Особенности строения верхнечелюстных пазух, близкое расположение корней зубов ко дну пазухи, деструктивные процессы в периодонте и пародонте, общие связи кровообращения определяют этиологическую роль одонтогенной в возникновении синусита. Большое значение в патогенезе воспаления верхнечелюстной пазухи имеет также инфекционная сенсибилизация организма, связанная с одонтогенными патологическими процессами и инфекционными заболеваниями ЛОР-органов.

Этиология. Причиной развития одонтогенного верхнечелюстного синусита является микрофлора периапикального воспалительного очага при остром или хроническом периодонтите моляров и премоляров верхней челюсти. Кроме того инфекция может проникать из полости рта при перфорациях дна полости рта во время хирургических вмешательств, реже при травмах, сопровождающихся переломом в области стенок верхнечелюстной пазухи. Возбудителями являются облигатные и факультативные анаэробы, которые составляют до 70%. К ним относятся: грамотрицательные неспорообразующие анаэробные группы бактероидов и фузобактерий; грамотрицательные неспорообразующие анаэробные бактероиды группы пептококков, реже актиномицетов; грамположительные микроаэрофильные кокки; аэробные грамположительные кокки и палочки; представители микробных ассоциаций полости рта. Дрожжеподобные грибы кандида как этиологический фактор встречаются достаточно редко, и в этом случае синусит характеризуется довольно редким течением, торпидным к антибактериальной терапии.

Особенностью одонтогенного верхнечелюстного синусита является то, что зачастую наблюдается сочетание одонтогенной и риногенной микробной флоры, а это существенно повышает устойчивость микробных ассоциаций к антибактериальной терапии.

Патогенез. В патогенезе одонтогенного синусита наибольшее значение имеет длительное существование хронического одонтогенного (иногда соматогенного) воспалительного очага в непосредственной близости от нижней стенки верхнечелюстной пазухи, т.е. в области премоляров и моляров (чаще первого моляра) верхней челюсти. При этом развивается сенсибилизация тканей в этой области.

Источником инфекции являются заболевания зубов: пульпиты, верхушечные формы периодонтита, пародонтит, периоститы, воспаление в области ретенированных зубов, остеомиелиты, одонтогенные кисты. Так при лечении пульпита верхнего зуба, обращенного корнем в сторону верхнечелюстной пазухи возможно инфицирование слизистой оболочки пазухи в результате травмы костной стенки верхнечелюстной пазухи и проталкивании через верхушку корня зуба гангренозного распада, выведения пломбировочного материала , гуттаперчевого штифта, обломка инструмента.

Большая роль в возникновении одонтогенного синусита отводится перфорации дна пазухи, которая возникает в момент удаления зуба, при проталкивании в нее зубов и корней зубов, грануляционных околоверхушечных разрастаний при кюретаже, а также при переломах верхней челюсти и скуловой кости. Также одной из причин перфорации пазухи может являться дентальная имплантация зубов. Нередко при установке дентального имплантата дна верхней челюсти вблизи дна верхнечелюстной пазухи может произойти разрыв ее слизистой оболочки, а также проталкивание в нее дентального имплантата.

Перечисленные особенности - близкое расположение корней зубов ко дну пазухи, перфорации предопределяют ее одонтогенное инфицирование. Зачастую возникновению воспаления в сенсибилизированных тканях стенок верхнечелюстной пазухи способствуют стрессовые ситуации, общее ослабление организма при инфекционных и вирусных заболеваниях, при иммунодефицитных состояниях, т.е. в развитии верхнечелюстного синусита участвуют те же этиологические факторы и патогенетические механизмы,

которые связанны с одонтогенными патологическими процессами и инфекционными заболеваниями ЛОР-органов.

Патологическая анатомия. Морфологические изменения в верхнечелюстной пазухе во многом зависят от патогенеза воспаления. При проникновении инфекции от периапикальных очагов, перфорации дна пазухи, попадании инородных тел изменения наблюдаются в ограниченном участке слизистой оболочки. При развитии одонтогенного синусита вследствие острого остеомиелита, нагноения радикулярной кисты в процесс вовлекается слизистая оболочка всей пазухи.

При остром синусите на слизистой оболочке пазухи отмечают гиперемию, а также отек, который постепенно увеличиваясь, уменьшает объем полости и нередко закрывает или сужает отверстие в полость носа. Вначале в слизистой оболочке выражено катаральное воспаление, а далее эпителиальный покров местами пронизывается лимфоцитами и полинуклеарами, подслизистый слой набухает, сосуды его расширены, вокруг них образуются инфильтраты и очаговые кровоизлияния, местами в подслизистом слое образуются щели разной величины (псевдокисты). Катаральное воспаление через 2-3 дня сменяется гнойным, слизистые железы увеличены, из них выделяется секрет, заполняющий полость, увеличиваются гиперемия и отек слизистой оболочки пазухи, образуются отдельные микроабсцессы, воспалительные изменения отмечаются в надкостнице и костной ткани.

Хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи при ограниченной неполипозной форме морфологически характеризуется незначительной гиперплазией и истончением эпителиального слоя, в котором стенки сосудов в одних участках разрыхлены, в других утолщены. Подслизистая основа увеличена за счет развития рыхлой волокнистой ткани, где изредка отмечаются коллагеновые фибриллы. При диффузном неполипозном хроническом воспалении наблюдается значительное сужение просвета пазухи за счет утолщения слизистой оболочки, а именно эпителиального слоя, на поверхности которого отмечается значительное число глубоких крипт с выделением слизи, участков десквамации эпителия, местами эрозий, язв и некроза. При полипозном хроническом воспалении на поверхности стенок пазухи видны различной величины выбухания, представляющие собой полипозно-грануляционные разрастания, при ограниченной полипозной форме на ограниченном участке пазухи, при диффузной полипозной форме на всех ее стенках. Просвет пазухи заполнен слизисто-гнойным или гнойным содержимым, а при длительно протекающем заболевания - холестеатомными массами. В подслизистой основе верхнечелюстной пазухи отмечается инфильтрация лимфоцитами, макрофагами, лимфоидными, плазматическими и круглыми клетками. Сосуды расширены, во многих участках стенка их разволокнена, в некоторых наблюдается склероз сосудистых мембран. В кости стенок пазухи при хроническом процессе отмечаются новообразование кости и перестройка ее. При одонтогенном синусите верхнечелюстной пазухи в области полипозных разрастаний мерцательного эпителия переходит в многоядерный плоский эпителий.

25. Остеомиелит челюстей. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика.

Остеомиелит (др.-греч. «osteo» - кость, «myelos» - мозг, «-itis» - воспаление) – гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и костном мозге, а также в окружающих их мягких тканях. Причиной возникновения данного заболевания является прогрессирование одонтогенной инфекции за пределы очага воспаления в пародонте. Поражение нижней челюсти встречается чаще, чем верхней. Одонтогенный остеомиелит составляет 2% от всех одонтогенных воспалительных заболеваний. Острая стадия нередко протекает атипично и часто просматривается, поэтому процесс диагностируется в 4-5 раз чаще в хронической стадии.

Классификация. По клиническим признакам остеомиелит можно разделить на следующие виды: острый, первично- и вторично-хронический, обострение хронического. Первично-хронический остеомиелит изначально протекает атипично с незначительной деструкцией костной ткани, отмечается отсутствие характерной температурной реакции организма. Вторично-хронический остеомиелит является переходом в хроническую стадию любой из острой форм, состоит из двух, заменяющих друг друга, фаз: рецидива и ремиссии.

По стадии развития заболевание разделится на острую, подострую и хроническую, причем подострая стадия может быть как первичной, так и переходной. По пути распространения остеомиелиты делятся на гематогенный, когда бактериальный эмбол транспортируется током крови, и посттравматический, когда рана инфицируется микрофлорой полости рта и периодонта.

Специфический остеомиелит может быть вызван бледной трепонемой, возбудителями туберкулеза, актиномикоза и др. Неспецифический остеомиелит является результатом воздействия пиогенной микрофлоры. В соотношении возбудителей при остеомиелите преобладает стафилококк, он также встречается в монокультуре, несколько реже в ассоциации с другими микроорганизмами. Преобладание стафилококков связано с их высокой патогенностью, быстрой приспособляемостью к неблагоприятным факторам и антибиотикам, способностью вырабатывать ферменты защиты, вызывать через действие токсинов некроз тканей, разрушение эритроцитов и лейкоцитов, угнетать клеточный и гуморальный иммунитет, оказывать сенсибилизирующее действие на организм и токсическое воздействие на центральную нервную систему. Из других микроорганизмов встречаются грамотрицательные бактерии: вульгарный протей кишечная палочка синегнойная палочка, актиномицеты, вейлонеллы, факультативно-анаэробные и аэробные бактерии.

Заболевание по степени распространения может быть ограниченным (в пределах пародонта 2-3 зубов), очаговым (в пределах тела челюсти) и диффузным (распространившийся на половину или на всю челюсть).

Этиология и патогенез. Входными воротами инфекции, чаще всего, являются пораженные моляры нижней челюсти, далее - премоляры, моляры верхней челюсти и центральные резцы. В большинстве случаев остеомиелитический процесс развивается вследствие осложнённого кариеса зубов и реже при затруднённом прорезывании третьего моляра. Основополагающим фактором

риска развития хронического одонтогенного остеомиелита является неверно диагностированный или своевременно не леченный острый остеомиелит.
Существует две теории возникновения гнойно-некротических процессов в челюсти Первая теория инфекционно-эмболическая несет в себе концепцию осаждения в концевых сосудах бактериального эмбола, занесенного током крови из первичного очага инфекции в челюстную кость и оседания в концевых капиллярах и их тромбирования, что ведет к нарушению кровообращения и питания кости. Микроорганизмы, находящиеся в благоприятных условиях, начинают активно размножаться и вызывать ответную реакцию иммунной системы в виде гнойно-некротического воспаления. Однако анатомические и морфологические исследования кости опровергли локалистические и анатомические положения авторов инфекционно-эмболической теории. Но в тоже время современные исследования доказали, что один из ведущих факторов развития гнойно-некротического процесса все таки является нарушение гемодинамики, в частности на микроциркуляторном уровне.
Вторая теория основывается на изменениях реактивности организма под действием различных раздражителей и их влияния на развитие местного воспалительного процесса в кости. Отечественный ученый С. М. Дерижанов (1940) при изучении патогенеза остеомиелита подчеркивал, что острый инфекционный процесс развивается только у предварительно сенсибилизированного человека при наличии дремлющей инфекции и неспецифического раздражителя (стрессы, переохлаждения, травмы и другие причины снижения иммунитета), а тромбоз и эмболия в патогенезе этого процесса имеют меньшее значение. Аллергическая теория патологического процесса значительно расширила представление о патогенезе гематогенного остеомиелита и открыла широкие возможности для узучения проблемы развития остеомиелита челюстей.
Аллергическая теория сформирована на концепции сенсибилизации организма вследствие присутствующей хронической инфекции. Данный механизм носит название феномена Артюса-Сахарова и относится к III типу иммунологических реакций. Под влиянием поступающих в организм эндотоксинов хронического очага одонтогенной инфекции, обладающего антигенными свойствами, происходит синтез IgG или IgM. Наличие разрешающей дозы антигена ведет к образованию в сосудистом русле циркулирующих иммунных комплексов антиген-антитело. Важную роль в поддержании динамического равновесия между очагом хронической одонтогенной инфекции и макроорганизмом принадлежит соединительнотканной капсуле, отграничивающий данный очаг. Однако такое равновесие может быть нарушено, в результате чего возникает обострение хронических процессов.
Исследования Г.И. Семенченко (1958) привели к открытию нейротрофической теории развития остеомиелита челюсти. По его мнению ведущая роль в возникновении остеомиелита челюсти принадлежит не сенсибилизации организма, а нейротрофическим расстройствам, возникающим при раздражении нервов.
Важное значение в развитии гнойно-некротического процесса в кости, его протяженности имеет реактивность организма. При развитии остеомиелита челюсти могут быть снижены неспецифические защитные механизмы организма, что может быть связано с переохлаждением, переутомлением,

стрессовыми ситуациями, перенесенны¬ми острыми респираторными, аденовирусными или другими инфекциями, сопутствующими заболеваниями, а также проводимой лекарственной терапией. Большое значение также в развитии гнойно-некротического процесса в костной ткани играет иммунитет. Иммунологическая реактивность организма определяет возможность распознавания и специфического реагирования на антигенные раздражители - микроорганизмы. Хронические одонтогенные очаги, их обострения ведут к нарушению иммунных реакций. Их дисбаланс лежит в основе развития остеомиелита челюсти. Неоднократное воздействие микроорганизмов и эндотоксинов (продуктов их распада) - создает повышенную чувствительность к ним - сенсибилизацию, высокая степень которой создает большую вероятность гиперергического течения воспаления при остром остеомиелите челюсти. С повышением степени сенсибилизации увеличиваются дисбаланс иммунитета и невозможность организма обеспечить адек¬ватную защитную реакцию - развивается гнойно-некротический процесс костной ткани.

В патогенезе остеомиелита на начальном этапе преимущественное значение имеют аллергические реакции с участием базофилов и лаброцитов, а также реакции гиперчувствительности немедленного типа. На более поздних этапах, при переходе в хроническую стадию, преобладают иммунные реакции гиперчувствительности замедленного типа. Реализация этих реакций обеспечивает тканевые и сосудистые повреждения с нарушениями микроциркуляции, тромбозом и последующим гнойным расплавлением тромбов.

Остеомиелит характеризуется повреждением всех компонентов кости, морфологически для него характерна триада: тромбоз костномозговых сосудов, гнойное расплавление костного мозга и некроз костных балочек. Вторично в воспалительный процесс вовлекаются надкостница, околочелюстные мягкие ткани и лимфатические узлы.

С течением времени некротизированная костная ткань отграничивается, формируются секвестры, окруженные секвестральной соединительно-тканной капсулой и нередко зоной повышенной оссификации, которые представляют собой демаркационную зону. Характер секвестрации зависит от следующих факторов: строения костной ткани, характера кровоснабжения данной зоны, характера нарушения кровоснабжения, особенностей функционирования звеньев местной и общей реактивности, характера, интенсивности и сроков проводимого лечения. Таким образом, при хроническом остеомиелите сосуществуют деструктивные процессы, которые преобладают в периоды обострения, и продуктивные процессы, которые начинают преобладать с течением времени. Так, в начальные сроки развития хронического остеомиелита, заболевание чаще характеризуется преобладанием деструктивных процессов, отражением которых является секвестрообразование. При продолжительности заболевания более трех месяцев развиваются выраженные продуктивные изменения, характеризующиеся растворением мелких секвестров, периостальной реакцией, гиперостозом (рарефицирующая или гнездная форма). При продолжительности заболевания больше года развивается продуктивная, или гиперпластическая, форма с преобладанием продуктивных изменений, в этот период образуется молодая костная ткань как

в эдосте, так и в периосте, а иногда - исчезновением рентгенологически определяемых секвестров (бессеквестральная форма остеомиелита).
Клиническая картина. В развитии остеомиелита челюсти выделяют три стадии: острую, подострую и хроническую. Клиническое течение остеомиелита челюсти может быть разнообразным и зависит от особенностей микрофлоры, неспецифических и специфических факторов противоинфекционной защиты, других индивидуальных особенностей организма, а также от локализации, протяженности и стадии заболевания. Эти факторы отражаются в различных типах воспалительной реакции - нормергической, ги-перергической и гипоергической. В последние годы резко увеличилось количество случаев гипоергического развития острого остеомиелита. Нормергический тип течения воспалительной реакции наблюдается крайне редко, в тех случаях, когда в ранние сроки начато адекватное лечение с применением иммуномодуляторов. Как правило, механизмы реактивности быстро истощаются, нормергия быстро переходит в гипоергию. У людей преклонного возраста, стариков в связи со значительным снижением иммунитета гипоергическая реакция может снижаться до анергии.
В зависимости от объема поражения выделяют следующие формы остеомиелита: ограниченную (альвеолярный отросток в пределах одного зуба), очаговую (альвеолярный отросток, тело челюсти на протяжении трех-четырех зубов, ветвь челюсти на протяжении трех-четырех сантиметров) и диффузную (поражение половины или всей челюсти). На верхней челюсти чаще формируются меньшие объемы поражения в связи с параллельным (сегментарным) расположением кровеносных сосудов (передние, средние и задние верхние альвеолярные ветви), а также в ее теле, альвеолярном отростке мало губчатого вещества, много отверстий в компактной пластинке, что облегчает выход экссудата из периодонта и кости. Поэтому поражение верхней челюсти наблюдается редко, и остеомиелит чаще бывает ограниченным. На нижней челюсти объемы поражения большие в связи со стволовым типом кровоснабжения (нижняя луночковая артерия), также нижняя челюсть содержит значительное количество губчатого вещества, компактный слой ее плотный, толстый, в нем мало отверстий. Выход экссудата из периодонта через кость затруднен, и чаще он распространяется в губчатое вещество. Остеомиелитические процессы в нижней челюсти протекают тяжелее, чем в верхней, особенно в области тела и ветви ее.

26. Острый остеомиелит. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Острая стадия одонтогенного остеомиелита
При клиническом течении болезни в острой стадии отражаются преимущественно два типа воспали¬тельной реакции - гиперергическая, гипоергическая. При гиперергическом типе течения воспалительной реакции в остром периоде заболевания больные жалуются на сильные, разламывающие боли в половине челюсти, иррадиирущие в голову, шею. Кроме того, в зависимости от локализации могут присоединяться жалобы на боли и затруднения при глотании, разговоре, пережевывании пищи, на болезненное

затрудненное открывание рта. Отмечается сильная интоксикация, больные отмечают сильную слабость, недомогание, озноб, нарушение вегетативных функций, нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, изменение артериального давления - чаще в сторону повышения), нарушение деятельности желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, диарея). Общее состояние расценивается как состояние средней тяжести или тяжелое, температура тела поднимается до 39-40°С и выше. Больной может находиться в коматозном состоянии, сознание спутанное; больной вяло реагирует на окружающую обстановку и задаваемые ему вопросы, бледен, на коже холодный липкий пот. При внешнем осмотре определяют выраженный отек мягких тканей, кожа в цвете не изменена или слабо гиперемирована, в складку собирается. При пальпации области отека возникает резкая боль за счет того, что давление распространяется на подлежащую область инфильтрата. По сравнению с острым периоститом отек тканей более выражен при остеомиелите, локализация отека зависит от локализации воспалительного очага. При локализации воспалительного очага в области моляров верхней или нижней челюстей развивается выраженная воспалительная контрактура II-III степени, характеризующаяся ограниченным, резко болезненным опусканием нижней челюсти. При пальпации определяются болезненные, увеличенные, спаянные с окружающими тканями лимфатические узлы на соответствующей стороне. Причем лимфаденит может развиваться не только на стороне поражения, но и на противоположной стороне, возможно вовлечение в процесс более отдаленных лимфоузлов.

При обследовании полости рта определяется болезненная перкуссия нескольких зубов, причем перкуссия причинного зуба менее болезненна, так как его верхушка обращена в очаг гнойного расплавления и некроза тканей. Определяется подвижность нескольких зубов, медиально и дистально расположенных от причинного, который наиболее подвижен. В результате разрушения круговой связки зуба воспаленная маргинальная десна может отодвигаться, как бы отслаиваясь от зубов, между ней и зубами может выделяться гной. Альвеолярный отросток верхней челюсти либо альвеолярная часть нижней челюсти муфтообразно утолщены за счет инфильтрации и отека мягких тканей с двух сторон: вестибулярной и оральной. Симптом периостита, который проявляется с двух сторон, является одним из наиболее характерных диагностических признаков острого остеомиелита.

Инфильтрация тканей зачастую распространяется на тело челюсти, пальпация резко болезненна. После формирования поднадкостничных абсцессов в области инфильтрата определяют; размягчение, появляется флюктуация. Слизистая оболочка в этой области резко гиперемирована, отечна. Язык обложен сероватым налетом, слюна вязкая, отмечают неприятный запах изо рта.

При диффузных формах острого остеомиелита верхней челюсти воспалительный процесс может распространяться на область верхнечелюстной пазухи и дна полости носа, что сопровождается появлением и развитием симптомов острого верхнечелюстного синусита. Распространение воспалительного процесса на область подвисочной и крылонёбной ямок обусловливает развитие флегмоны данной анатомической области, сопровождающееся характерными симптомами. Диффузные формы острого остеомиелита как на нижней, так и верхней челюсти могут инициировать

развитие остеофлегмон в анатомических областях, прилегающих к ним анатомических областях. Нормергический тип течения воспалительной реакции при остром остеомиелите встречается довольно редко и, как правило, является результатом перехода гиперергии в нормергию при своевременно начатой противовоспалительной терапии. В ряде случаев больные до обращения к врачу, самостоятельно начинают прием антибиотиков и противовоспалительных препаратов, чем уменьшают выраженность воспалительной реакции. При нормергии выраженные симптомы проявляются только в начале заболевания. Раннее вскрытие абсцессов, дренирование и противовоспалительная терапия уменьшают симптоматику и локализуют процесс, создавая картину мнимого благополучия. Гипоергический тип течения воспалительной реакции при остром остеомиелите встречается все чаще и на современном этапе характерен для подавляющего количества больных, формируется первично, на фоне нарушений неспецифической реактивности и иммунодефицитных состояний.

Общее состояние больных в большинстве случаев оценивается как удовлетворительное. Местно воспалительный процесс носит очаговый или ограниченный характер, чаще поражается альвеолярный отросток (альвеолярная часть) и редко вовлекается тело челюсти (особенно на верхней челюсти).

Подострая стадия одонтогенного остеомиелита

Острая стадия одонтогенного остеомиелита че¬люсти обычно длится от 10-12 дней до 2 недель, при диффузном до 3 недель, переходя далее в подострую стадию. Подострая стадия заболевания характеризуются постепенным переходом острой фазы заболевания в хроническую. Начало этого перехода связано с обеспечением оттока экссудата от воспалительного очага после оперативного вскрытия гнойников, после самопроизвольного опорожнения гнойников через прорывы в слизистой оболочке в области зубодесневой борозды и начала формирования свищей. Клинически в этот период уменьшаются боли, снижается интоксикация, улучшается общее самочувствие больных, нормализуется сон и аппетит, температура тела остается субфебрильной, особенно по вечерам. Место уменьшаются клинические проявления острой воспалительной реакции: припухлость тканей, инфильтрация мягких тканей вокруг пораженного участка челюсти, на местах вскрытия гнойных очагов раны выполняются грануляционной, в центре их формируются свищевые ходы. Отделяемого становится меньше, гнойный экссудат становится густым. Регионарные лимфатические узлы становятся плотными, более подвижными, уменьшается их болезненность. Открывание рта становится свободным и ограничено только при локализации остеомиелитических очагов в области угла и ветви нижней челюсти, бугра верх¬ней челюсти.

В полости рта слизистая оболочка цианотична, отечна, на месте вскрытия под-надкостничных гнойников имеются свищевые ходы со скудным гнойным отделяемым, из лунки удаленного причинного зуба выбухают грануляции, рядом стоящие зубы подвижны, по пери¬ферии зубы становятся менее подвижны. В норму приходят показатели красной крови, зна¬чительно уменьшается содержание лейкоцитов, в том числе нейтрофилов, СОЭ. На

рентгенограммах видны патологические изменения костной тка-ни, в виде участков разряжения кости, не имеющие чет¬ких границ и формы.

27. Хронический остеомиелит. Классификация. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клиническая и рентгенологическая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

Хроническая стадия одонтогенного остеомиелита

Хроническая стадия является неизбежным исходом острой стадии одонтогенного остеомиелита, обычно на 3 - 5 неделе наблю¬дается переход остеомиелита в хроническую ста¬дию и длится до момента полного очищения очага в кости от секвестров, грануляций и другой патологической ткани, т.е. при отсутствии хирургического лечения она может продолжаться месяцы и годы. Общее состояние больного в этой ста¬дии улучшается и не вну¬шает серьезных опасений. При хронической стадии остеомиелита отмечают гипоергический тип течения воспалительной реакции, который у стариков и ослабленных больных может развиваться в анергию. Нередко хронический остеомиелит может вновь и вновь обостряться. Возникновение обострений, как правило, связано с нарушением оттока экссудата или резкими изменениями в реактивности (чаще под влиянием стрессовых ситуаций).

Общее состояние больных оценивают как удовлетворительное, интоксикация выражена слабо и проявляется приступами слабости, недомоганий, потливости, утомляемости, температура тела снижается до нормы, но у некоторых больных может кратковременно повышаться. При объективном обследовании выявляют изменение конфигурации лица за счет выбухания соответственно месту локализации воспалительного инфильтрата и утолщения кости. Кожа над утолщенной костью истончена, натянута, может быть гиперемирована, синюшна, иногда спаяна с инфильтрированными тканями. Пальпация этой области слабоболезненна. Иногда отверстия свищевых ходов открываются на коже, в таких случаях кожа в области устьев гиперемирована, мацерирована, может быть покрыта корками, из устья свища могут выбухать грануляции, выделяться гной. При закрытии свищевых ходов происходит задержка отделяемого и происходит обострение воспалительного процесса, могут образовываться абсцессы и флегмоны в окружающих тканях, при этом происходит ухудшение общего состояния. После вскрытия гнойников или самопроизвольного опорожнения воспалительные явления купируются. При диффузных поражениях нижней челюсти сохраняется симптом Венсана. Лиматические узлы могут быть уплотнены, немного увеличены, безболезненны или слабо болезненны.

При внутриротовом осмотре определяют муфтообразное утолщение участка челюсти, слизистая в этой области слабо гиперемирована, синюшна. В области лунок ранее удаленных зубов, а также в области ранее выполненных разрезов определяют устья свищей с выбухающими грануляциями и гнойным отделяемым, при зондировании свищевого хода иногда можно определить подвижный секвестр в стадию сформировавшихся секвестров. Зубы, которые были подвижны в острой стадии, но сохранили свою жизнеспособность - укрепляются. У некоторых больных, особенно ослабленных и у лиц пожилого

возраста в случаях диффузного поражения челюсти, могут диагностировать патологические переломы.

Консервативное лечение, которое проводится в ранние сроки заболевания и является адекватным, способствует тому, что в одних случаях зоны некротического поражения кости ограничиваются и составляют небольшие точечные участки, которые впоследствии представляют милиарные (невидимые на глаз) секвестры, в других случаях полностью расплавляются в гнойном очаге. Определенные изменения реактивности организма в некоторых случаях обусловливают преобладание резорбтивных и продуктивных реакций над некротическими, что приводит к возникновению деструктивно-продуктивной (гнездной, рарефицирующей) и продуктивной (гиперпластической) форм хронического остеомиелита. Эти так называемые бессеквестралъные формы остеомиелита нередко развиваются без клинически выраженной острой стадии заболевания и расцениваются как первично-хронические. При этом лишь в анамнезе есть указания на наличие воспалительных явлений в области причинного зуба. Чаще такие формы встречаются в молодом возрасте.

Для деструктивно-продуктивной (рарефицирующей) формы остеомиелита челюсти в результате диффузного расплавления и некроза костного вещества характерно образование отдельных мелких очагов резорбции, в которых заключены небольшие участки некротизированной кости, часто подвергающиеся частичному рассасыванию. Клиническое течение этой формы остеомиелита длительное, сопровождается обострениями.

Наиболее выражены гиперпластические процессы - деформация нижней челюсти на фоне видимого отсутствия клинических проявлений воспаления при продуктивной форме хронического остеомиелита. У больных выражены продуктивные гиперпластические процессы, эндостальное и периостальное новообразование кости бывает выражено весьма значительно. Наблюдается первично-хроническое течение бо-лезни, когда острый период заболевания не выделяется. В анамнезе у таких больных можно выявить частые явления обострения воспалительного процесса в области зуба. Заболевание наблюдается чаще у молодых людей.

Образование секвестра протекает в различные сроки и зависит от: общего состояния больных, их возраста, иммунной реактивности, а также особенностей омертвевших участков челюсти (рис. 6.38). У лиц молодого возраста наружные стенки альвеол верхних зубов тонкие, пористые, они могут отделяются уже через 3-4 недели. Образование секвестра в области тела нижней челюсти происходит через 6-7 недель, а иногда и 12-14 недель, эти сроки обусловлены плотностью кортикальных участков. Секвестры в области тела верхней челюсти отделяются в виде тонких пластинок. При диффузном поражении верхней челюсти происходит секвестрация ее тела вместе с участком нижне¬го края глазницы. На нижней челюсти ограниченные формы остеомиелита ведут к секвестрации стенок зубной альвеолы, небольших участков альвеолярной части или тела челюсти. Диффузный остеомиелит характеризуется секвестрацией больших участков тела и ветви нижней челюсти. При формировании секвестра образовавшаяся секвестральная капсула через некоторое время становится устойчивой и выдерживает значительную нагрузку. Однако у больных ослабленных и старческого возраста из-за снижения процессов регенерации, достаточно мощная секвестральная капсула не образуется.

При отторжении омертвевших участков кости (секвестров) в хронической стадии одонтогенного остеомиелита челюсти происходит дальнейшая нормализация картины крови: повышается уровень гемоглобина, увеличивается число эритроцитов, уменьшается содержание лейкоцитов. СОЭ нормализуется значительно позднее.

В клинической практике хирурги стоматологи наиболее часто встречаются с ограниченным остеомиелитом лунки зуба и с ограниченным остеомиелитом альвеолярной части нижней челюсти (альвеолярного отростка верхней челюсти), развивающимися после удаления зуба по поводу хронического периодонтита или пародонтита. Клиническое начало ограниченного остеомиелита лунки зуба может быть весьма схожим с началом альвеолита, что соответствует острой стадии заболевания. Однако при остеомиелите боли быстро стихают (через 2-3 суток) и приобретают характер постоянных, ноющих. В некоторых случаях процесс клинически может развиваться как первично-хронический, и тогда выраженных острых болей не возникает, они изначально низкоинтенсивны. Мягкие ткани и надкостница вокруг лунки немного инфильтрированы, болезненны. Слизистая оболочка в этой области гиперемирована, отечна. Сгустка крови в лунке не определяют, или на ранних сроках сохраняются фрагменты распадающегося сгустка грязно-серого цвета с характерным зловонным запахом. Наиболее характерным клиническим симптомом остеомиелита, в отличие от альвеолита, является выделение гноя из лунки зуба, при альвеолите гноя не бывает. Кроме того, при тампонаде лунки лекарственным веществом при остеомиелите возникает усиление боли за счет нарушения оттока гнойного экссудата и обострения. Процесс секвестрации при ограниченном остеомиелите лунки зуба на верхней челюсти завершается через 3-4 недели после начала заболевания, а на нижней - через 4-5 недель. При ограниченном остеомиелите альвеолярной части нижней челюсти секвестрация может завершаться через 6-7 недель.

Диагностика. При диагностике важно одонтогенного остеомиелита большое значение имеет распознавание стадии болезни. Диагностика острой фазы остеомиелита нередко затруднена из-за изменения клинической картины болезни, особенно в связи с нерациональной антибактериальной терапией. Подострая фаза остеомиелита клинически достаточно характерна и правильно диагностируется. В диагностике хронической стадии остеомиелита, помимо характерной клинической картины, большое значение отводится рентгенологическому методу исследования.

В острой стадии заболевания видимых на рентгенограмме деструктивных изменений костной ткани не определяют. Можно определить расширение костномозговых пространств и завуалированность рисунка костных балочек за счет отека и инфильтрации, а также наложения тени мягкотканной инфильтрации. Поэтому рентгенологическое исследование в остром периоде дает информацию только о причинном факторе воспаления.

Деструктивные изменения в костной ткани продолжают развиваться и нарастать и становятся видимыми на 10-14-й день заболевания и продолжаются до завершения образования секвестра. Для каждой формы хронического остеомиелита характерна своя рентгенологическая картина . При деструктивной форме хронического остеомиелита на рентгенограмме определяется один или несколько очагов разряжения костной ткани больших или меньших размеров (в

зависимости от объема поражения), с четкими контурами, неправильной формы. Внутри очага (очагов) разрежения определяют тень сформированного секвестра, который со всех сторон окружен участком разряжения кости и он не соединен с костью. В более поздние сроки заболевания по периферии участка разрежения может формироваться ободок уплотнения, отражающий реактивный остеосклероз.

Для рентгенологической картины при продуктивно-деструктивной (гнездной или рарефицирующей) форме хронического остеомиелита характерно наличие множества мелких, находящихся на расстоянии друг от друга очагов (полостей) разрежения костной ткани округлой, овальной, реже неправильной формы внутри которых видны тени одного или нескольких мелких секвестров в виде плотных точечных участков. Визуально тени секвестров могут и не определяться ввиду их малых размеров и низкой плотности. Между очагами разрежения определяют уплотнение в виде зоны реактивного остеосклероза. Надкостница имеет очаговое уплотнение, часто в виде периостальных наслоений, где участки продольного линейного уплотнения чередуются с участками продольного линейного разряжения.

При продуктивной (гипертрофической) форме хронического остеомиелита рентгенологически в области пораженного участка нижней челюсти выявляют неравномерное увеличение ее размеров с сильно выраженной периостальной гипертрофической реакцией и нередко с оссификацией надкостницы, участками уплотнения костной ткани, со стертостью костных балочек и изменением костного рисунка. Иногда определить очаги разрежения достаточно трудно, теней секвестров не выявляют.

Электроодонтодиагностика в острой и подострой стадии одонтогенного остеомиелита дает представление об объеме поражения, как правило причинный зуб не обладает электровозбудимостью, а у рядом расположенных зубов она снижена, причем повышается по мере удаления от причинного зуба. Данные ЭОД необходимы для определения лечебной тактики по отношению к зубам, обращенным в очаг воспаления.

Данные лабораторного анализа крови вариабельны и зависят от типа течения воспалительной реакции.

Дифференциальная диагностика. В острой стадии одонтогенный остеомиелит дифференцируют с острым периоститом, при развитии которого воспалительная реакция проявляется только с одной стороны челюсти (вестибулярной или оральной), а при остеомиелите с двух сторон (муфтообразно), развивается симптом Венсана, интоксикация ярко выражена. При периостите, в отличие от остеомиелита не бывает подвижности группы зубов, если нет пародонтита. С нагноившимися челюстными кистами диагностику проводят на основании характерной рентгенологической картины. Острый и обострение хронического верхнечелюстного синусита отличается от острого остеомиелита нарушением носового дыхания, наличия гнойных выделений из полости носа и характерной рентгенологической картиной. С остеогенной саркомой гипореактивные и ареактивные формы остеомиелита проводить дифференциальную диагностику помогают данные анамнеза, лучевой диагностики и морфологических исследований.

В хронической стадии остеомиелит дифференцируют с группой костных опухолей и с дисплазиями. Диагностике помогает наличие причинного фактора,

наличие воспалительных явлений и периостальная реакция, определяемая рентгенологически, а также характерная рентгенологическая картина.

Лечение больных с острым одонтогенным остеомиелитом челюстей должно быть комплексное и заключается в создании оттока из гнойно-воспалительного очага в кости и окружающих мягких тканей, проведении лечебных мероприятий по борьбе с инфекцией, устранении нарушений гомеостаза. Комплекс лечебных мероприятий проводят в условиях хирургического стоматологического стационара, только в некоторых случаях, при ограниченных формах остеомиелита (ограниченный остеомиелит лунки зуба и альвеолярного отростка), допускают амбулаторное лечение и наблюдение, однако его осуществляют высококвалифицированные врачи, имеющие большой опыт практической работы. Важным моментом в хирургическом лечении остеомиелита является раннее удаление причинного зуба с целью создания оттока экссудата и уменьшения внутрикостного давления. Удаление причинного зуба следует сочетать с одновременным вскрытием гнойных очагов в полости рта, периостотомию в области альвеолярного отростка проводят с вестибулярной и оральной стороны до кости или же широким наружным разрезом. Для прекращения распространения гнойного экссудата целесообразно создать шаровидным бором остеоперфорации в пределах кортикальной пластинки, что существенно улучшит условия оттока гноя и микроциркуляцию тканей. После операции рана промывается растворами 3% перекиси водорода и 0,05% раствором хлоргексидина биглюконата, дренируется полосками из перчаточной резины или резиновыми трубками. Экссудат, полученный при дренировании, направляют в лабораторию для определения характера микробной флоры и ее чувствительности к антибиотикам, после чего назначается индивидуальная фармакотерапия.

Терапия лекарственными препаратами включает в себя антимикробные, противовоспалительные, антигистаминные, седативные препараты и витаминотерапию. Антимикробными препаратами выбора являются вещества, способные погубить стрептококковую и анаэробную микрофлору полости рта (например, пенициллин в сочетании с метронидазолом), а также имеющие тропность к костной ткани (клиндамицин или линкомицин). При ограниченных формах острого остеомиелита антибактериальная терапия проводится в течение 8-10 суток, при диффузной форме - 2 недели и более до стихания воспалительных явлений. В качестве противовоспалительных препаратов рекомендуется назначать ингибиторы ЦОГ-2, антигистаминные препараты второго и третьего поколения. Терапия витаминами группы А, С и В направлена на повышение неспецифических факторов защиты организма. Для профилактики осложнений фармакотерапии назначают противогрибковые препараты (флюконазол, нистатин).

В подострой стадии остеомиелита челюсти продолжают назначенную фармакотерапию, предупреждая тем самым дальнейшее распространение инфекционного процесса. Осуществляются также мероприятия по нормализации микроциркуляции для предупреждения некроза кости в новых участках и ускорения формирования секвестров - назначается физиотерапевтическое лечение (УВЧ, СВЧ, инфракрасные лазеры и УФ-облучение). Одновременно с медикаментозной и физической терапией

осуществляется дренирование гнойной полости, предупреждающее развитие обострения.

При хронической стадии остеомиелита челюсти в случаях обострения воспалительного процесса также продолжают антибактериальное и противовоспалительное лечение. Поскольку данная стадия характеризуется образованием секвестров, производят операцию по их удалению - секвестрэктомию. При ограниченных остеомиелитах верхней челюсти и альвеолярного отростка нижней челюсти секвестрэктомию обычно проводят со стороны полости рта. Секвестрэктомия на нижней челюсти в области ее ветви, угла или нижнего края требует внеротового доступа. Во всех случаях оперативное поле должно быть достаточным для визуального обследования секвестральной полости и полного удаления некротических и патологически измененных тканей.

Секвестрэктомия. Выбор проведения операции под общей или местной анестезией зависит от состояния больного и обширности поражения челюстной кости. По мере завершения формирования секвестров (определяют рентгенологически, соответствует сроку около 4 недель) операцию секвестрэктомии проводят через лунку удаленного зуба. При этом под местной анестезией проводят тщательный кюретаж лунки острой кюретажной ложкой. Удаляют секвестры и грануляционную ткань, качество манипуляции контролируют рентгенологически. После этого лунка заполняется кровяным сгустком и ее зашивают, как это обычно происходит после удаления зуба. В некоторых случаях при поверхностно расположенном секвестре он может самостоятельно отторгнуться, что больные определяют как «попадание косточки в рот». После этого боли, гноетечение, и воспалительные явления быстро прекращаются, однако все равно рекомендуют проводить кюретаж лунки с целью удаления патологической грануляционной ткани и возможных дополнительных мелких секвестров.

При образовании секвестров альвеолярной части нижней челюсти и альвеолярного отростка верхней челюсти после обезболивания производят рассечение мягких тканей и отслаивание надкостницы. Кость трепанируют в проекции секвестральной полости на всем протяжении. Крупные секвестры извлекают пинцетом или зажимом, после очищают полость от патологических тканей .

При секвестрэктомии мелкоочаговых форм, придерживаясь щадящей тактики, костной ложкой выскабливают грануляции, мелкие секвестры и видоизмененную кость. Расположенные между остеомиелитическими очагами значительные участки костной ткани сохраняют. Тонкие перегородки, или наличие сообщения между отдельными полостями и нижнечелюстным каналом является показанием к их удалению и формированию одной полости. Заполнение небольших дефектов производят кровяным сгустком или гемостатической губкой с антибиотиками. В тех случаях, когда хирург убежден в полном удалении некротизированных тканей, при отсутствии признаков воспаления, нормализации показателей крови и мочи, обширный дефект кости может устраняться костным трансплантатом. Первичная или отсроченная костная пластика особенно показана при возникновении функциональных и эстетических нарушений. В отдельных случаях костную полость выполняют йодоформной марлей или тампоном (рис. 6.45), пропитанным 5-10%

синтомициновой эмульсией, левомиколем. Тампон меняют первый раз на 5-6 день, затем каждые 3-4 дня.
Пациенты с хронической стадией одонтогенного остеомиелита подлежат диспансерному наблюдению в кабинетах реабилитации, где проводится контроль за процессами репаративной регенерации, санация полости рта, зубное протезирование и другие мероприятия по предупреждению обострения воспалительного процесса. Под диспансерным наблюдением должны находиться также лица, у которых в период заболевания или после него отмечались осложнения со стороны жизненно важных органов и систем.
Профилактика остеомиелита челюсти заключается в своевременном и правильном лечении патологических одонтогенных очагов, общем оздоровлении организма, особенно у больных с нарушением иммунитета, первичной и вторичной иммунной недостаточностью.

28. Лимфаденит. Анатомия лимфатической системы лица и шеи. Классификация лимфаденитов. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Основные и дополнительные методы обследования больных с лимфаденитами.

Лимфатическая система является составной частью общей системы иммунокомпетентных органов человека и участвует, с одной стороны, в продукции иммунных (клеточных и гуморальных) факторов защиты, а с другой - в реализации иммунных реакций. Поэтому реакция лимфатических узлов и сосудов, присутствует при развитии любого воспалительного заболевания или воспалительной реакции.
Среди воспалительных заболеваний лимфатической системы лица и шеи различают: лимфангит – воспаление лимфатических сосудов, лимфаденит – воспаление лимфатического узла, аденофлегмону – разлитое гнойное воспаление лимфатического узла и подлежащей к нему ткани.
Анатомия. Лимфатическая система содержит в своем составе: лимфатические капилляры, лимфатические сосуды, лимфатические узлы (у взрослого человека лимфатическая система сгруппирована в 500–1000 лимфатических узлов и составляет приблизительно 1 % массы тела), лимфатические стволы (яремный, подключичный, бронхосредостенный, поясничный, кишечный), лимфатические протоки.
Лимфатические узлы, которые оказываются первыми на пути лимфатических сосудов, несущие лимфу из данной области тела (региона) или органа, считаются регионарными. Каждый лимфатический узел покрыт соединительнотканной капсулой, (от которой внутрь узла отходят тонкие соединительнотканные перегородки -капсулярные трабекулы. На поверхности узла имеется вдавление — ворота узла (hilus nodi lymphatici). Через ворота проникают в узел артерии и нервы, выходят вены и выносящие лимфатические сосуды. Строма лимфоузла образована рыхлой соединительной тканью, в его паренхиме различают корковое и мозговое вещества. Корковое вещество, расположенное по периферии узла, содержит лимфатические фолликулы, состоящие в основном из В-лимфоцитов. Мозговое вещество, находящееся в центре узла, состоит из тяжей лимфоцитов. Между капсулой, трабекулами и паренхимой имеются узкие щели - синусы (краевой воротный и межуточные,

или интермедиарные). В краевом синусе открываются приносящие лимфатические сосуды, из воротного синуса исходят выносящие сосуды.
Движению лимфы по лимфатическим сосудам, стволам, протокам способствуют: непрерывность ее образования, сокращение мышечных элементов стенок средних и крупных лимфатических сосудов, стволов, протоков; сокращение скелетных мышц, пульсация кровеносных сосудов; сокращение диафрагмы; присасывающее действие грудной полости, подключичных и внутренних яремных вен.
Среди регионарных лимфатических узлов головы и шеи различают несколько групп: области свода черепа (затылочные, сосцевидные, поверхностные и глубокие околоушные), лицевые (щечный, носогубный, молярный, нижнечелюстной), подбородоч-ные, поднижнечелюстные, передние и латеральные шейные (поверхностные и глубокие).
Околоушные лимфатические узлы (обычно 3—5) расположены кпереди от ушной раковины и над капсулой околоушной слюнной железы (по¬верхностные), между дольками железы, под ее капсулой, кпереди от наружного слухового прохода (глубокие — внутрижелезистые, нижнеушные и предушные). По ним оттекает лимфа от кожи лба, ушной раковины, наружного слухового прохода, щеки и верхней губы.
Подбородочные лимфатические узлы локализуются в клетчатке подподбородочного треугольника, их количество от 1 до 4. Передний подбородочный лимфатический узел расположен у вершины подподбородочной области, часто позади края нижней челюсти. Задний узел лежит несколько кпереди от тела подъязычной кости, смещаясь иногда кзади. Подбородочные лимфатические узлы получают лимфу из кожи верхней и нижней губ, периодонта нижних резцов и клыков, кости, надкостницы подбородочного отдела нижней челюсти и частич¬но из тканей дна полости рта.
Поднижнечелюстные лимфатические узлы (передние, средние и задние — до 10 узлов) находятся в поднижнечелюстном треугольнике и лежат в виде цепочки вдоль края нижней челюсти. Первый узел (иногда группа узлов) расположен в переднем отделе поднижнечелюстного треуголь¬ника. Вторая группа узлов — средние, лежат с ме¬диальной стороны наружной лицевой артерии, прилегая к ней, иногда несколько выше, кпереди от жевательной мышцы. Несколько позади, между лицевой артерией и лицевой веной, находятся третий узел или 2-3 узла. Имеется также непо¬стоянный четвертый узел, лежащий у нижнезаднего полюса поднижнечелюстной слюнной железы. К группе поднижнечелюстных лимфатических узлов относятся узелки, расположенные внутри капсулы поднижнечелюстной слюнной железы. В поднижнечелюстные узлы впадают лимфатические сосуды от тканей, окружающих ряд зубов нижней челюсти - от уровня клыка до третьего моляра, от соответствующих этим зубам отделов альвеолярного отростка и тела нижней челюсти и частично бокового отдела нижней губы, а также от кожи наружного носа, передних отделов слизистой оболочки полости носа. Кроме того, малые и большие коренные зубы, альвеолярный отросток верхней челюсти также связаны лимфатическими сосудами с поднижнечелюстными лимфатическими узлами.
К лицевым лимфатическим узлам относятся щечный узел, расположенный в этой области кпереди, чаще у переднего края жевательной мышцы; молярный, находящийся ниже или у нижних моляров; нижнечелюстные (1—3), лежащие в

середи¬не основания нижней челюсти, у края ее или над ним. В лицевые лимфатические узлы впадает лимфа от малых коренных зубов, альвеолярного отро¬стка верхней челюсти, первого и второго моляров нижней челюсти.
Заглоточные лимфатические узлы располагаются в глубоких отделах поднижнечелюстного треугольника и мышц шеи, прилежащих в глотке. Они собирают лимфу от задних отделов носовой полости, частично от твердого и мягкого неба.
Передние и латеральные лимфатические узлы шеи находятся в медиальном треугольнике грудино-ключично-сосцевидной области и латеральном треугольнике шеи. Передние и латеральные шейные лимфатические узлы состоят из поверхностных и глубоких. К глубоким относятся латеральные и передние яремные лимфатические узлы, яремно-двубрюшный узел, яремно-лопаточно-подъязычный, надключичные и заглоточные лимфатические узлы. Сетью лимфатических сосудов они связаны с верхней челюстью, слизистой оболочкой полости рта, тканями дна полости рта, языка.
Этиология. Воспаление лимфатического узла, чаще носит вторичный характер и является следствием воспалительного процесса, развивающегося в челюстно-лицевой области. Наиболее часто поражаются поднижнечелюстные лимфатические узлы, реже подбородочные и шейные. Возбудителем острых лимфаденитов и лимфангитов лица и шеи чаще всего является патогенный стафилококк в монокультуре, значительно реже - в ассоциации со стрептококком и разнообразными анаэробами. Болезнь встречается чаще в осенний и ранний весенний период.
Патогенез. Источником одонтогенной инфекции при лимфангите и лимфадените челюстно-лицевой области может быть: острый периодонтит или его обострение, нагноение корневой кисты, затрудненное прорезывание нижнего зуба мудрости, альвеолит. Острый лимфаденит может осложнять течение острого гнойного периостита и одонтогенного остеомиелита челюстей, околочелюстных абсцессов и флегмон, одонтогенного верхнечелюстного синусита. Так же лимфадениты челюстно-лицевой области могут развиваться в результате распространения инфекции при воспалительных заболеваниях и повреждениях слизистой оболочки рта, из миндалин, тканей наружного, среднего и внутреннего уха, реже при заболеваниях и повреждениях кожных покровов лица и головы.
Лимфатические узлы являются одним из основных биологических барьеров на пути внедрения инфекции, бактериальных токсинов и продуктов распада. Поэтому на начальных этапах повышенного поступления инфекционного начала, при развитии воспаления в близлежащей к данному лимфатическому узлу области, усиливается функциональная нагрузка на этот лимфоузел, что приводит к его увеличению (реактивной гиперплазии), которое определяют клинически. В дальнейшем, при массированном поступлении инфекции, ее высокой токсигенности (вирулентности) или при длительном поступлении, в лимфатическом узле возникает функциональное истощение, и микрофлора, воздействуя на ткани лимфоузла, вызывает в нем воспаление. Микрофлора способна депонироваться и длительно существовать в лимфатическом узле, а также активизироваться под влиянием стрессовых факторов: эмоционального и физического напряжения, переохлаждения, перегрева, развития вирусных инфекций. Генерализованное поражение лимфатических узлов, как правило,

возникает при острых и хронических инфекционных заболеваниях, болезнях соединительной ткани, иммунодефицитных состояниях, ВИЧ-инфекции, заболеваниях крови.

Лимфангит.

Лимфангит представляет собой воспаление стенок лимфатических сосудов. При воспалении стенке лимфатического сосуда возникает клеточная инфильтрация, усиление проницаемости и экссудации. В сосудах происходит свертывание фибрина, тромбирование их, в результате чего развивается стаз. Лимфангит сопровождается воспалительной реакцией лимфатических узлов, а также окружающей сосуд рыхлой клетчатки. Выделяют два типа строения лимфатических сосудов: сетчатый (ретикулярный) и стволовой (трункулярный). Первый характерен для поверхностных лимфатических сосудов, второй - для более глубоких; поэтому клинически выделяют сетчатый и стволовой лимфангит. По характеру течения он бывает острым и хроническим.

Острый сетчатый (ретикулярный) лимфангит часто сопровождает поверхностные гнойные воспалительные процессы: поверхностные абсцессы, фурункулы, карбункулы, другие гнойничковые заболевания кожи. Клинически проявляется появлением полос гиперемии, которые направляются от очага первичного воспаления к лимфатическим узлам. Пальпация в области этих полос безболезненна или слабо болезненна, в то время как вовлеченные в воспалительный процесс лимфоузлы увеличены, болезненны, могут спаиваться с окружающими тканями. Общее состояние больных и выраженность симптомов интоксикации зависят от выраженности воспаления в первичном очаге и от типа реактивности.

Острый стволовой лимфангит характеризуется появлением под кожей одного-двух плотных болезненных тяжей, направляющихся к соответствующим лимфоузлам. Кожа над тяжами инфильтрации может быть гиперемирована, выглядеть в виде красных или розовых полос. При пальпации определяется болезненная инфильтрация по ходу сосуда, переходящая на подкожную клетчатку и кожу. Лимфатический узел при этом увеличен, при пальпации болезнен.

Хронический лимфангит, как правило, является исходом острого стволового и развивается при длительной латентной инфекции, у ослабленных больных, нередко при специфических хронических заболеваниях. Клинически характеризуется образованием под кожей плотного безболезненного или слабо болезненного инфильтрата в виде тяжа. В дальнейшем тяж еще больше уплотняется вследствие развития в нем процессов рубцевания. В этих случаях клиническая картина сходна с таковой при одонтогенных свищах и при одонтогенной подкожной гранулеме. Различие заключается в том, что при лимфангите тяж направляется к лимфатическому узлу, а при одонтогенной подкожной гранулеме располагается произвольно.

Лимфаденит.

Развитие любого воспалительного заболевания или воспалительной реакции сопровождается реакцией со стороны лимфатических узлов. При незначительном воспалении эта реакция может клинически не определяться. При более интенсивном или длительном поступлении в лимфоузлы бактерий, их токсинов, продуктов жизнедеятельности и распада возникает реактивная гиперплазия лимфоузла. Это, собственно, и есть то состояние, которым

сопровождается большинство острых воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области. При более интенсивном поступлении патогенных агентов, при высокой их вирулентности, а также при функциональном истощении узла развивается его воспаление, называемое лимфаденитом. Вначале возникает острое серозное воспаление, которое, как правило, является обратимым, и в этом случае в нем развиваются выраженные рубцовые процессы, либо он переходит в хроническую стадию. Часто острый гнойный лимфаденит переходит в стадию абсцедирования, вплоть до развития аденофлегмоны. Хронический лимфаденит может быть исходом острого, но нередко развивается как первично хронический процесс при длительном поступлении маловирулентного инфекционного начала.

Острый лимфаденит. Лимфаденит может протекать в острой и хронической форме, может быть острым серозным и острым гнойным.

При остром серозном лимфадените в процесс вовлекается один или несколько лимфатических узлов. Чаще лимфаденит сопровождает какой-либо острый воспалительный процесс или обострение хронического, при этом на первое место выдвигаются клинические симптомы основного заболевания. В некоторых случаях острый серозный лимфаденит возникает вследствие активизации хронической инфекции без выраженной клинической картины со стороны первичного очага, тогда ведущими являются симптомы лимфаденита. Иногда лимфаденит развивается без видимой причины, возможно, это является следствием проникновения инфекции через естественные барьеры. Общее состояние удовлетворительное, симптомы интоксикации не выражены, температура тела нормальная или субфебрильная, больные предъявляют жалобы на появление ограниченной болезненной припухлости в той или иной области, при этом функции не нарушаются. Локализация воспалительного процесса соответствует локализации лимфоузла. При пальпации определяют увеличенный, болезненный, подвижный лимфоузел. Кожа над ним в цвете не изменена, в складку собирается.

Острый гнойный лимфаденит возникает в результате перехода серозного процесса в гнойный или обострения хронического. При развитии воспалительного процесса лимфатический узел еще более увеличивается в размерах (иногда достигая значительных размеров), становится более плотным и болезненным, подвижность его ограничивается. Появляется отек окружающих тканей. Кожа над ним становится гиперемированной, однако собирается в складку, при поверхностном расположении лимфоузла кожа ограниченно собирается в складку. При этом симптомы интоксикации выражены слабо или умеренно. Если лимфоузел локализуется в области боковой стенки глотки, могут появляться боли при глотании и повороте головы, если в области жевательных мышц могут появляться боли при движениях нижней челюсти.

Нарастание воспалительных явлений приводит к выраженному периадениту. Лимфатический узел полностью спаивается с окружающими тканями и с кожей, которая становится резко гиперемированной. При пальпации в центре узла определяется флюктуация. Клиническая картина лимфаденита в стадии абсцедирования полностью соответствует клинической картине абсцесса соответствующей локализации.

Хронический лимфаденит является исходом острого процесса в лимфатическом узле. Бывают случаи хронического лимфаденита с невыраженной острой

стадией, что связывают с особенностями микрофлоры, ее слабой вирулентностью. Различают клинически хронический гиперпластический и хронический обострившийся (гнойный) лимфаденит. Заболевание развивается медленно, иногда в течение 1-2 месяцев и более. Больные жалуются на наличие какого-то образования, которое увеличивается и уплотняется, иногда наблюдается слабость, недомогание. При хроническом гиперпластическом лимфадените общее состояние удовлетворительное. Иногда при хроническом воспалении лимфатического узла происходит значительное разрастание грануляционной ткани и замещение ею лимфоидной. При этом грануляционная ткань может разрушать капсулу, выходить за ее пределы и распространяться тяжами в мягких тканях и коже, симулируя клиническую картину лимфангита или одонтогенной подкожной гранулемы. При расплавлении кожи могут формироваться свищевые ходы.

Клинически больные предъявляют жалобы на наличие плотного новообразования в области, соответствующей локализации лимфоузла. Общее состояние, как правило, не страдает. При пальпации определяют плотноэластическое, подвижное или ограниченно подвижное новообразование, безболезненное или слабо болезненное. Окружающие ткани не изменены. При обострении воспалительного процесса развивается клиника острого гнойного лимфаденита с возможным абсцедированием и возникновением аденофлегмоны.

Аденофлегмона развивается вследствие абсцедирования и гнойного расплавления лимфоузла с последующим распространением воспалительного процесса на клетчатку соответствующей анатомической области. Чаще всего аденофлегмоны имеют вялое течение и длительное развитие, что характеризуется гипоергическим типом течения воспалительной реакции. Реже они бывают нормергическими, еще реже - гиперергическими. Клиническая картина аденофлегмоны соответствует картине одонтогенной флегмоны данной локализации.

Дифференциальная диагностика проводится хронического лимфаденита с рядом мягкотканых доброкачественных и злокачественных опухолей и кист. С дермоидными и бранхиогенными кистами - на основании характерной локализации кист, мягкоэластической их консистенции. Эпидермальные кисты всегда связаны с кожей в области ретенционного пункта. Для лимфаденита часто характерен причинный фактор, а при кистах его нет. Диагностике помогают результаты цитологического, патоморфологического исследования. При доброкачественных опухолях слюнных желез отсутствует причинный фактор, они ограниченно подвижны, никогда не воспаляются и не уменьшаются в размерах, часто имеют бугристую поверхность. Диагностике помогает цитологическое исследование. При поражениях лимфатических узлов метастазами от злокачественных опухолей, лимфоузлы значительно плотные, вколоченные, неподвижные. Однако на ранних стадиях метастаз весьма похож на хронический лимфаденит, но всегда должен определяться первичный очаг злокачественной опухоли. Диагноз должен подтверждаться результатами цитологического исследования.

Острый лимфаденит дифференцируют с мягкотканными кистами (бранхиогенными, дермоидными, эпидермальными) в стадии воспаления, а абсцедирующий лимфаденит с ними же, но в стадии нагноения.

Диагностика неспецифического лимфаденита с поражениями при специфических инфекционно-воспалительных процессах (актиномикоз, туберкулез, сифилис) основана на данных бактериологических, серологических, морфологических исследований.

Лечение. Основным при лечении лимфаденита является выявление и устранение причинного фактора, что в большинстве случаев приводит к обратному развитию воспаления в лимфатическом узле. При серозном лимфангите и остром лимфадените лечение может быть консервативным. Показаны физиотерапевтические процедуры, компрессы. Лечение должно быть направлено на повышение резистентности организма, санацию полости рта и ЛОР-органов. Назначаются поливитамины, десенсибилизирующие препараты, антибиотики группы макролидов (макропен, сумамед и др.), так как они проникают через капсулу лимфатического узла.

При остром лимфадените лечение следует начинать с устранения инфекционно-воспалительного очага в челюсти удаления «причинного» зуба, эндодонтическое лечение, кюретаж лунки и др., для того чтобы предотвратить дальнейшее поступление микроорганизмов в лимфатические узлы.

При остром гнойном лимфангите или обострения хронического лимфаденита проводят хирургическое лечение - первичную хирургическую обработку гнойной раны: разрез соответственно локализации процесса по краю зоны флюктуации, затем опорожняют абсцесс и тщательно удаляют (выскабливают) грануляционную ткань в области дна гнойной раны и в области истонченных краев кожи, расположенных над раной, накладывают сближающие швы.

При хроническом лимфадените необходимо также устранить первичный очаг инфекции. Одновременно следует провести мероприятия, направленные на повышение резистентности организма больного. Местно проводят противовоспалительное физическое лечение пораженного лимфатического узла. При наличии свища под местной анестезией проводят хирургический кюретаж с удалением грануляционной ткани на всем протяжении свищевого хода с последующим послойным ушиваем тканей.

Однако при возникновении гнойного лимфаденита, абсцедирующего лимфаденита или аденофлегмоны лечение проводят по принципам терапии гнойных воспалительных заболеваний, как правило, в стационарных условиях.

29. Острый лимфаденит. Классификация. Клиническая картина. Диагностика, дифференциальная диагностика. Осложнения. Лечение.

Острый сетчатый (ретикулярный) лимфангит часто сопровождает поверхностные гнойные воспалительные процессы: поверхностные абсцессы, фурункулы, карбункулы, другие гнойничковые заболевания кожи. Клинически проявляется появлением полос гиперемии, которые направляются от очага первичного воспаления к лимфатическим узлам. Пальпация в области этих полос безболезненна или слабо болезненна, в то время как вовлеченные в воспалительный процесс лимфоузлы увеличены, болезненны, могут спаиваться с окружающими тканями. Общее состояние больных и выраженность симптомов интоксикации зависят от выраженности воспаления в первичном очаге и от типа реактивности.

Острый стволовой лимфангит характеризуется появлением под кожей одного-двух плотных болезненных тяжей, направляющихся к соответствующим лимфоузлам. Кожа над тяжами инфильтрации может быть гиперемирована, выглядеть в виде красных или розовых полос. При пальпации определяется болезненная инфильтрация по ходу сосуда, переходящая на подкожную клетчатку и кожу. Лимфатический узел при этом увеличен, при пальпации болезнен.

Острый гнойный лимфаденит возникает в результате перехода серозного процесса в гнойный или обострения хронического. При развитии воспалительного процесса лимфатический узел еще более увеличивается в размерах (иногда достигая значительных размеров), становится более плотным и болезненным, подвижность его ограничивается. Появляется отек окружающих тканей. Кожа над ним становится гиперемированной, однако собирается в складку, при поверхностном расположении лимфоузла кожа ограниченно собирается в складку. При этом симптомы интоксикации выражены слабо или умеренно. Если лимфоузел локализуется в области боковой стенки глотки, могут появляться боли при глотании и повороте головы, если в области жевательных мышц могут появляться боли при движениях нижней челюсти.

Нарастание воспалительных явлений приводит к выраженному периадениту. Лимфатический узел полностью спаивается с окружающими тканями и с кожей, которая становится резко гиперемированной. При пальпации в центре узла определяется флюктуация. Клиническая картина лимфаденита в стадии абсцедирования полностью соответствует клинической картине абсцесса соответствующей локализации.

30. Абсцесс челюстно-язычного желобка. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Челюстно-язычным желобком называют задний отдел подъязычной области, расположенный позади подъязычной слюнной железы, между боковой поверхностью языка и телом нижней челюсти. Границами челюстно-язычного желобка являются: нижняя - верхняя поверхность заднего отдела челюстно-подъязычной мышцы; верхняя - слизистая оболочка полости рта; наружная - внутренняя поверхность бокового отдела тела нижней челюсти; внутренняя - мышцы корня языка; задняя - основание передней небной дужки; передняя — сообщается с подъязычной областью. Воспалительный процесс в области челюстно-язычного желобка распространяется от моляров нижней челюсти, а также при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости (перикоронарите). Нередко возникает в результате травмирования вартонова протока плотным конкрементом либо другой травмы.

Воспалительные явления при абсцессе челюстно-язычного желобка развиваются остро. На 2-3 сутки от начала заболевания открывание рта бывает уже значительно ограничено, отмечаются сильные боли при движении языка и глотании. Температура часто повышается до 37,5—38,5°. Конфигурация лица у некоторых больных незначительна изменена за счет припухлости в области подчелюстной области с соответствующей стороны, кожа в этом участке в цвете не изменена. При пальпации определяются увеличенные, болезненные региональные лимфатические узлы. В связи с распространением

воспалительного процесса к нижнему полюсу медиальной крыловидной мышцы выявляется контрактура 2-3 степени. Открывание рта ограничено, болезненно, воспалительная контрактура нижней челюсти I-II степени.
Проводить осмотр челюстно-язычного желобка необходимо с помощью шпателя или зубоврачебного зеркала, при этом необходимо отвести язык в противоположную сторону. Со стороны преддверия полости рта патологических изменений не обнаруживается, при осмотре подъязычной области в полости рта половина языка с соответствующей стороны отечна, движения языка кпереди и в, здоровую сторону болезненны. При отведении языка в области челюстно-язычного желобка слизистая оболочка отечна, гиперемирована, отек может распространяться на нижние отделы крыловидно-нижнечелюстной складки. При пальпации определяют резко болезненный инфильтрат.
При прогрессировании процесса гнойный экссудат из тканей, образующих челюстно-язычный желобок, распространяется в подъязычную область по прилежащей клетчатке или в подчелюстной треугольник по клетчатке, окружающей проток подчелюстной слюнной железы. Нередко гнойный процесс из тканей, образующих челюстно-язычный желобок, переходит в крыловидно-челюстное и даже окологлоточное пространство, вызывая развитие флегмой соответствующих пространств.
Абсцесс челюстно-язычного желобка следует дифференцировать с острым периоститом нижней челюсти, локализующимся на уровне моляров с язычной стороны, так как эти два заболевания имеют весьма сходную клиническую картину, но существенно различаются в методиках вскрытия гнойного очага. Дифференциальная диагностика основывается на точном определении локализации воспалительного фильтрата. При периостите инфильтрат связан с надкостницей и пальпируется на внутренней поверхности нижней челюсти, а при абсцессе челюстно-язычного желобка пальпируется в нем и не связан с челюстью.
Лечение абсцесса челюстно-язычного желобка хирургическое. На участке наибольшего выбухания тканей производят разрез длиной около 1,5-2 см. При этом острие скальпеля во избежание ранения язычного нерва, а также расположенной около него язычной вены и артерии направляют перпендикулярно к кости в сторону альвеолярного отростка. Если после рассечения слизистой оболочки гной не выделяется, то тупым путем проходят более глубокие ткани до челюстно-подъязычной мышцы и таким образом вскрывают гнойник.

31. Абсцесс ретромолярного пространства. Топографическая анатомия клетчаточных пространств, источники инфицирования. Возможные пути распространения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение

Воспалительный процесс в крыловидно-нижнечелюстном пространстве чаще возникает при его распространении от воспалительных очагов, локализующихся в области моляров нижней челюсти, в том числе и при затрудненном прорезывании этих зубов, осложненном развитии перикоронита. Реже воспалительный процесс возникает в результате поступления гноя из области

моляров верхней челюсти. Так как крыловидно-нижнечелюстное и окологлоточное пространства широко сообщаются между собой, воспалительный процесс, возникая в одном клетчаточном пространстве, может быстро распространяться на другое. Иногда гнойный процесс может распространяться из подъязычной области, поднижнечелюстного треугольника, дна полости рта.

Границы крыловидно-нижнечелюстного пространства: наружная - внутренняя поверхность ветви нижней челюсти; внутренняя - задняя и нижняя наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы; верхняя - латеральная кры¬ловидная мышца и межкрыловидная фасция; передняя - щечно-глоточный шов. При возникновении абсцесса пациенты предъявляют жалобы на боль в горле, усиливающуюся при открывании рта, жевании, глотании, ограничение открывания рта общую слабость, недомогание, повышение температуры тела.

При осмотре выявляется резкое ограничение открывания рта в связи с вовлечением в воспалительный процесс медиальной крыловидной мышцы, воспалительная контрактура II-III степени. В поднижнечелюстной области соответствующей стороны можно определить отечность, пальпируют пакет увеличенных, болезненных лимфоузлов.

Слизистая оболочка в области крыловидно-челюстной складки отечна, гиперемирована, болезненна при пальпации, определяется также отек нёбных дужек, язычка. Ткани выбухают к средней линии, закрывая просвет ротоглотки. В этой области слизистая оболочка гиперемирована. При пальпации определяют резко болезненный, плотный воспалительный инфильтрат.

Общее состояние больных оценивают как удовлетворительное или средней тяжести. Степень гипертермии организма связана с объемом поражения и типом воспалительной реакции. Наиболее грозным осложнением флегмоны данной локализаций является распространение гнойного воспалительного процесса по окологлоточной клетчатке в переднее средостение с развитием медиастинита.

Абсцесс крыловидно-челюстного пространства может быть вскрыт и дренирован с помощью внутриротового доступа при локализации гнойника в верхнем отделе крыловидно-челюстного пространства. Скальпелем, лезвие которого частично обернуто стерильным марлевым тампоном, рассекают слизис¬тую оболочку по ходу крыловидно-челюстной складки. Далее ту¬пым путем проникают в пространство между медиальной крыловидной мышцей и внутренней поверхностью ветви нижней челюсти, вскрывая гнойный очаг. Рана дренируется ленточным или трубчатым дренажем. Внеротовой разрез применяют при быстром развитии воспалительного процесса, расположении гнойника у внутреннего края угла нижней челю¬сти в условиях стационара.

32. Особенности строения височно-нижнечелюстного сустава. Кровоснабжение. Иннервация. Функциональные возможности сустава.

Височно-нижнечелюстной сустав (articulation temporomandibularis) комбинированный: в нем сочетаются два сустава (справа и слева), симметричных по отношению друг к другу, тесно взаимосвязанных и представляющих собой единую кинематическую систему: костнохрящевые структуры, мышцы и связки, движения в которых совершаются одновременно.

ВНЧС состоит из головки нижней челюсти, нижнечелюстной ямки, суставного бугорка височной кости и суставного диска. Все эти элементы находятся в суставной капсуле.

По характеру движений он относится к блоковидным, позволяет опускать и поднимать нижнюю челюсть. При небольшом опускании нижней челюсти движение происходит вокруг фронтальной оси в нижней щели сустава. При этом головка нижней челюсти производит вращательные движения по нижней поверхности диска, который остается в своем верхнем положении (рис. 13.2). При более значительном открывании рта происходит движение нижней челюсти вперед, которое осуществляется в верхней щели сустава. В этом случае головка вместе с диском составляет одно целое и скользит вперед и вниз по скату суставного бугорка (рис. 13.3). Одновременно с этим движением головка челюсти совершает вращательные движения в нижней щели сустава. Боковые движения нижней челюсти происходят благодаря одностороннему сокращению латеральной крыловидной мышцы одной стороны и задних пучков височной мышцы противоположной стороны.

Угол отклонения нижней челюсти в сторону составляет 15-17°. Головка челюсти на стороне сокращающейся латеральной крыловидной мышцы совершает путь вниз и вперед на суставной бугорок вместе с диском (движение происходит в верхней щели между верхней поверхностью суставного диска и скатом суставного бугорка), делая при этом поворот внутрь. В суставе противоположной стороны головка остается в суставной ямке, совершая вращательные движения вокруг вертикальной оси. Они осуществляются в нижней щели сустава между нижней поверхностью диска и суставной головкой. При этом может происходить смещение головки назад и внутрь.

Мыщелковый отросток нижней челюсти заканчивается суставной головкой эллипсовидной формы, вытянутой в поперечном направлении. Ниже головки, в крыловидной ямке, прикрепляется большая часть пучков латеральной крыловидной мышцы. Задняя поверхность головки слегка выпуклая, в виде треугольника с основанием, обращенным вверх. Верхняя поверхность головки покрыта волокнистым хрящом и является истинно суставной поверхностью, т.к. только она сочленяется с суставной ямкой. Непосредственно под хрящевой тканью располагается слой кортикальной кости, под которым находится небольшой объем трабекулярной кости. Форма и размеры суставной головки имеют возрастные и индивидуальные особенности. По мере утраты зубов наблюдается редукция и изменение формы суставной головки: уменьшается выраженность ее изгиба и происходит смещение кзади ее полюса (пика). Изменения суставной головки могут быть обусловлены резорбцией или формированием вдавлений на ее артикуляционной поверхности, а также резорбцией заднего ее отдела, прилегающего к задней поверхности суставной ямки. Резорбция чаще развивается в латеральном отделе головки нижней челюсти, чем в медиальном, и реже всего в области ямки крыловидной мышцы.

Нижнечелюстная (суставная) ямка в 2-3 раза больше головки нижней челюсти, имеет эллипсовидную вогнутую поверхность на височной кости и барабанно-чешуйчатой щелью делится на 2 части: переднюю - внутрикапсулярную и заднюю - внекапсулярную. Внутрикапсулярная часть нижнечелюстной ямки является суставной поверхностью. Спереди она ограничена суставным бугорком, сзади - каменисто-барабанной щелью, снаружи - корнем скулового

отростка, а изнутри - остью клиновидной кости. Суставная ямка не является «активно» функционирующим компонентом ВНЧС, этим можно объяснить отсутствие в глубоких ее отделах хрящевого покрова. При полной утрате зубов вертикальный размер (глубина) ямки уменьшается, в частности становится меньше расстояние от дна ямки до медиальной и латеральной границ. В клинике важно помнить, что по мере резорбции в области передней границы суставной ямки изменяется характер боковых движений нижней челюсти.

Суставной бугорок расположен кпереди от суставной ямки. Он представляет собой направленный в латерально-медиальном направлении выступ цилиндрической формы в основании скулового отростка височной кости. Суставной бугорок вместе с диском направляет смещение головки нижней челюсти при открывании рта. Форма бугорка в поперечном направлении слегка вогнута, а в сагиттальном - выпукла. Эта выпуклость, по которой скользит суставная головка, индивидуально различна, что и определяет характер движения нижней челюсти. Установлено, что суставной бугорок у взрослого по отношению к жевательной плоскости наклонен на 20-30-40°, при этом возможна разница в наклоне между правым и левым суставом на 4-8°. Суставной бугорок имеет два ската. Передний скат расположен кпереди от верхушки бугорка, а задний - кпереди от суставной ямки. Скаты покрыты фиброзным хрящом и приспособлены для восприятия функционального давления. При полной потере зубов происходит уплощение задней части бугорка. Его высота по мере дальнейшей резорбции постепенно снижается. Поверхность, по которой скользит суставная головка, может даже стать вогнутой, как борозда. Иногда можно обнаружить исчезновение латеральной части бугорка, что приводит к формированию верхнелатерального наклона суставного бугорка от медиальной к латеральной его стороне во фронтальном сечении.

Суставной диск на всем протяжении изолирует головку нижней челюсти от ямки. Он представляет собой двояковогнутую пластинку с утолщением по краям. Диск в ВНЧС располагается косо, соответственно положению суставной впадины, причем верхней вогнутостью он прилегает к скату суставного бугорка, а нижней - к суставной головке нижней челюсти. С морфологической точки зрения, суставной диск состоит из грубоволокнистой соединительной ткани. Он обеспечивает более четкое сочленение неконгруентных суставных поверхностей и увеличивает контактирующие суставные поверхности, таким образом, перераспределяя давление в ВНЧС. Форма суставного диска предотвращает возникновение точечных контактов между двумя структурами ВНЧС - суставной головкой и суставным бугорком - при движениях нижней челюсти. Диск прочно прикреплен к латеральному и медиальному полюсам головки нижней челюсти, а прикрепление прочной соединительной ткани в переднезаднем направлении позволяет диску несколько растягиваться. Такая особенность способствует шарнирным движениям в ВНЧС. На положение диска влияет прикрепленная к его передней поверхности верхняя часть латеральной крыловидной мышцы. Ее тонус, во многом зависящий от окклюзии зубных рядов, играет ключевую роль в расположении подвижного комплекса: суставная головка - диск. Толщина диска в центре - 1 мм, в переднем отделе - около 2 мм, в заднем отделе - 3 мм. Центральная часть диска не имеет сосудов и нервных окончаний. Питание данной аваскуляризованной зоны осуществляется за счет перфузии тканевой жидкости и лимфы. Поскольку центральная зона является

участком, испытывающим высокую функциональную нагрузку, то отсутствие кровеносных сосудов может объясняться структурной адаптацией тканей во избежание некроза, который мог бы возникнуть из-за нарушения циркуляции крови. Вследствие того, что этот участок подвергается чрезмерной нагрузке в результате функциональных нарушений ВНЧС, в нем возможны перфорации, утолщения.

Суставная капсула заключает костные элементы ВНЧС. Спереди она прикрепляется к переднему краю суставного бугорка, сзади - к краю каменисто-барабанной (глазеровой) щели, на нижней челюсти - к шейке суставного отростка. Суставная капсула представляет собой слой плотной и прочной (практически не рвется при вывихах ВНЧС) соединительнотканной оболочки, состоящей из наружного (фиброзного) и внутреннего (синовиального) слоев. Последний состоит из эндотелиальных клеток, выделяющих синовиальную жидкость, которая облегчает трение суставных поверхностей и является биологической защитой ВНЧС от внедрения бактерий. Концентрация и состав синовиальной жидкости зависят от движений в суставе. При интенсивной функции ВНЧС повышается, а при его гипофункции уменьшается выработка синовиальной жидкости. Длительное смещение нижней челюсти кзади вызывает деструкцию синовиальной оболочки и дистрофические изменения в соединительной ткани ВНЧС. В капсулу ВНЧС вплетаются многочисленные связки, которые удерживают внутрисуставной диск в определенном положении по отношению к костным элементам сустава, а также регламентируют объем движений диска и суставной головки, предотвращая избыточное переднее смещение обоих.

Связочный аппарат ВНЧС состоит из собственно капсулярных и экстракапсулярных связок. Капсулярные связки вплетены в ткань суставной капсулы и идут в переднем и заднем ее отделах от скуловой дуги до верхнего края диска (передняя и задняя мениско-височные связки) и от нижнего края диска до нижнего прикрепления капсулы по латеральной и медиальной сторонам - мениско-нижнечелюстная латеральная и медиальная связки. Экстракапсулярные связки ВНЧС представлены шило-нижнечелюстной, височно-нижнечелюстной, клиновидно-нижнечелюстной, крыловидно-нижнечелюстной связками. Кроме вышеописанных функций экстракапсулярные связки препятствуют растяжению капсулы ВНЧС. Они состоят из фиброзной неэластичной соединительной ткани, поэтому после перерастяжения первоначальная их длина не восстанавливается.

ВНЧС кровоснабжается глубокой ушной, средней менингеальной и задней барабанной артериями из бассейна верхнечелюстной артерии. Капсула ВНЧС получает кровь из поверхностной височной артерии, которая является ветвью наружной сонной артерии. Обильное кровоснабжение ВНЧС обеспечивает его связь со всем организмом. Нарушения обмена веществ, интоксикации, вазомоторные расстройства отражаются на суставе. Венозная кровь от ВНЧС, наружного и среднего уха направляется через вены сустава нижней челюсти в заднюю лицевую вену. Причем, вначале большая часть венозной крови, идущей от органа слуха, вливается в венозное сплетение капсулы ВНЧС и лишь затем через суставные вены достигает лицевой вены. Этим некоторые авторы объясняют сосудистые нарушения в барабанной полости при патологии ВНЧС.

ВНЧС иннервируется, главным образом, ветвями ушно-височного, жевательного нервов и симпатического сплетения поверхностной височной артерии, которая со своими ветвями кровоснабжает капсулу сустава. Вышеуказанное сплетение принадлежит наружному сонному сплетению, которое, в свою очередь, сопровождает наружную сонную артерию и ее ветви, а также иннервирует органы, ими кровоснабжаемые. Наиболее крупным нервом ВНЧС является ушно-височный. Его ветвями обильно иннервирована прослойка клетчатки, локализованная позади суставного диска. Очевидно, местная боль при дисфункции ВНЧС связана с давлением головки суставного отростка нижней челюсти на эту прослойку клетчатки. Нервные окончания в ВНЧС распределены неравномерно. Их концентрация увеличивается у мест прикрепления мышц. В то же время, центральные отделы диска и хрящевого покрова костных элементов ВНЧС почти лишены нервов. Нервные волокна внедряются только в наружные слои диска в местах его прикрепления к суставной капсуле. В области ВНЧС перекрещиваются ветви следующих черепных нервов: ушно-височного (иннервирует кожу височной области, стенку наружного слухового прохода, наружную поверхность барабанной перепонки, через анастомозы - околоушную слюнную железу), большого ушного (иннервирует кожу позади уха, ушной раковины и области околоушной слюнной железы), малого затылочного (иннервирует кожу затылочной и отчасти височной области, верхней части ушной раковины), ушной веточки блуждающего нерва, которая имеет анастомозы с языкоглоточным нервом. Таким образом, ВНЧС имеет сложную иннервацию, которая обеспечивает его связь с черепными и шейными нервами, симпатическими сплетениями, а также обуславливает вариабельность клинической картины и сложность диагностики патологических изменений в нем.

33. Артрит височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

это воспалительный процессы в ВНЧС, в результате проникновения в сустав инфекции. Чаще встречаются у людей молодого и среднего возраста. Среди причин развития артритов могут быть следующие: местная инфекция (парадонтит, гингивит, стоматит, отит, ангины, остеомиелиты челюстей и др.), общие инфекционные заболевания (ОРЗ, грипп, пневмония, дизентерия, туберкулез, сифилис и др.), аллергические заболевания, травматические воздействия и т.д. Возникновению воспалительных процессов в ВНЧС способствуют изменение в эндокринной и нервной системах, наличие очагов хронической инфекции (особенно в полости рта), переохлаждение, перегревание и др., и др. Инфекция в сустав распространяется гематогенным и контактным путями.

В зависимости от того, какой этиологический фактор является причиной развития заболевания, различают: неинфекционные (обменно-дистрофические), инфекционные - специфические (туберкулезный, сифилитический, гонорейный, актиномикотический и др.) и неспецифические (после отита или остеомиелита, при ревматизме, коллагенозах и др.), посттравматические (возникают при хронической микротравме, острой травме, оперативных вмешательствах на челюстях, после удаления зубов из-за широкого открывания рта, при

однократной перегрузке сустава во время откусывания большого куска яблока или при раскусывании твердой пищи). По клиническому течению артриты различают острые и хронические. Вторичный артрит - это воспаление ВНЧС, являющееся исходом другого заболевания или повреждения.

Гематогенно-метастатические артриты ВНЧС чаще всего наблюдаются в раннем детском возрасте при заболеваниях среднего уха и наружного слухового прохода, когда воспалительный процесс сопровождается костными разрушениями. Вначале воспалительный процесс распространяется на периартикулярные ткани по каменисто-барабанной (глазеровой) щели, через которую проходит барабанная струна, а затем на сустав.

Клиническая картина. Клинические симптомы острого артрита в стадии серозного воспаления слабо выражены, появляется боль в области ВНЧС, особенно при движении челюсти. Отек и инфильтрация мягких тканей в области пораженного сустава могут отсутствовать. При неадекватном лечении процесс прогрессирует и переходит в стадию гнойного воспаления, который характеризуется резкими болями в самом ВНЧС, усиливающимися при малейших движениях нижней челюстью и иррадиацией в ухо, висок. Боли постоянные, лишь при покое нижней челюсти они уменьшаются. Сразу же появляется резкое ограничение при открывании рта, а нижняя челюсть при движении смещается в сторону больного сустава. При давлении на подбородок боль в больном суставе резко усиливается, даже при закрытом рте. Впереди козелка уха появляется отечность и инфильтрация мягких тканей, кожа может быть гиперемированной. При серозном артрите в полости сустава появляется серозный экссудат, а при гнойном артрите - гнойный. Выраженность симптомов интоксикации (повышение температуры тела, слабость, недомогание, повышение СОЭ и др.) зависит от выраженности воспалительного процесса и вида экссудата. Рентгенологически определяют расширение суставной щели обусловленное выпотом, без других органических изменений. Для контактных артритов характерно одностороннее поражение с частым абсцедированием в суставе в отличие от других артритов. Острые артриты могут переходить в хронические, а иногда сразу принимают затяжное течение.

Хронический артрит протекает длительно от нескольких месяцев до нескольких лет. Характеризуется разнообразной симптоматикой, обычно умеренно выраженными болями в ВНЧС, которые чаще провоцируются переохлаждением, после длительного разговора, во время приема пищи (твердой). Отмечается тугоподвижность в суставе по утрам и в конце дня. Скованность в суставе при жевании или разговоре. Ограничение открывания рта наблюдается, в основном, в период обострения. Из субъективных ощущений могут быть болезненность около козелка уха, парестезия или гиперестезия кожи данной области, хруст в суставе. При обострении течения клиническая симптоматика приобретает симптомы, характерные острому артриту.

Рентгенологическая симптоматика хронического артрита разнообразна. Обнаруживаются участки сужения (чаще) или расширения (редко) суставной щели, очаги остеопороза и деструкции костной ткани суставных элементов ВНЧС. Выявляемое рентгенологическое сужение суставной щели указывает на степень повреждения хрящевой ткани. В некоторых случаях (после гнойного расплавления хряща) суставная щель неравномерно сужается, а затем перестает дифференцироваться. Развивается фиброзный, а затем и костный анкилоз.

Дифференцировать острый артрит ВНЧС следует со следующими заболеваниями: артрозом, болевой дисфункцией ВНЧС, острым отитом, переломом мыщелкового отростка нижней челюсти, ограниченным остеомиелитом ветви нижней челюсти, остеомиелитом верхней челюсти в области моляров, затрудненным прорезыванием зуба мудрости и его осложнениями, миозитом, воспалительной контрактурой жевательных мышц, невралгией тройничного нерва, ганглионитом ушного узла.

Лечение артрита зависит от формы его клинического течения и причины, которые вызвали развитие заболевания. При лечении артритов любой этиологии необходимо в первую очередь создать покой в суставе, ограничив функцию нижней челюсти. Больному применяют для разобщения суставных поверхностей индивидуально изготовленный сплинт на одну из челюстей. В острой или обострившейся стадии заболевания назначают антибиотики, противовоспалительные, болеутоляющие, антигистаминные (гипосенсибилизирующие), седативные препараты. Местно проводят блокады мягких тканей по типу ползучего инфильтрата в области сустава 0,5 % раствором тримекаина или лидокаина 2 раза в неделю (4-5 раз). Показано физиотерапевтическое лечение: согревающие компрессы, УВЧтерапия, флюктуоризация, электрофорез с анестетиками и другие процедуры. На этапе реабилитации назначают механотерапию и лечебную гимнастику.

Хирургическое вмешательство показано при наличии гнойного экссудата в полости сустава. Следует сделать наружный разрез по нижнему краю скуловой дуги с последующим дренированием гнойного очага.

Специфические артриты. К этой группе относятся туберкулезный, гонорейный, хламидиозный, сифилитический, лепрозный, бруцеллезный и актиномикотический артриты, встречаются редко, могут развиваться на фоне специфического поражения других органов при распространении процесса на сустав контактным или гематогенным путем. Процесс обычно протекает длительно, без ярко выраженных клинических проявлений с периодическими обострениями. Диагноз устанавливают на основании результатов обследования, проводимого с целью выявления специфических заболеваний.

Лечение должно быть направлено на ликвидацию основного специфического процесса. Применяют специфические средства, проводят местное лечение.

Ревматоидный артрит это инфекционно-аллергическое заболевание, относящееся к группе коллагеновых процессов, при которых поражается соединительная ткань суставов в виде полиартрита. В основе патогенеза ревматоидного артрита лежат иммунопатологические, аутоиммунные реакции.

Для ревматоидного артрита характерно двустороннее поражение ВНЧС, характеризующееся наиболее ранними и глубокими изменениями в виде пролиферативного воспаления в синовиальном слое суставной капсулы. Происходит ее утолщение. Экссудат в полости сустава плохо рассасывается и замещается соединительной тканью. С течением времени обнаруживают смещение суставной головки и деформацию сустава, хрящевые и костные элементы изменяются в более поздние сроки. Ревматоидный артрит начинается, как правило, с поражения мелких суставов конечностей и, постепенно распространяясь на более крупные суставы, приобретает хроническое течение, больной может обратиться к стоматологу при вовлечении в процесс ВНЧС,

однако при выявлении заболевания необходима консультация ревматолога и совместное с ним лечение.
Клиническая картина. При ревматоидном поражении ВНЧС наблюдаются нерезкие боли в области сустава, чувство скованности движений челюсти, особенно при приеме пищи, разговоре, открывании и закрывании рта. При осмотре видимых изменений в области сустава не выявляют, отмечается незначительное ограничение экскурсий в области суставной головки, при ее пальпации определяют боль. Периодически могут возникать обострения процесса с картиной острого воспаления. В последующем развиваются органические изменения в суставе: деформация, фиброзные спайки, в тяжелых случаях полный лизис суставных головок и возникновение открытого прикуса. При рентгенологическом исследовании изменения суставов устанавливают лишь в поздние сроки заболевания в виде остеопороза, атрофии кости, сужения суставной щели.

Лечение и диспансерное наблюдение за больными осуществляет ревматолог. Рекомендуются ограничение открывания рта, прием измельченной пищи. В период обострения процесса лечебная тактика идентична лечению гнойного артрита. В стоматологической практике проводят местное лечение, используя физические методы (электрофорез лидокаина, тримекаина, йодида калия, гидрокортизона, лидазы и др.), при скованности движений в суставе - лечебную гимнастику. К полиартритам воспалительного характера относят синдром Фелти и юношеский хронический полиартрит - болезнь Штилля. В тяжелых случаях при резорбции суставной головки в стадии ремиссии проводят эндопротезирование с заменой суставных поверхностей височно-нижнечелюстного сустава искусственными имплантатами.
Травматические артриты развиваются при острой травме или хронической микротравме, в результате чего возникают кровоизлияние в сустав, трещины и переломы костных структур, размозжение тканей сустава с последующим развитием воспалительных и деструктивных процессов, вплоть до образования анкилоза. Следует отметить, что повреждение височно-нижнечелюстного сустава при падении, ударе, реже во время пережевывания очень твердой пищи является иногда причиной острых и хронических воспалительных процессов.
Профилактика и лечение осложнений травматических артритов заключаются в своевременном и правильном оказании помощи в ранние сроки после травмы.

34. Остеоартроз височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Остеоартроз (синоним - артроз) – это хроническое дистрофическое заболевание ВНЧС, в основе которого лежит дегенерация суставного хряща, приводящая к его истончению и разволокнению, обнажению подлежащей кости и костным разрастаниям. Причинами остеоартроза могут быть обменные, нейродистрофические нарушения, хронические артриты, синдром болевой дисфункции, хроническая травма сустава, неправильное зубопротезирование, изменение состояния жевательной мускулатуры и др. При этом в результате вялотекущих деструктивных и воспалительных процессов в хрящевой и костной ткани возникают явления остеосклероза костных суставных элементов, часто сопровождающиеся их деформацией.

Дистрофические процессы в суставе развиваются в результате длительных нарушений равновесия между нагрузкой на ВНЧС и физиологической выносливостью его тканей. В норме нагрузка, которую развивают жевательные мышцы, равномерно распределяется на два сустава, все зубы и периодонт. Поэтому перегрузки суставов не происходит. При потере зубов, особенно моляров и премоляров, наблюдается резкое повышение нагрузки на суставные поверхности, а головка нижней челюсти глубже продвигается в суставную ямку, атрофия ее костной пластинки, снижение прикуса. Потеря боковых зубов может привести к «разбалтыванию» сустава и подвывихам. Постоянные травмы хрящевых суставных поверхностей и мениска вызывают их дегенеративно-воспалительные изменения. В результате снижения эластичности хрящевых поверхностей повышается нагрузка на суставные отделы костей. Возникает перегрузка ВНЧС. Это чаще наблюдается у лиц пожилого и старческого возраста вследствие возрастной потери зубов, неправильного зубного протезирования или отсутствия зубных протезов, инволюционных изменений тканей. Остоартрозы встречаются у лиц с дефектами зубных рядов, при нарушении смыкания зубов (патологическом прикусе), системной красной волчанке, обменных нарушениях и заболеваниях, которые приводят к появлению патологического остеопороза.

Остеоартроз может быть первичным (при потере зубов и т.д.) и вторичным (исход некоторых заболеваний или повреждений). В зависимости от клинической картины остеоартроз различают: склерозирующий (происходит склероз кортикальных пластинок суставных костных поверхностей) и деформирующий (характеризуется выраженными деструктивными и (или) гиперпластическими изменениями костных элементов сустава). При деформирующем остеоартрозе могут появляться патологические костные наросты на поверхности кости - экзофиты (остеофиты).

Клиническая картина. Заболевание имеет хроническое течение (от полугода до нескольких лет). Симптоматика скудная, клинические проявления деформирующего остеоартроза зависят от степени деформации сустава, жалобы больного сводятся к тупым ноющим болям в области ВНЧС боли усиливаются во время приема пищи (особенно твердой), после переохлаждения или длительного разговора, вследствие эмоционального напряжения. Открывание рта ограничено и челюсть смещается в сторону. Отмечается тугоподвижность, скованность в суставе по утрам, а в течение дня он как бы "разрабатывается". Имеется хруст в ВНЧС, некоторое снижение слуха, чувство заложенности в ухе. При рентгенологическом исследовании больных склерозирующим остеоартрозом определяют уплотнение костных краев суставных поверхностей головки сустава, суставной ямки, нередко суставного бугорка, а также уменьшение головки отростка нижней челюсти. При деформирующем остеоартрозе наблюдаются деформация либо увеличение головки мыщелкового отростка, изменение ее формы: рассасывание кортикальной пластинки головки или образование остеофитов. На МРТ определяется резорбция кортикальной пластинки суставного отростка.

Диагноз основывается на данных анамнеза, клинической симптоматики и рентгенологического исследования. Дифференциальную диагностику артроза необходимо проводить с болевой дисфункцией ВНЧС, с фиброзным и костным анкилозом, контрактурами нижней челюсти, некоторыми врожденными

заболеваниями, сопровождающимися нарушением роста нижнечелюстной кости (синдром Робена, синдром I и II жаберных дуг, синдром Гольденхара). Так же необходимо помнить о юношеской дисфункции ВНЧС (юношеские артропатии, юношеский деформирующий артроз и др.), которые чаще возникает в возрасте 16-18лет.
Лечение артроза заключается в восстановлении правильного прикуса, рациональном протезировании, назначении физиотерапевтических процедур: электрофорез или фонофорез с анестетиками, йодидом калия, гидрокортизоном (преднизолоном). При ограничении подвижности нижней челюсти и прогрессирующей ее деформации у больных с вторичным деформирующим артрозом показано хирургическое лечение (костная пластика). При одномоментной артропластике используют различные аллогенные и синтетические. В настоящее время во многих клиниках хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с успехом применяют эндоскопические вмешательства на суставе, направленные на удаление экзостозов и остеофитов с помощью эндоскопической техники и лазерного воздействия.

35. Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

Анкилоз височно-нижнечелюстного сустава – фиброзное или костное сращение суставных поверхностей, характеризующееся значительным ограничением или полным отсутствием движений в ВНЧС. Заболевание развивается в основном в детском и юношеском возрасте.
По этиологии бывает инфекционный и травматический. По морфологии процесса:
костный (чаще у детей и юношей) и фиброзный (у лиц зрелого возраста). По локализации процесса: односторонний и двусторонний. По степени распространения спаек: неполный, или частичный, полный, или распространенный.
Причинами его могут быть травма, послеродовые травматические повреждения, воспалительные процессы вблизи мыщелкового отростка (отит, мастоидит, остеомиелит ветви нижней челюсти). В результате патологического процесса (артрит) или травмы происходит повреждение мягких тканей суставных поверхностей, мутнеют хрящевые поверхности. Мениск расщепляется на волокна. Суставная капсула сморщивается. Синовиальная оболочка перерождается. Хрящ постепенно исчезает. Обе суставные поверхности превращаются в плотную рубцовую соединительную ткань (фиброзный анкилоз), которая затем окостеневает, т. е. возникает костный анкилоз. Фиброзный анкилоз развивается после завершения формирования лицевого черепа, без деформации нижней челюсти. В начальной стадии заболевания ограничено открывание рта. Амплитуда движений нижней челюсти постепенно уменьшается. В поздней стадии эти движения могут происходить лишь в горизонтальном направлении. При пальпации уставные головки в большей или меньшей степени подвижны.
Клиническая картина. Симптомом анкилоза является стойкое полное или частичное ограничение раскрывания рта, т.е. ограничение опускания нижней

челюсти и полное отсутствие скользящих движений в пораженном суставе по горизонтали. Степень подвижности головки нижней челюсти определяется путем ее пальпации впереди козелка уха и через переднюю стенку наружного слухового прохода. При фиброзном анкилозе определяется едва заметная подвижность головки нижней челюсти, чего нет при синостозе.

При обследовании взрослого больного, у которого анкилоз развился в детском возрасте, обнаруживают выраженную задержку роста пораженной половины нижней челюсти и всей соответствующей половины лица. Однако и у детей с анкилозами заметна асимметрия лица вследствие смещения подбородка и кончика носа в больную сторону, уменьшения всех размеров пораженной половины тела и ветви нижней челюсти (односторонняя микрогения или мандибулярная ретрогнатия). К тому же ушная раковина на больной стороне может быть расположена ниже, чем на здоровой. В результате этого здоровая половина лица выглядит запавшей и уплощенной. Подбородок смещен в больную сторону, которая вследствие размещения нормального объема мягких тканей в области уменьшенных в размерах тела и ветви нижней челюсти кажется более округлой и создает впечатление здоровой. Поэтому бывают случаи, когда неопытный врач принимает здоровую сторону за больную и даже предпринимает операцию на здоровом суставе. В связи с этим нужно тщательно определить основные размеры нижней челюсти с обеих сторон. Если в детском возрасте поражаются оба сустава, развивается двусторонняя микрогения, характеризующаяся так называемым птичьим лицом, т.е. резким недоразвитием всего нижнего отдела лица.

В случае развития анкилоза у взрослого человека, у которого уже закончилось формирование скелета, задержка в развитии нижней челюсти незначительная или совершенно отсутствует. В результате длительного анкилозирования резко нарушается функция питания и речи, особенно при двусторонних фиброзных и костных анкилозах. В этих случаях вследствие недостаточного раскрывания рта полностью или почти полностью исключается прием пищи нормальной консистенции. Больные питаются жидкой или кашицеобразной пищей через узкую щель между зубными рядами, через щель на месте отсутствующего зуба или позадимолярную щель; хлеб им приходится протирать пальцем сквозь щели между зубами.

Невозможность нормального приема и разжевывания пищи приводит к появлению гингивита, патологических десневых карманов, к отложению большого количества зубного камня, множественному поражению зубов кариозным процессом и веерообразному смещению зубов. Такие больные, как правило, ослабленные, истощенные и имеют нездоровый цвет лица; у большинства из них отмечается пониженная или нулевая кислотность желудочного сока из-за нарушения секреции желудка. Однако в некоторых случаях больные хорошо адаптируются к таким условиям приема пищи и питание их при этом почти не нарушено. Речь больных с анкилозом нарушена и затруднена.

Недоразвитие челюсти приводит к западению языка во время сна на спине, вследствие чего спать в этом положении совсем невозможно или сон сопровождается сильнейшим храпом. Постоянное недосыпание приводит к истощению нервной системы, больной становится раздражительным, худеет и теряет работоспособность.

Рентгенологические признаки костного анкилоза это полное или частичное отсутствие суставной щели, перехода структуры одной кости в другую и отсутствие изображения контуров тех отделов костей, которые образуют сочленение. Если анкилоз развился в раннем детстве, на рентгенограмме будет определяться укорочение и утолщение мыщелкового отростка, «шпора» в области угла нижней челюсти, наличие непрорезавшихся моляров в области ветви нижней челюсти. Вырезка нижней челюсти уменьшена, сливается с отростками ветви нижней челюсти или имеет остроугольную форму.

При фиброзном анкилозе суставная полость сужена, однако на большем или даже на всем своем протяжении она достаточно четко контурируется. Головка и шейка нижней челюсти при неосложненном фиброзном анкилозе могут несколько утолщаться или сохранять свою нормальную форму. При осложненном (т.е. при вторичном деформирующем остеоартрозе) головка нижней челюсти либо уже разрушена, либо представляет собой бесформенный конгломерат разросшейся костной ткани, отделенный от височной кости узкой полоской суставной полости.

Диагноз анкилоза должен основываться на данных анамнеза (выяснение этиологического фактора и динамики заболевания), клинического и рентгенографического обследования.

Лечение. Задачей хирурга является восстановление подвижности нижней челюсти, а при сочетании анкилоза с микрогенией (ретрогнатией) – исправление формы лица. Лечение фиброзного анкилоза следует начинать с консервативных мероприятий. В начальной стадии заболевания следует использовать физиотерапевтические методы (фонофорез, ультразвук), рассасывающие медикаментозные средства (раствор калия йодида, лидаза, гиалуронидаза, 2 раза в неделю; на курс 5-6 инъекций). При недостаточном эффекте терапии возможно проведение насильственного открывания рта (редрессация) в сочетании с указанными методами лечения и механотерапией. Лечение костного анкилоза осуществляется только хирургическим путем в условиях стационара, направлено на восстановление функции нижней челюсти и устранение деформации путем создания ложного сустава, восстановления размеров, анатомической формы нижней челюсти и прикуса, дополнительно проводятся ортодонтическое и ортопедическое лечение.

36. Контрактура жевательных мышц. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Под контрактурой подразумевается резкое ограничение подвижности нижней челюсти вследствие патологических изменений мягких тканей, функционально связанных с ВНЧС (височно-нижнечелюстным суставом).

Нарушения движений нижней челюсти и вследствие этого нарушение ее функции могут быть обусловлены различными причинами. Различают воспалительные, рубцовые и послеинъекционные контрактуры нижней челюсти. Также выделяют контрактуры центрального происхождения, связанные с повреждением центральных структур тройничного нерва (нейроинфекции).

Воспалительная контрактура (тризм) возникает при непосредственном и рефлекторном раздражении структур, связанных с иннервацией жевательных мышц (болевое раздражение). Постинфекционные контрактуры сопровождаются повреждением нервов или мышц. Они возникают при нарушении техники проведения проводниковой анестезии, после воспалительных процессов в тканях, прилежащих к нижней челюсти (абсцессы, флегмоны, перикоронит и т. д.). Различают 3 степени воспалительной контрактуры. При I степени открывание рта слабо ограничено и возможно в пределах 3-4 см между режущими поверхностями верхних и нижних центральных зубов; при II - отмечается ограничение открывания рта в пределах 1-1,5 см; при III - рот открывается менее чем на 1 см.

Лечение воспалительной контрактуры сводится к ликвидации воспалительного процесса. В случае невозможности вскрытия гнойного очага в полости рта из-за отсутствия доступа к нему необходимо снять спазм жевательных мышц проведением блокады двигательных ветвей третьей ветви тройничного нерва по Берше-Дубову или Егорову. При длительности воспалительного процесса со сведением челюстей более 2 недель показаны физиотерапия, механотерапия и лечебная гимнастика.

Рубцовая контрактура возникает вследствие рубцовых изменений тканей, окружающих нижнюю челюсть. Это происходит при язвенно-некротических процессах в полости рта (нома, осложнения после скарлатины, тифа), хронических специфических процессах (сифилис, туберкулез, актиномикоз), термических и химических ожогах, травме (в том числе после удаления доброкачественных и злокачественных опухолей). Рубцовые контрактуры возникают у больных после ошибочного введения вместо анестетика раздражающих растворов (перекись водорода, формалин, хлористый кальций, нашатырный спирт и т. д.). Заживление ран вторичным натяжением ведет к образованию рубцовой ткани, представленной коллагеновыми волокнами, которая практически не растягивается. Это приводит к деформации тканей и органов. Различают дерматогенную, десмогенную (соединительнотканную), миогенную, мукозогенную и костную рубцовые контрактуры.

Клиническая картина характеризуется сведением челюстей различной степени. При внешнем осмотре иногда отмечается увеличение объема мягких тканей в области проекции жевательной мышцы с одной стороны (больные с оссифицирующим миозитом и воспалительными процессами) или наличие рубцово-измененных тканей средней зоны лица или полости рта. При пальпации ВНЧС клинически не определяется изменений формы и положения суставных головок мыщелковых отростков, хотя объем их перемещений значительно уменьшается. Клинически выявляются только незначительные перемещения головок мыщелкового отростка в суставной ямке. Объем боковых движений нижней челюсти в стороны сохраняется с некоторым ограничением на стороне контрактуры. Прикус у всех больных не нарушен. Такой симптом, как ограничение открывания рта, требует тщательного обследования больных для исключения острых одонтогенных воспалительных процессов в клетчаточных пространствах (абсцесс, флегмона), онкологических заболеваний, поражения элементов сочленения в виде фиброзного или костного анкилозирования и дисфункции ВНЧС с передним блоком суставного диска.

Дерматогенные и мукозогенные рубцы, а также рубцы, замещающие сквозной дефект, определяются визуально, глубокие — пальпаторно. Движения суставных головок сохраняются (небольшие качательные и боковые движения нижней челюсти).

Дифференциальной диагностике способствуют тщательное клиническое и рентгенологическое исследование зубочелюстной системы. Как правило, при рентгенологическом исследовании у больных этой группы изменений костных структур нижней челюсти и ВНЧС не обнаруживается. Только при оссифицирующем миозите можно выявить различной формы дополнительную интенсивную тень в проекции мышцы, а у больных с онкологическими заболеваниями изменения челюстных костей.

Лечение контрактуры нижней челюсти зависит от локализации рубцово-измененных тканей и продолжительности болезни с момента появления ограничения открывания рта до обращения за медицинской помощью, объема поражения. Оно может быть консервативным с применением парафина, пирогенала, лидазы, репидазы, гидрокортизона, тканевой терапии по Филатову, вакуум-терапии, ультразвука, гелий-неонового лазера и т. д. Главная цель консервативного лечения — предотвращение развития гиалиноза коллагеновых волокон. Эти методы лечения эффективны при све-жих, «молодых» рубцах, существующих не более 12 мес. В других случаях показано хирургическое лечение. Оперативное вмешательство заключается в рассечении рубцов, иссечении рубцовой ткани и замещении ее другой тканью. Используют различные методы пластики: встречными треугольными лоскутами, лоскутом на ножке, с помощью филатовского стебля, лоскутом с применением микрососудистых анастомозов (при глубоких рубцах), свободную пересадку тканей (кожа, подкожная клетчатка, фасция и т. д.). Для предотвращения рецидива рубцовых контрактур после оперативных вмешательств необходимо проводить лечебную гимнастику, в том числе механотерапию.

37. Синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Болевой синдром дисфункции ВНЧС - это функциональная патология височно-нижнечелюстного сустава, обусловленная мышечными, окклюзионными и пространственными нарушениями. Дисфункция ВНЧС сопровождается болевым синдромом (болью в голове, висках, шее), щелчками в суставе, ограничением амплитуды открывания рта, шумом и звоном в ушах, нарушениями жевания, речи, бруксизмом, храпом и т. д. Это наиболее часто встречающийся вид патологии ВНЧС: наблюдается у 95 % пациентов с заболеваниями суставов.

Впервые связь между нарушением функции височно-нижнечелюстного сустава и ушными болями подметил американский отоларинголог J. Costen в 1934г., впоследствии описанный комплекс симптомов был назван синдромом Костена. К этому синдрому затем добавились некоторые другие симптомы: парестезия, ксеростомия, глоссодиния (расстройство чувствительности языка, сопровождающимся изменением восприятия вкусов и нарушением выработки слюны), чувство давления в ушах, болезненность ушной раковины и др. К дисфункциям могут приводить нарушения окклюзии, в том числе вызванные

ошибками, допущенными при протезировании, изменения положения внутрисуставного диска или состояния связок, фиксирующих диск к головке и капсуле сустава.

В медицинской литературе дисфункция ВНЧС также встречается под названиями болевой дисфункциональный синдром ВНЧС, миофасциальный болевой дисфункциональный синдром, дисфункция ВНЧС, краниомандибулярная дисфункция, дисфункция нижней челюсти, мышечно - суставная дисфункция ВНЧС, миоартропатия ВНЧС и др.

Этиология. Синдром дисфункции ВНЧС является полиэтиологичным. Выделяют следующие причинные факторы: окклюзионно-артикуляционный, миогенный и психогенный. Окклюзионно-артикуляционный фактор кроется в зубочелюстных нарушениях, которые могут быть связаны с наличием у больных вторичной адентии, особенно в области моляров; нерациональным протезированием, приводящим к нарушениям окклюзионных взаимоотношений; наличием пломб, завышающих прикус; патологической стираемостью зубов, травмами челюсти, различными аномалиями зубов и челюстей, сопровождающимися уменьшением высоты альвеолярного отростка. Второй фактор миогенный, где развитию дисфункции ВНЧС способствуют нарушения со стороны челюстных мышц: чрезмерное открывание рта, откусывание грубой пищи, длительное пребывание с открытым ртом, тонический спазм и др., вызванные односторонним типом жевания, бруксизмом, бруксоманией, профессиями, связанными с большой речевой нагрузкой, что в конечном итоге приводит к хронической микротравме элементов ВНЧС.

Нарушения окклюзии вызывают дискоординацию, асинхронность сокращений жевательных мышц, это приводит к разбалансировке суставного диска и головки мыщелкового отростка. Мышечный дисбаланс также может быть причиной травмы, воспалительного процесса как инфекционного, так и неинфекционного происхождения. Третья группа причин — имеющиеся у больных психические болезни и расстройства, хронический стресс, заболевания ЦНС. В результате этого возникает напряженное состояние со стискиванием зубов, вызывая спазм мускулатуры и боль. Обнаружено, что 53% больных болевой дисфункцией имеют неврогенные и психические нарушения. Кроме психических факторов к повышению мышечного тонуса приводят гормональные нарушения (менопауза), заболевания щитовидной железы и внутренних органов (печени), ревматические заболевания.

Клиническая картина. Клиническая симптоматика сходна с таковой при артритах и артрозах. Больные жалуются на тупую, ноющую головную боль и в ВНЧС. Боль и чувствительность при пальпации околоушной области или наружного слухового прохода, а также при открывании и закрывании рта. Иррадиация болей в височную или подглазничную область, а в некоторых случаях затылок и позвоночник. Щелканье и крепитация в ВНЧС, при открывании и закрывании рта, S- образные движения. Наличие болезненных и спазмированных участков в жевательных мышцах. Боль в мышцах усиливается при открывании рта. Пальпация ВНЧС безболезненная, увеличен размах движений нижней челюсти. Щелканье в суставе является следствием переднего смещения мениска, при открывании рта суставная головка контактирует с задним краем мениска и затем перескакивает в центральное положение его вогнутой зоны, производя щелчок. При обратном движении мыщелок снова

толчкообразно перескакивает через задний край мениска, вызывая суставной звук. Отмечено, что крепитация и трение возникают в нижнем отделе сустава, а щелканье — в верхнем, скользящем. Реже больные отмечают сухость во рту или, наоборот, гиперсаливацию, чувство жжения, иногда - снижение слуха. Таким образом, болевой синдром возникает вследствие смещения или блокировки диска ВНЧС без изменений его костных элементов, сдавления сосудисто-нервного пучка биламинарной зоны, растяжения связок и капсулы сустава, раздражения нервных окончаний в окружающих сустав мышцах при нарушении их тонуса.

Нередко первым проявлением дисфункции ВНЧС является щелканье (реципрокный щелчок), которое больной ощущает при движениях нижней челюсти; при этом отсутствует ограничение открывания рта. Щелканье может существовать в течение нескольких месяцев и даже лет, не привлекая, внимания пациента. Нередко впоследствии к нему присоединяется болевой синдром.

При сборе анамнеза необходимо установить возможность стрессовых состояний, предшествовавших появлению болевого синдрома, проводимое ранее лечение. Выяснение жалоб и сбор анамнеза заболевания способствуют формированию в последующем полной картины заболевания, являющейся основой для проведения дифференциальной диагностики, так как болевой синдром в области лица может наблюдаться при различных заболеваниях. Рентгенологические исследования ВНЧС указывают на отсутствие костных изменений. Иногда наблюдается асимметрия расположения суставных головок и суставных щелей. В связи с этим необходимо проведение функциональных исследований, таких как компьютерная аксиография. Наиболее информативным для постановки диагноза и анализа внутрисуставных нарушений является МРТ. Данные исследований МРТ, артроскопии и аксиографии, при болевом синдроме дисфункции ВНЧС наиболее часто определяются вентральное смещение (дислокация) диска с репозицией и без репозиции, гипермобильность и вывих сустава, истончение, перфорация и адгезия диска.

Дифференциальную диагностику болевой дисфункции ВНЧС проводят с артритом или артрозом, с невралгиями тройничного нерва и вегетативных ганглиев челюстно - лицевой области. Важным дифференциально-диагностическим критерием служит блокада двигательных путей тройничного нерва по методу Егорова. Она снимает мышечный спазм, вследствие чего прекращается боль и улучшается подвижность нижней челюсти. При наличии артрита или остеоартрита болевые ощущения в области сустава не ликвидируются, так как анестезия жевательных мышц не оказывает влияния непосредственно на ВНЧС.

Лечение синдрома болевой дисфункции ВНЧС комплексное, сводится к устранению причин заболевания, в первую очередь к исключению стрессовых ситуаций, парафункций (бруксизм, прием твердой пищи идр.), нормализации окклюзии. На сегодняшний день наиболее часто проводят консервативное лечение дисфункций ВНЧС. Больным назначают ненаркотические анальгетики и успокаивающие препараты. Физиотерапевтические мероприятия включают миогимнастику, массаж, диадинамические токи, ультразвук, чрезкожную стимуляцию нерва. При лечении пациентов необходимо проведение аутогенной тренировки, ЛФК, блокады спазмированных участков 1 % раствором тримекаина и других анестетиков. Для выключения двигательных ветвей

нижнечелюстного нерва с целью устранения спазма жевательных мышц и боли в них достаточно ввести 1 - 1,5 мл 0,5 % раствора анестетика без сосудосуживающих веществ. Проведение 4-6 блокад с интервалом в 2-3 дня наряду с другими способами лечения (лечебная гимнастика, аутогенная тренировка и др.) приводит к прекращению болей и восстановлению полного объема движений нижней челюсти.

Изготавливают межокклюзионные ортопедические приспособления или назубные шины, которые приводят к расслаблению мускулатуры и изменяют соотношение между суставной головкой нижней челюсти и суставной ямкой. Время лечения больных шинами колеблется в пределах 4-12месяцев в зависимости от возраста больного и выраженности клинической симптоматики. Пользоваться шинами необходимо круглые сутки, а снимать их нужно только для чистки зубов и для того, чтобы прополоскать их после приема пищи. Толщина шины является важной для получения положительного клинического эффекта. Окончательные протезные конструкции необходимо изготавливать не ранее, чем через год после ношения временной шины.

Снижению мышечного гипертонуса способствуют транквилизаторы: седуксен (реланиум, сибазон), феназепам и др. При наличии у больных депрессии применение транквилизаторов может усилить ее, поэтому в этих случаях целесообразно использовать антидепрессанты: азафен, пиразидол, триптизол, прозак и др. Коррекция психосоматических и психических нарушений у больных обязательна и обоснована с точки зрения этиологии и патогенеза синдрома болевой дисфункции ВНЧС. Целесообразно участие в лечении таких больных психолога, психоневролога или психиатра.

Хирургическое лечение при болевой дисфункции ВНЧС не показано, однако при отсутствии эффекта от консервативного лечения производят хирургическое вмешательство в условиях стационара. Из эндоскопических хирургических методик используют артроцентез и лаваж, артроскопию полости сустава и артроскопический лизис.

Для профилактики заболевания рекомендовано рациональное протезирование в ближайшие месяцы после удаления больших и малых коренных зубов, качественное изготовление пломб при лечении зубов, своевременное обращение к врачу - стоматологу при патологической стираемости зубов, нарушении прикуса.

38. Синдром Гужеро-Шегрена, синдром Микулича. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника, диагностика, лечение.

Синдром Микулича - заболевание, сопровождающееся поражением, увеличением всех слюнных и слезных желез.

Этиология и патогенез. Этиология неизвестна, предполагается вирусная инфекция, а также связь с заболеваниями крови (лимфогранулематоз). Микроскопически в больших и малых слюнных железах при аутоиммунных поражениях выявляется хроническое диффузное воспаление, выражающееся в массивной лимфогистиоцитарной и макрофагальной инфильтрации стромы с атрофией ацинарных отделов.

Клиническая картина характеризуется медленным и безболезненным увеличением всех слюнных и слезных желез. Функция слюнных и слезных

желез, в отличие от больных с синдромом Гужеро-Шегрена, не изменяется. Признаков поражения внутренних органов не обнаруживают.
Диагноз. При синдроме Микулича обнаруживают лимфопролиферативные изменения в системе крови. Лабораторные показатели мочи остаются в пределах нормы. На сиалограммах определяются признаки интерстициального сиаладенита с сужением протоков железы. В биоптатах слюнных и слезных желез при болезни Микулича обнаруживают выраженный лимфоидный инфильтрат, который сдавливает протоки, не разрушая базальные мембраны и не замещая ацинарную ткань.
Лечение болезни Микулича в основном симптоматическое. Используют рентгенотерапию, прокаиновые блокады, инъекции галантамина и др. Прогноз неблагоприятный. Довольно часто наблюдаются рецидивы. В динамике наблюдения обнаруживаются различные заболевания крови или другие тяжелые патологические процессы.

39. Эпидемический паротит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

острое инфекционное заболевание с развитием местных воспалительных изменений, преимущественно в интерстиции околоушных слюнных желез. Воспалительные изменения могут возникать и в других железистых органах, а также в центральной нервной системе. Болеют чаще дети мужского пола в возрасте от 5 до 10 лет. Среди взрослых чаще болеют женщины. Характерной особенностью эпидемического паротита являются распространение заболевания во время эпидемических вспышек в ограниченных районах.
Этиология и патогенез. Возбудителем является РНК-содержащий вирус, относящийся к группе микровирусов. Заражение происходит путем непосредственной передачи его от больного здоровому человеку воздушно-капельным путем. Возможен контактно-бытовой путь передача вируса через предметы, которыми пользовались больные. Входными воротами являются слизистые оболочки полости рта, носа, глотки, с развитием последующей вирусемии и фиксацией вируса в слюнных и других железах. В слюнных железах вирус размножается и отсюда выделяется со слюной. Длительность заболевания составляет 9-10 дней и оставляет стойкий иммунитет.
Патологическая анатомия. Макроскопически при эпидемическом паротите наблюдается резкое увеличение обеих околоушных желез. Микроскопически в эпителиальных клетках ацинусов и клетках вставочных и исчерченных выводных протоков отмечается глубокая белковая дистрофия вплоть до некробиоза. В межуточной (интерстициальной) ткани возникает серозное или серозно-фибринозное воспаление. В интерстиции железы отмечаются гиперемия, отек и значительная гистио-лимфоцитарная инфильтрация. Аналогичные изменения могут наблюдаться в яичках, яичниках, в поджелудочной железе.
Клиническая картина. Инкубационный период составляет 2-3 недели. В зависимости от клинических проявлений выделяют легкую, среднюю и тяжелую формы течения заболевания. При легкой форме заболевание протекает при слабо выраженных общих и местных симптомах. Общие реакции организма (температура, недомогание и др.) выражены слабо. Припухание околоушных

слюнных желез умеренное, слабо болезненное или безболезненное. Может быть припухлой только одна околоушная слюнная железа. При массаже железы из протока можно получить умеренное количество прозрачной слюны. Среднетяжелые формы эпидемического паротита характеризуются фебрильной температурой (до 39°С), длительной лихорадкой и выраженными симптомами общей интоксикации (озноб, головная боль, боли в мышцах, суставах и др.). Продромальный период заболевания короткий (2-3 дня). Как правило, припухают обе околоушные слюнные железы, иногда с интервалом в 1-2 дня. Боль в области желез часто усиливается при открывании рта и жевании. Цвет кожи над железой не изменен. При пальпации железа эластической консистенции, слабо болезненна. Иногда увеличены и другие крупные слюнные железы. В полости рта возникает сухость, так как слюны выделяется мало. Устье стенонова протока несколько расширено, возможна гиперемия слизистой вокруг него. Обычно через 3-4 дня воспалительные явления начинают купироваться. Тяжелая форма эпидемического паротита характеризуется высокой температурой тела выше 39 °С в течение недели и даже больше, выраженными признаками общей интоксикации: слабость, тахикардия, снижение артериального давления, миалгия, артралгия и др. Часто наблюдаются осложнения. Поражаются обе околоушные слюнные железы, иногда подчелюстные и подъязычные. Местно определяется плотный отек мягких тканей, окружающих железу, но кожа над железой не гиперемирована, хотя и напряжена. При пальпации железа тестоватой консистенции, болезненна. Увеличенная слюнная железа оттесняет кнаружи мочку уха, суживает наружный слуховой проход с нарушением функции слуха. В полости рта определяется выраженная сухость слизистых, гиперемия зева, катаральный стоматит и др. При тяжелой форме эпидемического паротита возможны клинические и другие симптомы панкреатита, мастита, орхита, поражения нервной системы и др.

Диагностика. Для установления диагноза необходимо учитывать данные анамнеза, клинической картины, специальных методов исследования. Нужно выяснить эпидемическую обстановку, т. е. возможность контакта с больным эпидемическим паротитом. В общем анализе крове отмечается лимфоцитоз и моноцитоз при нормальной СОЭ. Диагноз подтверждается серологически.

Лечение. Больного изолируют на 9 суток от начала заболевания, ему показан постельный режим на весь период повышения температуры (7-10 дней). Назначают симптоматическое и общеукрепляющее лечение, обильное (кислое) питье, поливитамины. Атнибиотикотерапия назначается только при тяжелом течении для профилактики вторичного инфицирования. Для предотвращения восходящей бактериальной инфекции необходима слюногонная диета, тщательный уход (гигиена) и антисептическая обработка полости рта. Местно на область слюнных желез наносят сухое тепло, мазевые повязки, назначают УВЧ- и УФО-терапию. При абсцедировании показана госпитализация в стационар и вскрытие абсцесса. Для профилактики возникновения свинки применяют активную иммунизацию детей противопаротидной вакциной. Прогноз благоприятный. Как правило, вторичных изменений в железе не наблюдается, остается пожизненный иммунитет. Возникающие осложнения (мастит, панкреатит, мужское бесплодие и др.) лечат совместно с профильными специалистами.

40. Острый сиалоаденит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

Сиаладенитом называют воспаление любой слюнной железы. Избирательное воспалительное поражение околоушной железы носит название паротита. Сиаладенит может быть самостоятельным (первичным), но чаще является осложнением или существенным проявлением какого-либо другого заболевания (вторичный сиалоаденит).

Пути проникновения инфекции в слюнные железы: лимфогенный, гематогенный, контактный. Чаще поражаются околоушные железы, реже поднижнечелюстные и очень редко подъязычные. В процесс может вовлекаться одна железа или одновременно две симметрично расположенные, иногда может быть множественное поражение желез.

41. Слюннокаменная болезнь. Этиология. Механизм образования камня. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Слюнно-каменная болезнь - заболевание, которое характеризуется образованием конкрементов (камней) в ацинусах, а чаще всего в протоках слюнных желез. Заболевание встречается почти в два раза чаще у мужчин среднего возраста, чем у женщин. Преимущественно поражается поднижнечелюстная железа, камни в околоушной, подъязычной и малых железах образуются редко.

Этиология и патогенез камнеобразования в слюнной железе окончательно не выяснен. Как установлено, в норме в слюнных железах происходит постоянное образование микросиалолитов, которые с током слюны свободно вымываются в полость рта.

В основе камнеобразования (Афанасьев В. В., 1993) лежат врожденные изменения в слюнных железах по типу локального расширения (эктазии) протоков различного калибра и особая топография главного протока в виде ломаной прямой с резкими изгибами, в которых формируется конкремент. В этих расширенных участках протоков при нарушении секреторной активности железы по типу гипосиалии скапливается и задерживается слюна с микрокамнями. Дополнительными факторами, способствующими образованию слюнного камня и приводящими к росту конкремента, являются нарушение минерального обмена, главным образом, кальциевого. У большинства больных слюнно-каменной болезнью отмечено повышенное содержание в крови кальция и фосфора. Возможно, что в образовании слюнных камней определенную роль играет А-авитаминоз, внедрение бактерий, актиномицетов или инородных тел в проток слюнной железы; длительно существующий хронический сиаладенит.

Наиболее вероятной причиной образования камней в железе на сегодняшний день является воспаление паренхимы железы, которое сопровождается отеком стенок протоков и сужением их просвета, что приводит к застою слюны. Воспаление, застой слюны и воздействие микроорганизмов нарушают физико-химическую структуру стенки протоков, вызывая усиление слущивания эпителиальных клеток в просвет протоков и выпадения геля. В условиях угнетения слюноотделения отторгнувшиеся клетки и гель образуют комочки (ядро кристаллизации), которые постепенно инкрустируются солями кальция.

Слюнные камни, как и все органоминеральные агрегаты в организме человека, состоят из минеральных и органических веществ, органическое вещество преобладает, составляя до 75-90 % общей массы. В аминокислотном составе органической субстанции слюнных камней заметно преобладают аланин, глутаминовая кислота, глицин, серин и треонин. Такой состав органической сустанции в целом подобен таковому в зубных камнях. В центре камня часто имеется ядро, представленное органическим веществом, слюнными тромбами, спущенным эпителием протоков, актиномицетами, скоплением лейкоцитов. Иногда таким ядром служат инородные тела. Ядро камня окружено веществом слоистого (пластинчатого) строения, в котором находятся сферические тела. Возникновение слоистости вслюнных камнях может быть связано с суточными, месячными, сезонными и другими ритмами в организме человека.

Наиболее часто камни располагаются в поднижнечелюстной слюнной железе (95%). Предполагают, что это связано с ее расположением и некоторыми анатомическими особенностями. Например, в месте изгибов вартонова протока его перистальтика выражена значительно слабее, чем в других участках. Это способствует застою слюны и выпадению солей. Устье протока и слизистая оболочка вокруг него постоянно травмируется пищей, а слюна поднижнечелюстной слюнной железы содержит много муцина. В околоушной слюнной железе камни встречаются намного реже, это связано с тем, что в ее секрете содержится статхерин, который является ингибитором осаждения фосфата кальция из слюны.

Клиника слюнно-каменной болезни зависит от того, в какой железе расположен камень, его размеров и локализации, длительности заболевания, наличия или отсутствия воспаления в железе, от уровня иммунологической реактивности больного и других факторов.

В клинической практике наиболее удобной является классификация, предложенная И. Ф. Ромачевой (1973). Автор выделила 3 стадии развития слюнно-каменной болезни: начальную, клинически выраженную и позднюю. Каждая стадия определяется особенностью клинической картины и результатами дополнительных методов исследования. Особое внимание автор уделяет функциональному состоянию слюнной железы и выраженности патоморфологических изменений в ней. Основными симптомами слюнно-каменной болезни являются боль и припухание в области пораженной слюнной железы во время еды или при виде острой и соленой пищи (симптом слюнной колики).

Ведущим симптомом слюнно-каменной болезни является боль. Она может иметь разнообразный характер, это зависит от расположения, формы и степени подвижности камня. Если камень неподвижен и не препятствует оттоку слюны из-за наличия на его поверхности желобков, то боли может и не быть.

Начальная стадия слюнно-каменной болезни характеризуется отсутствием выраженных воспалительных явлений со стороны железы, процесс камнеобразования протекает незаметно, поскольку слюноотделение в этот период не нарушается. Обнаружение камня в этот начальный период может иметь случайный характер, обычно при рентгенологическом исследовании челюстно-лицевой области по иному поводу. Первые симптомы болезни появляются при нарушении оттока слюны во время приема пищи, особенно кислой и острой. Больные отмечают периодическое появление плотной,

болезненной припухлости в области слюнной железы, пораженной камнем, это связано с растяжением протоков железы из-за обтурации протока камнем, препятствующим выбросу слюны в полость рта. После еды боль и припухлость постепенно стихают. Иногда боль имеет приступообразный характер и не зависит от приема пищи. Слюнная колика может быть разной интенсивности. Затем наступает период ремиссии, который может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Со временем изменения в железе нарастают, заболевание переходит в клинически выраженную и позднюю стадии, при этом на первое место выступают клинические признаки хронического сиаладенита. При обострении слюнно-каменной болезни и развитии сиаладенита температура тела может повышаться до 38-39 °С, в крови отмечают повышение СОЭ, лейкоцитоз и др.

Диагностика слюнно-каменной болезни в стадии ремиссии основана на характерных жалобах больного, данных анамнеза, результатах осмотра, пальпации. Наличие камня и его локализацию необходимо подтвердить рентгенологически. На обзорной рентгенограмме дна полости рта хорошо выявляются камни переднего и среднего отделов вартонова протока. Камень в паренхиме может быть обнаружен на снимке нижней челюсти в боковой проекции или на ортопантомограмме. При оценке ортопантомограммы нужно учитывать следующее: если тень камня расположена выше нижнечелюстного канала, то камень находится в протоке, а если ниже канала - то в толще железы. Контрастную сиалографию проводят в тех случаях, когда конкременты на обзорных рентгенограммах не выявляются. На контрастной сиалограмме, помимо слюнного камня (дефект наполнения), очень часто выявляются рентгенологические признаки хронического паренхиматозного сиалоаденита и сиалодохита. Особо следует подчеркнуть, что контрастная сиалография возможна только лишь в стадии ремиссии болезни. Рентгенография - основной диагностический метод при слюнно-каменной болезни. Структуру паренхимы слюнной железы и наличие в ней конкрементов можно исследовать также с помощью УЗИ.

Причины обострения хронического воспаления железы при слюнно-каменной болезни могут быть как общими, так и местными. Основная местная причина обострения заболевания - обтурация выводного протока железы слюнным камнем. При этом появляются боли при глотании, боли, иррадирующие в корень языка, боли в подъязычной области. При пальпации поднижнечелюстная слюнная железа плотная, болезненная, бугристая. Однако она не спаяна с окружающими тканями и имеет четкие границы. Кожа над ней не гиперемирована. Всегда имеется выраженная реакция лимфатических узлов (лимфаденит).

Зондирование протока позволяет выявить камень и определить расстояние до него от устья. Противопоказанием к зондированию (из-за возможной перфорации стенки протока) является наличие обострения сиаладенита. Для зондирования используют слюнные зонды разного диаметра. Они имеют гибкую рабочую часть и разный диаметр, что существенно облегчает зондирование и позволяет определить диаметр устья протока.

В полости рта определяется гиперемия и отек слизистой по ходу подъязычного валика. Язык приподнят и смещен в «здоровую» сторону. При пальпации по

ходу подъязычного валика определяется резкая болезненность. При этом из устья вартонова протока можно получить мутную, вязкую, с примесью гноя слюну. Однако при полной обтурации камнем выводного протока отделяемого из него получить не удается. В этих случаях по ходу челюстно-язычного желобка часто наблюдается самопроизвольное «вскрытие абсцесса» с формированием слюнного свища, из которого выделяется слюна с гноем. Состояние больных после этого значительно улучшается.

Имеются также и общие признаки обострения воспалительного заболевания (повышение температуры тела до 38–39 °, признаки интоксикации, лейкоцитоз и др.).

Таким образом, развивается типичная клиническая картина обострения хронического паренхиматозного сиаладенита. В связи с этим, особо следует подчеркнуть, что хронический паренхиматозный сиаладенит непременный спутник слюнно-каменной болезни, а выраженность проявлений хронического воспаления железы зависит от давности заболевания, а также от размеров, количества и локализации конкрементов. Для постановки диагноза и составления плана лечения этим больным во всех случаях показана обзорная рентгенография. Контрастная сиалография противопоказана.

Лечение больных слюнно-каменной болезнью комплексное и зависит как от стадии воспалительного процесса (ремиссии или обострения), так и от локализации и размеров слюнного камня. В стадии ремиссии лечение заболевания, в первую очередь, зависит от размеров и локализации камня - в выводном протоке или в паренхиме слюнной железы.

При локализации камня в выводном протоке слюнной железы необходимо его удалить в плановом порядке и провести лечение хронического паренхиматозного сиалоаденита или сиалодохита, которые часто сопутствуют слюнно-каменной болезни.

Операцию удаления камня из главного выводного протока поднижнечелюстной слюнной железы проводят внутриротовым доступом следующим образом: пальпаторно определяют слюнной камень; дистальнее камня проводят наложение на проток лигатуры, для предотвращения смещения камня в дистальные отделы протока; затем рассекают слизистую оболочку рта над камнем; извлекают слюнной камень и дренируют рану, затем удаляют лигатуру. Рану после операции удаления слюнного камня из протока не ушивают. Через нее в первые несколько дней происходит отток слюны. В дальнейшем рана заживает самостоятельно. В некоторых случаях в области раны формируется внутриротовой слюнной свищ, не требующий лечения. После операции удаления слюнного камня из протока железы проводят терапию, как и при хроническом паренхиматозном сиалоадените или сиалодохите с целью профилактики обострения заболевания. Предварительно для выявления степени патологических нарушений в железе и необходимости лечения проводят контрастную сиалографию.

Удаление камней из поднижнечелюстного и околоушного протоков производят в амбулаторных условиях, удаление камней из внутрижелезистых отделов околоушного протока и экстирпацию поднижнечелюстной слюнной железы - в условиях стационара.

42. Неврит тройничного нерва. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.

Невралгия тройничного нерва (тригеминаль¬ная невралгия, болезнь Фотергилла) - болевой синдром, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, наиболее часто наблюдающийся в сто¬матологии. Под невралгией понимают расстрой¬ство чувствительности, которое выражается в приступообразных болях в зоне иннервации со¬ответствующего нерва. Сущностью невралгии тройничного нерва является нарушение функций афферентных анимальных и вегетативных воло¬кон.
Чаще это заболевание встречается у женщин в возрасте 50 - 70 лет. Правосторонняя локализация процесса встречается чаще (70% случаев). Двустороннее поражение встречается редко. Чаще поражается II и III ветви тройничного нерва. Развитию заболевания способствуют различные сосудистые, эндокринно-обменные, аллергические расстройства, а также психогенные факторы. Но чаще всего причину заболевания выяснить не удается.
Патогенез. Деление невралгии тройничного нерва на формы остается условным, т.к. выявление причин возникновения заболевания порой представляет сложную проблему. Тригеминальная невралгия подразделяется на идиопатическую (эссенциальную, первичную) и симптоматическую (вторичную). К первой относят невралгию тройничного нерва, которая развивается как самостоятельное заболевание, вне зависимости от какого-либо возникшего ранее патологического процесса, ко второй относят симптомокомплексы, являющиеся осложнением первичного заболевания.
Невралгию тройничного нерва делят на две формы: центральную (поражение гассерова ганглия) и периферическую (поражение периферических ветвей тройничного нерва). Среди наиболее частых причин возникновения периферических невралгий компрессия нервного корешка в черепном канале или отверстии, вирусное поражение нервов, нарушение кровоснабжения нерва, молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне. Считается, что фактором, который может поддерживать течение невралгии является наличие неустраненных очагов хронической инфекции в носовой полости, ротоглотки и полости рта
К центральным факторам возникновения тригеминальной невралгии относятся нарушение циркуляции желудочковой жидкости, сращение твердой мозговой оболочки в области тройничного узла, нарушение интракраниального кровоснабжения нерва.
В последнее время большинство исследователей механизм развития невралгии тройничного нерва связывают с компрессией тригеминального корешка близлежащим сосудом, чаще всего патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии. При этом возникновение тригеминальной невралгии у пожилых людей объясняется склонностью к образованию патологически извитых сосудов в этом возрасте. Причиной локального изменения оболочки нерва может быть также и давление опухолью на нерв, давление стенкой суженного костного канала, по которому проходит нерв. Компрессия нерва в черепном канале или отверстии может быть обусловлена аномалией развития области прохождения нерва. К ним относят первичное формирование узкого

канала/отверстия и компрессия при формировании и прорезывании зубов, так и приобретенные патологии: травматическое повреждение, инородные тела, компрессия новообразованием. Оболочка нерва также может быть повреждена и при вирусных заболеваниях (герпес) или при рассеянном склерозе. Компрессия нерва вызывает в результате демиелинизацию нерва, изменение оболочки нерва в свою очередь приводит к изменению прохождения нервных импульсов, вызывая появление патологической возбудимости нерва и в конечном счете, возникновение боли. Причинный фактор вызывает стойкое возбуждение афферентных анимальных и вегетативных волокон. Из-за этого возникают ирритации в звене тригеминальной системы с формированием болевого импульса. Импульсы распространяются на диэнцефальную область в гипоталамусе и в чувствительные ядра коры головного мозга, что приводит к возникновению болевого ощущения в коре головного мозга. Происходит формирование стойкого очага возбуждения, активизирующегося при любом добавочном раздражителе.

Клиническая картина. Ведущим в клинике невралгии тройничного нерва является наличие выраженных приступообразных болей, распространяющихся по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва. Боли чрезвычайно интенсивные, носят сверлящий, жгущий, рвущий, простреливающий характер, подобны удару электрического тока. Длительность болевого пароксизма составляет от нескольких секунд до минуты. Два отдельных приступа разделяет «светлый», рефрактерный промежуток. Патогномоничным для тригеминальной невралгии является наличие так называемых триггерных (курковых) точек – гиперсенситивных участков кожи или слизистой оболочки, раздражение которых провоцирует болевой пароксизм. Локализация данных участков может быть на кожных покровах или слизистой оболочке полости рта. Наиболее часто триггерные точки располагаются в орофациальной области и на слизистой альвеолярного отростка.

Приступ боли возникает спонтанно или при слабом раздражении тригерных (курковых) зон. При воздействии сильных раздражителей приступ невралгии тройничного нерва, как правило, не возникает. Часто в виде триггерных факторов выступают легкое касание, умывание, чистка зубов, разговор, прием пищи, иногда даже дуновение ветерка. Нередко больные отмечают, что приступу боли предшествует вегетативная аура - гипертермия или слезотечение на больной стороне. У других больных возникновению боли предшествуют парестезии в виде "ползания мурашек", зуда или покалывания.

43. Невралгия тройничного нерва. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и лечение.

Невралгия тройничного нерва (тригеминаль¬ная невралгия, болезнь Фотергилла) - болевой синдром, локализующихся в зоне иннервации одной или нескольких ветвей тройничного нерва, наиболее часто наблюдающийся в сто¬матологии. Под невралгией понимают расстрой¬ство чувствительности, которое выражается в приступообразных болях в зоне иннервации со¬ответствующего нерва. Сущностью невралгии тройничного нерва является нарушение функций афферентных анимальных и вегетативных воло¬кон.

Чаще это заболевание встречается у женщин в возрасте 50 - 70 лет. Правосторонняя локализация процесса встречается чаще (70% случаев). Двустороннее поражение встречается редко. Чаще поражается II и III ветви тройничного нерва. Развитию заболевания способствуют различные сосудистые, эндокринно-обменные, аллергические расстройства, а также психогенные факторы. Но чаще всего причину заболевания выяснить не удается.

Патогенез. Деление невралгии тройничного нерва на формы остается условным, т.к. выявление причин возникновения заболевания порой представляет сложную проблему. Тригеминальная невралгия подразделяется на идиопатическую (эссенциальную, первичную) и симптоматическую (вторичную). К первой относят невралгию тройничного нерва, которая развивается как самостоятельное заболевание, вне зависимости от какого-либо возникшего ранее патологического процесса, ко второй относят симптомокомплексы, являющиеся осложнением первичного заболевания.

Невралгию тройничного нерва делят на две формы: центральную (поражение гассерова ганглия) и периферическую (поражение периферических ветвей тройничного нерва). Среди наиболее частых причин возникновения периферических невралгий компрессия нервного корешка в черепном канале или отверстии, вирусное поражение нервов, нарушение кровоснабжения нерва, молекулярные и коллоидные изменения в нервном волокне. Считается, что фактором, который может поддерживать течение невралгии является наличие неустраненных очагов хронической инфекции в носовой полости, ротоглотки и полости рта

К центральным факторам возникновения тригеминальной невралгии относятся нарушение циркуляции желудочковой жидкости, сращение твердой мозговой оболочки в области тройничного узла, нарушение интракраниального кровоснабжения нерва.

В последнее время большинство исследователей механизм развития невралгии тройничного нерва связывают с компрессией тригеминального корешка близлежащим сосудом, чаще всего патологически извитой петлей верхней мозжечковой артерии. При этом возникновение тригеминальной невралгии у пожилых людей объясняется склонностью к образованию патологически извитых сосудов в этом возрасте. Причиной локального изменения оболочки нерва может быть также и давление опухолью на нерв, давление стенкой суженного костного канала, по которому проходит нерв. Компрессия нерва в черепном канале или отверстии может быть обусловлена аномалией развития области прохождения нерва. К ним относят первичное формирование узкого канала/отверстия и компрессия при формировании и прорезывании зубов, так и приобретенные патологии: травматическое повреждение, инородные тела, компрессия новообразованием. Оболочка нерва также может быть повреждена и при вирусных заболеваниях (герпес) или при рассеянном склерозе. Компрессия нерва вызывает в результате демиелинизацию нерва, изменение оболочки нерва в свою очередь приводит к изменению прохождения нервных импульсов, вызывая появление патологической возбудимости нерва и в конечном счете, возникновение боли. Причинный фактор вызывает стойкое возбуждение афферентных анимальных и вегетативных волокон. Из-за этого возникают ирритации в звене тригеминальной системы с формированием

болевого импульса. Импульсы распространяются на диэнцефальную область в гипоталамусе и в чувствительные ядра коры головного мозга, что приводит к возникновению болевого ощущения в коре головного мозга. Происходит формирование стойкого очага возбуждения, активизирующегося при любом добавочном раздражителе.

Клиническая картина. Ведущим в клинике невралгии тройничного нерва является наличие выраженных приступообразных болей, распространяющихся по ходу соответствующих ветвей тройничного нерва. Боли чрезвычайно интенсивные, носят сверлящий, жгущий, рвущий, простреливающий характер, подобны удару электрического тока. Длительность болевого пароксизма составляет от нескольких секунд до минуты. Два отдельных приступа разделяет «светлый», рефрактерный промежуток. Патогномоничным для тригеминальной невралгии является наличие так называемых триггерных (курковых) точек – гиперсенситивных участков кожи или слизистой оболочки, раздражение которых провоцирует болевой пароксизм. Локализация данных участков может быть на кожных покровах или слизистой оболочке полости рта. Наиболее часто триггерные точки располагаются в орофациальной области и на слизистой альвеолярного отростка.

Приступ боли возникает спонтанно или при слабом раздражении тригерных (курковых) зон. При воздействии сильных раздражителей приступ невралгии тройничного нерва, как правило, не возникает. Часто в виде триггерных факторов выступают легкое касание, умывание, чистка зубов, разговор, прием пищи, иногда даже дуновение ветерка. Нередко больные отмечают, что приступу боли предшествует вегетативная аура - гипертермия или слезотечение на больной стороне. У других больных возникновению боли предшествуют парестезии в виде "ползания мурашек", зуда или покалывания.

44. Актиномикоз челюстей, лица и шеи. Классификация. Этиология, патогенез, пути проникновения инфекции. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и методы лечения.

Актиномикоз периоста челюстных костей по сравнению с другими формами актиномикоза встречается редко. Процесс может протекать в виде экссудативного или продуктивного воспаления. Локализуется преимущественно в области нижней челюсти, его клиническая картина разнообразна и чрезвычайно напоминает картину при хроническом одонтогенном остеомиелите, особенно при продуктивно-деструктивной его форме. Внутрикостное поражение проявляется в деструктивной форме с образованием внутрикостного абсцесса или гуммы, а также в продуктивно-деструктивной форме с выраженной пролиферативной реакцией. Если на рентгенограмме определяют разряжение костной ткани с нечеткими контурами (иногда несколько очагов), то говорят о формировании внутрикостного абсцесса или абсцессов. В тех случаях, когда контуры кистовидного разряжения четкие, со склерозированными участками окружающей кости, говорят о формировании гуммы. При продуктивно-деструктивном поражении рентгенологическая картина характеризуется новообразованием кости, уплотнением и утолщением костного рисунка. В центре таких очагов определяют единичные или множественные очаги деструкции.

Рентгенологическая картина напоминает таковую при хроническом продуктивно-деструктивном остеомиелите, однако без образования характерных теней секвестров. Данная форма актиномикоза развивается крайне медленно, в течение нескольких месяцев или даже лет. При обострении процесс распространяется на окружающие ткани с формированием подкожно-мышечной формы.

Актиномикоз органов полости рта характеризуется локализацией актиномикозных очагов поражения в языке, слюнных железах, миндалинах, верхнечелюстной пазухе. Встречается сравнительно редко и представляет значительные трудности для диагностики.

Клиническая картина разнообразна и зависит от того, какой орган поражен, насколько распространен процесс, каким типом течения воспалительной реакции он сопровождается. В большинстве случаев воспалительный процесс клинически развивается как первично-хронический и симулирует картину злокачественной опухоли данной локализации.

Актиномикоз языка развивается после травмы, чаще хронической (острые края зубов, неправильно изготовленные протезы, инородные тела). Клиническая картина зависит от локализации процесса: при расположении в области корня и боковых отделах языка заболевание протекает в виде диффузного воспаления и напоминает флегмону или абсцесс; при поражении спинки или кончика языка актиномикоз характеризуется наличием безболезненного узла, который через 1-2 месяца воспаляется, спаивается со слизистой оболочкой языка, затем вскрывается и образуются свищи, обильные грануляции.

Актиномикоз миндалин встречается крайне редко. Больные жалуются на дискомфорт или ощущение инородного тела в глотке, периодические отдельные обострения воспалительного процесса. Пораженная миндалина увеличена, уплотнена до хрящеватой консистенции, спаяна с небными дужками, особенно передними, ее слизистая оболочка мутная, спаяна с подлежащими тканями. Очередное обострение ведет к распространению процесса на соседние ткани: крыловидно-нижнечелюстное пространство, подъязычную область, окологлоточное пространство.

Актиномикоз слюнных желез возникает в результате проникновения инфекции через проток железы при его ранении или попадании в него инородных тел, при оседании инфекции при респираторных, аденовирусных заболеваниях. Заболевание может быть первичным и вторичным. Нередко первичным очагом развития актиномикоза являются лимфатические узлы, заключенные внутри околоушной слюнной железы, между ее дольками. Клиническая картина актиномикоза слюнных желез разнообразна. В зависимости от протяженности актиномикозного процесса в железе и характера воспалительной реакции выделят следующие формы: ограниченный и диффузный, экссудативный и продуктивный, а также актиномикоз глубоких лимфатических узлов в околоушной железе.

Актиномикоз верхнечелюстной пазухи встречается крайне редко. Инфекция проникает одонтогенным; реже риногенным путем. Заболевание развивается медленно, иногда первые признаки болезни неотличимы от проявлений острого или обострения хронического верхнечелюстного синусита: затрудненное носовое дыхание, иногда гнойные выделения из носа. При очередном обострении появляются воспалительная припухлость в

подглазничной области, отек щечной и скуловой областей. На рентгенограмме верхнечелюстная пазуха гомогенно затемнена, хорошо выражены ее стен¬ки. При одонтогенной природе актиномикозного поражения можно видеть связь апикального очага с актиномикозным очагом в верхнечелюстной пазухе. Диагностика актиномикоза сложна и должна основываться на данных клинической картины, результатах микроскопического, бактериологического, морфологических и иммунологических методов исследования. Клинический диагноз необходимо подтвердить микробиологическими исследованиями выделений из свища, кожно-аллергической реакцией с актинолизатом и морфологическим исследованием биоптата пораженной ткани.
Из исследуемого материала (гной, мокрота, грануляции и др.) готовят мазки, окрашивают по Грамму и проводят микроскопию. Обнаружение друз, представляющих собой зерна с гомогенным центром и колбовидными вздутиями по периферии свидетельствует о заболевании актиномикозом. При бактериологическом исследовании получают чистую культуру возбудителя и идентифицируют на основании клинических признаков. Серодиагностику проводят в РСК (реакция связывания комплемента) с антигеном - поливалентным актинолизатом. Положительная реакция регистрируется у 80% больных. Кожно-аллергическую пробу проводят путем внутрикожного введения экстракта из актиномицетов. Также для диагностики применяют лучевые методы диагностики, которые включают магнитно-резонансную томографию (МРТ), компьютерную томографию (КТ) и/или ультразвуковое исследование (УЗИ) мягких тканей челюстно-лицевой области и, как правило, выполняют до биопсии патологического очага. Однако, не обнаруживают как-либо патогномоничных признаков, поэтому необходим тщательный анализ клинической картины. Патогистологическое исследование имеет ограниченное значение для диагностики актиномикоза. Его проводят только при клинической картине процесса, симулирующей опухолевый рост, помочь отличить его от злокачественного новообразования могут помочь определенные особенности визуализации, особенно при МРТ. Очаг актиномикозного поражения обычно плохо определяется и может иметь сложное пространственное расположение, тогда как опухолевые поражения, как правило, имеют более четкие границы. Наличие низкого сигнала Т2 с не усиливающими участками поражением представляет собой актиномикотические гранулы. Отсутствие значимой лимфаденопатии шеи при большом объеме поражения должно ориентировать врача проводить дифференциальную диагностику не со злокачественными новообразованиями, а с другими патологиями, в том числе - с абсцессом, пороками развития сосудов, туберкулезом и сифилисом.
Ранняя диагностика ограничивает распространение инфекции и связанных с ней заболеваний и позволяет избежать неоправданных операций.

45. Туберкулез челюстей, лица и шеи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, профилактика распространения.

Туберкулез (tuberculosis) - инфекционное заболевание, которое вызывается микобактерией туберкулеза (палочкой Коха). Считается, что фоном для развития микобактерии и проявления ее патогенных свойств служат различные

иммунодефицитные состояния. Поэтому туберкулез относят к группе социальных болезней, а группы риска составляют лица без определенных занятий и места жительства, а также лица ВИЧ-инфицированные, с сахарным диабетом, заболеваниями крови и т.д.

Этиология. Семейство Mycobacteriaceae порядка Actinomycetales содержит единственный род Mycobacterium. В 1975 г. этот род насчитывал около 30 видов, а к 2000 г. это число уже приблизилось к 100. Большинство видов микобактерий относят к сапрофитным микроорганизмам, широко распространённым в окружающей среде. Группа облигатных паразитов незначительна, однако её практическая значимость велика и определяется видами, вызывающими туберкулёз у человека и животных. Существует мнение, что предшественниками патогенных для человека микобактерий были древние почвенные микобактерии. Все микобактерии разделяют на патогенные для человека и условно-патогенные. В клинической микробиологии используют несколько подходов для классификации микобактерий: по скорости и оптимальной температуре роста, способности к образованию пигмента; по клинически значимым комплексам.

Вызывающие туберкулез виды микобактерий объединены в комплекс M. tuberculosis, включающий M. tuberculosis, M. bovis. M. bovis BCG, M. africanum, M. microti, M. canettii. В последнее время к нему отнесены M. pinnipedii, M. caprae, филогенетически имеющие отношение к M. microti и M. bovis. Такая классификация объединяет виды микобактерий с одинаковой клинической значимостью, когда более тонкая их дифференциация несущественна. Для идентификации видов внутри групп и комплексов используют биологические, биохимические и молекулярные методы.

Микобактерии - тонкие палочковидные клетки с характерным свойством кислото- и спиртоустойчивости (на одной из стадий роста), аэробные. Микобактерии туберкулеза размножаются крайне медленно: период удвоения 18-24 ч (обычные бактерии делятся каждые 15 мин). Поэтому для получения видимого роста типичных колоний требуется не менее 4-6 недель. Одной из причин медленного размножения микобактерий считают их выраженную гидрофобность которая затрудняет диффузию питательных веществ. Более вероятно, что это генетически детерминировано и связано с более сложным устройством микобактерий.

Микобактерии устойчивы к различным факторам внешней среды и химическим препаратам. Кроме того, они обладают высокой устойчивостью к лекарственным препаратам, особенно антибактериальным широкого спектра действия.

Патогенез. Пути передачи туберкулезной инфекции: аэрогенный, алиментарный, контактный и внутриутробный. Основной путь - аэрогенный. Источником распространения инфекции являются больные туберкулезом легких и инфицированные, но не болеющие им. При кашле, смехе или чихании больной туберкулезом легких выделяет мельчайшие частицы мокроты, содержащие микобактерии туберкулеза. Эти частицы, диаметром 1-5 мкм, образуют аэрозольную взвесь, которая, в зависимости от окружающих условий, может несколько часов сохраняться в воздухе. Передача заболевания происходит при вдыхании человеком зараженного микобактериями туберкулеза (МБТ) воздуха. Обычно заражение происходит в помещениях.

Проветривание и хорошая вентиляция удаляют аэрозольную взвесь из воздуха помещения, а прямые солнечные лучи быстро убивают МБТ.
Вероятность заражения человека алиментарным путем в 10 тысяч раз меньше, чем при аэрогенном пути. Оно возможно при употреблении в пищу мясных и молочных продуктов, инфицированных M. bovis (плохо проваренного мяса, некипяченого или непастеризованного молока). Контактный путь передачи туберкулеза через поврежденные кожные покровы встречается редко и в основном имеет место у патологоанатомов, судебных медиков, реже у врачей других специальностей, в том числе хирургов и стоматологов, и существенного эпидемического значения не имеет. Внутриутробный путь заражения встречается крайне редко и связан со специфическими поражениями плаценты и родовых путей женщин с диссеминированным туберкулезом или аспирацией новорожденным инфицированных околоплодных вод.
Первичное заражение происходит при вдыхании частиц аэрозольной взвеси, содержащих МБТ. Они настолько малы, что минуют защитный слой слизи и реснитчатого эпителия бронхов и оседают в альвеолах легких. Инфекционный процесс начинается с размножения микобактерии в легких и приводит к формированию пневмонического очага. Процесс размножения микобактерии происходит медленно и непрерывно. По лимфатическим путям МБТ попадают в лимфатические узлы средостения. Пневмонический участок в легких и региональный лимфаденит образуют первичный туберкулезный комплекс, откуда с кровотоком МТБ разносятся в органы и ткани. Дальнейшее развитие процесса зависит от состояния иммунной системы. У большинства лиц с нормальным иммунным ответом размножение МБТ будет остановлено, однако часть из них может существовать латентно. У лиц с ослабленным иммунитетом происходит размножение МБТ, и через несколько месяцев развивается первичный туберкулез. Вторичный туберкулез может возникнуть через несколько лет после инфицирования МБТ в результате реактивации старого туберкулезного очага или реинфекции (повторного заражения лиц, уже перенесших первичную инфекцию). Туберкулез может поражать любые органы и ткани, но чаще всего (в 80-85% случаев) страдают легкие.
Туберкулез челюстно-лицевой области возникает на фоне снижения общей резистентности организма и иммунитета при наличии одонтогенных очагов инфекции, инфекционных заболеваний слизистой оболочки рта, поражений пародонта, риногенных и одонтогенных верхнечелюстных синуситов, повреждений челюстно-лицевой области и органов полости рта при попадании микобактерий. Микобактерии туберкулеза внедряются в участок воспаления или повреждения в полости рта, проникают в подслизистую основу и распространяются лимфогенно и гематогенно в регионарные лимфатические узлы (лицевые, шейные) а также в слюнные железы, подкожную основу, межфасциальную клетчатку.
Патологическая анатомия. Туберкулезного бугорок (инфекционная гранулема) морфологически представлена в виде очага скопления микобактерий туберкулеза с эпителиоидными клетками, гигантскими клетками Пирогова-Лангханса и лимфоцитами по периферии, при его распадении образуется очаг казеозного распада, представленный сегментоядерными нейтрофилами.
Клиническая картина. Микобактерии попадают в область слизистой оболочки рта гематогенным, лимфогенным или экзогенным (воздушно-капельным или

алиментарным) путем. Туберкулез может быть первичным и вторичным. При первичном поражении челюстно-лицевой области микобактерия туберкулеза попадает главным образом в лимфатические узлы через миндалины, одонтогенные и стоматогенные воспалительные очаги, через кожу при нарушении ее целостности. Вторично челюстно-лицевая область может поражаться в результате распространения инфекции от первичного очага в легких, кишечнике, кости и т.д. В челюстно-лицевой области выделяют поражение кожи, слизистых оболочек, подслизистой основы, подкожной клетчатки, слюнных желез, челюстей.

При первичном туберкулезе лимфатических узлов заболевание, как правило, развивается медленно, без выраженной воспалительной реакции. Единичные узлы или группы лимфатических узлов увеличиваются и уплотняются до хрящевой или костной консистенции, спаиваются с окружающими тканями. При длительном существовании заболевания инфильтраты спаиваются с кожей, при распаде прорываются наружу с выделением характерных творожистых масс. Такая картина отмечается чаще у детей, подростков, юношей, хотя в последние годы встречается и у лиц старшего возраста, стариков, а также беременных.

При первичной локализации в области кожи и подкожно-жировой клетчатки туберкулезные бугорки локализуются в области кожи, спаиваются с ней и формируют «холодные» абсцессы, которые прорываются наружу с выделением творожистого секрета и полупрозрачной жидкости, напоминающей серозный экссудат. По мере заживления образуются втянутые, звездчатые гипертрофические рубцы, нередко приводящие к мукогенным или дерматогенным контрактурам, а также к косметическому дефекту.

При вторичном туберкулезе поражаются лимфатические узлы, кожа, слюнные железы, челюстные кости.

Вторичный туберкулез кожи - скрофулодерма, или колликвативный туберкулез, редкая форма, наблюдается преимущественно у детей, Типичным признаком этой формы является образование узлов в глубоких слоях слизистой оболочки рта, которые со временем распадаются, образуя малоболезненные язвы неправильной формы, мягкой консистенции с изъеденными подрытыми краями и вялыми грануляциями на дне. Цвет пораженных тканей после вскрытия очагов ярко-красный или красно-фиолетовый. После отделения гноя образуется корка, закрывающая свищи или поверхность язвы. Процесс склонен к распространению на новые участки тканей. После ее заживлении образуются неровные, атрофичные рубцы звездчатой формы. Общее состояние при легком течении скрофулодермы удовлетворительное. Заболевание может длиться многие месяцы и годы.

Вторичный туберкулезный лимфаденит лица и шеи - одна из наиболее распространенных форм заболевания, чаще протекает хронически и сопровождается субфебрильной температурой, общей слабостью, потерей аппетита. Иногда процесс может иметь острое начало, с резким повышением температуры тела, отдельными симптомами интоксикации. Клинически: лимфатические узлы увеличены, иногда имеют бугристую поверхность, четко контурируются, при пальпации слаболезненны, плотноэластической консистенции. В одних случаях наблюдается быстрый распад очага, в других - медленное нагнаивание лимфатического узла с образованием творожистого

распада тканей, его выходом наружу и образованием одного или несколько свищей. В последние годы увели¬чилось число случаев атипичных проявлений туберкулезного лимфаденита (медленного и вяло¬го течения), в частности у лиц пожилого возраста.

Поражение туберкулезом слюнных желез встре¬чается достаточно редко. При поражении слюнных желез процесс носит очаговый или диффузный характер. Процесс чаще локализуется в околоушной слюнной железе, реже - в поднижнечелюстной. Формирующиеся в тканях железы плотные, безболезненные туберкулемы со временем спаиваются с кожей и вскрываются наружу с образованием характерных свищей и язв. Выделение слюны из протока железы скудное или отсутствует. При распаде очага и опорожнении его в основной проток в слюне появляются хлопьевидные включения. Поражение ветвей лицевого нерва, проходящих в толще околоушной слюнной железы, может привести к развитию пареза или паралича мимической мускулатуры. На рентгенограммах в проекции слюнной железы в цепочке лимфатических узлов обнару-живают очаги обызвествления, при сиалографии будет смазанность рисунка протоков железы и отмучатся отдельные полости (каверны).

Туберкулез челюстей. Поражение челюстных костей возникает вторично, характеризуется формированием в них одиночных или множественных очагов резорбции, может быть выраженная периостальная реакция. С течением времени процесс распространяется за пределы челюсти, в окружающие ткани. В этот период возникает туберкулезная инфильтрация тканей, приводящая к воспалительной контрактуре. Образуются множественные «холодные» абсцессы, вскрывающиеся с образованием свищей и язв, а также с выраженным рубцеванием. Могут быть патологические переломы челюстей. На рентгенограмме определяются резорбция кости и одиночные внутрикостные очаги, с четкими границами, иногда содержат мел¬кие секвестры. При значительной давности заболевания внутрикостный туберкулезный очаг отделен участком склероза от непораженной кости.

Диагностика. Существенную помощь в диагностике оказывают микроскопическое исследование мазков гноя, содержимого язв, цитологическое исследование пунктатов, биопсия материала. Туберкулезные пробы бывают положительными при состоянии хорошо выраженной аллергии, т. е. при вторичных поражениях. При первичных поражениях, особенно в начале процесса, они имеют меньшее значение. История болезни пациента и клиническое и рентгенологическое обследование играют важную роль в диагностике туберкулеза. Однако лабораторное подтверждение и тщательное патогистологическое исследование являются наиболее важными для постановки диагноза, а культура микроорганизмов считается абсолютным доказательством заболевания.

Дифференциальная диагностика. Первичное и вторичное поражение туберкулезом регионарных лимфатических узлов следует дифференцировать от абсцесса, лимфаденита, хронического остеомиелита челюсти, актиномикоза, сифилиса, а также от злока-чественных новообразований. Скрофулодерму дифференцируют от кожной и подкожной форм актиномикоза, где актиномикозные очаги отличаются от туберкулеза своей плотностью и при абсцедировании гнойное отделяемое содержит друзы актиномицетов. Также

скрофулодерму надо дифференцировать с распадаю¬щейся раковой опухолью. Плотность опухоли, прорастание в глубь тканей, а также помогают данные гистологического исследования с большей достоверностью установить диагноз. Поражение туберкулезом челюстей, лимфатических узлов надо дифференцировать от этих же процессов, вызванных гноеродными микроорганизмами, а также злокачественных новообразований. Другие заболевания можно исключить, учитывая данные анамнеза болезни, наличие специфического процесса в легком, характер изъязвлений в челюстно-лицевой области и выделение микобактерий туберкулеза из очагов в полости рта и мокроты.

Лечение больных туберкулезом челюстно-лицевой области проводят в специализированном фтизиатрическом лечебном учреждении. Туберкулезные поражения слизистой оболочки рта стоматолог проводит на фоне общей специфической терапии, назначенной фтизиатром. Оперативные вмешательства проводят строго по показаниям, а именно при клиническом эффекте противотуберкулезного лечения и отграничении местного процесса в полости рта, костной ткани. Вскрывают внутрикостные очаги, выскабливают из них грануляции, удаляют секвестры, иссекают свищи и ушивают язвы или освежают их края для заживления тканей вторичным натяжением под тампоном из йодоформной марли. Также обязательна санация ротовой полости, устранение травмирующих факторов, лечение зубов и патологии пародонта является обязательным условием местной терапии туберкулезных поражений слизистой оболочки рта. С этой целью используют антисептики, некротизирующие средства, специфические противотуберкулезные препараты, обезболивающие и препараты, которые улучшают репаративные возможности тканей.

Диагностика, лечение и диспансерное наблюдение за больным туберкулезом должны осуществляться в специализированных туберкулезных клиниках. После клинического выздоровления при полной эффективности основного курса лечения и мест¬ных лечебных мероприятий больной должен оставаться под наблюдением на протяжении 2 лет.

Профилактика и меры предосторожности. Применение современных методов лечения туберкулеза является основным в профилактике туберкулезных поражений челюстно-лицевой области, следует проводить своевременную санацию полости рта (лечение кариеса и его осложнений, заболеваний слизистой оболочки и пародонта), соблюдать гигиену полости рта.

В стоматологической практике передача различных инфекций от пациента к стоматологу, от пациента к пациенту, а также от стоматолога к пациенту происходит из-за непосредственной близости к полости носа и полости рта пациента. Стоматологи постоянно подвергаются риску заражения туберкулезом из-за брызг, аэрозолей или зараженной крови. Лечение зубов у больных активным туберкулезом должно быть ограничено неотложными и необходимыми процедурами. Поскольку многие серьезные заболевания передаются воздушно-капельным путем, при контакте с биологическими жидкостями, а также невозможностью определить, какие именно пациенты инфицированы, поэтому уместно избегать прямого контакта с кровью, биологическими жидкостями и слизистыми оболочками. Необходимо соблюдать высокие стандарты оперативной дезинфекции и стерилизации

инструментов, соблюдать правила гигиенической обработки рук медицинского персонала, носить средства индивидуальной защиты (защитные очки, маски, шапки, перчатки и хирургические халаты). Многоразовые защитные средства для лица (защитные очки или защитные маски) должны быть очищены и продезинфицированы между приемами пациентов. Наконечники и другие инструменты должны регулярно чиститься и автоклавироваться.

46. Сифилис. Проявления в полости рта. Диагностика и профилактика. Лечение.

Сифилис (syphilis, lues) - хроническое инфекционное венерическое заболевание, возбудителем которого является бледная трепонема. Поражает кожу, слизистые оболочки, внутренние органы, нервную систему, в том числе и челюстно-лицевую область. Различают приобретенный и врожденный сифилис. Как инфекционное заболевание приобретенный сифилис имеет инкубационный, первичный, вторичный и третичный периоды, а врожденный - ранний и поздний периоды. В настоящее время выделяют заразные и незаразные формы сифилиса. Первичный сифилис может быть серонегативным, серопозитивным и скрытым.
Этиология. Бледная трепонема (возбудитель сифилиса) - факультативный анаэроб, имеет спиралевидную форму, хорошо подвижна. Во внешней среде малоустойчива к воздействию физических и химических факторов. Погибает при температуре 55°С в течение 25 мин. и при высыхании. Бледная трепонема может находиться в любых жидкостях и экссудатах. Моча, пот, слюна, слезная жидкость не содержат бледных трепонем, но возбудители могут присоединяться к физиологическим секретам и экскретам в выводных путях.
Патогенез. Заражение происходит чаще половым путем, однако существует внеполовой (бытовой, профессиональный, гемотрансфузионный и планцентарный): при половом контакте бледная трепонема попадает на слизистую оболочку или кожу партнера с отделяемым твердого шанкра, эрозивных папул, из слизи пробки канала шейки матки, спермы. Заражение возможно внеполовым путем, в частности: бытовой - через инфицированные предметы при общем пользовании, например посудой, губной помадой, духовыми музыкальными инструментами, мундштуками, сигаретами, при поцелуе; профессиональный - у медицинских работников во время операций, вскрытий, инъекций, при стоматологических и гинекологических осмотрах и др.; гемотрансфузионный - при непосредственном попадании бледной трепонемы в кровь во время трансфузии (редко); плацентарный - бледная трепонема попадает от больной сифилисом матери в организм плода через плаценту, в результате чего развивается врожденный сифилис.
Для заражения человека сифилисом необходимо попадание бледной трепонемы на кожу или слизистую оболочку, целостность которой нарушена. Однако допускается возможность заражения и через неповрежденную слизистую оболочку, в том числе слизистую оболочку рта.
Клиническая картина. Течение сифилиса волнообразное, с определенной периодичностью, связанной с постепенным изменением клинической и морфологической картин. Такое течение объясняется развивающимся инфекционным иммунитетом, напряженность которого постепенно нарастает.

В инкубационном периоде сифилис не выявляется никакими методами. Инкубационный период не имеет никаких клинических признаков, длится с момента заражения до появления первого клинического симптома - твердого шанкра, в среднем 3-4 недели. Проникая в организм, бледные трепонемы размножаются и распространяются по лимфатической системе. Током крови они заносятся в разные органы и ткани, но еще не вызывают каких- либо патологических изменений. Слизистая оболочка рта и красная кайма губ поражается на всех стадиях заболевания, кроме инкубационного периода.

В первичный период сифилиса на слизистых оболочках рта появляются первичные эрозивные сифиломы, или твердый шанкр во рту или на коже. Шанкр представляет собой ограниченный инфильтрат, часто сочетающийся с образованием эрозии ярко-красного цвета, реже - язва. Эрозия имеет округлую или овальную форму, размером от 3 мм (карликовые шанкры) до 1,5 см, несколько приподнятые и ровные края: она безболезненна, с хрящеподобным инфильтратом при пальпации, дно вначале красноватого цвета, плотное, блестящее, склерозированное, впоследствии серовато-белое. Выражена реакция лимфатических узлов в виде лимфаденита и лимфангита. Шанкр чаще располагается на языке, может находиться на миндалинах, на десне.

Вторичный период сифилиса характеризуется возникновением розеолезных элементов поражения, которые сливаются, образуя папулезные или пятнистые сифилиды, а также пустулезные элементы и кондиломы. Чаще всего поражаются кожа лица, слизистая оболочка рта. Возможно поражение кожи лица с характерной локализацией на лбу - корона Венеры (данные проявления сифилиса рассматриваются в курсе терапевтической стоматологии). Во вторичном периоде редко, но возможно поражение надкостницы. Это специфическое поражение отличается медленным и вялым течением, захватывает значительный участок надкостницы челюсти, чаще нижней, при этом надкостица утолщается, приобретает тестоватую консистенцию, но поднадкостничный гнойник не образуется. Клинически возникают плоские возвышения из-за уплотнения пораженных участков надкостницы.

Третичный период сифилиса развивается через 3-6 лет после заражения и характеризуется образованием сифилитических гумм, имеющих различные клинические проявления, в зависимости от локализации. Гуммы могут локализоваться в слизистой оболочке, надкостнице и костной ткани челюстей. Однако, следует помнить, что проявления сифилиса в третичном периоде возникают не всегда, поэтому выделяют активный, или манифестный, сифилис и скрытый третичный сифилис. Сифилитическая гумма является плотным, безболезненным узлом, который с течением времени вскрывается с отторжением гуммозного стержня. При этом образуется язва, имеющая кратерообразную форму, безболезненная при пальпации. Края этой язвы ровные, плотные, дно покрыто грануляциями. При сифилитическом поражении языка отмечается гуммозный или диффузный интерстициальный глоссит, или их комбинация. При локализации процесса в области надкостницы челюстей она утолщается и спаивается со слизистой оболочкой, а затем, после отторжения гуммозного стержня, формируется язвенный дефект в области альвеолярного отростка. Процесс дальше распространяется на кость, в него вовлекаются зубы, которые становятся подвижными. Процесс с надкостницы может переходить на кость. При рентгенологическом обследовании обнаруживают очаги остеопороза

в участках кости, соответствующих расположению гуммы в надкостнице, отмечается убыль кости по поверхности кортикального слоя в виде узуры. Разрастание надкостницы дает на рентгенограмме волнообразную тень по краю челюсти, а также иногда явления оссифицирующего периостита. При вовлечении в процесс зубов происходит разрушение компактной пластинки их альвеол.

При внутрикостном поражении в третичном периоде сифилиса процесс чаще локализуется в области перегородки носа, носовых костей и челюстей. Кость деформируется, утолщается по мере развития гуммы, а после ее вскрытия и отторжения некротизированных тканей формируются сквозные дефекты костей. Вовлечение в процесс чувствительных ветвей тройничного нерва ведет к развитию неврита, больных беспокоят сильная боль, иногда нарушение чувствительности в области разветвления подбородочного, подглазничных, надглазничных и носонебного нервов. Распространению деструктивного процесса на более обширные участки способствует присоединение вторичной гноеродной инфекции. На рентгенограмме гуммозные поражения кости представлены очагами деструкции различных размеров, окруженными склерозированной костной тканью. При врожденном сифилисе в ранний его период характерно наличие диффузных папулезных высыпаний на коже лица с появлением трещин. Для позднего вторичного сифилиса характерны поражения как в третичный период.

Диагностика сифилиса направлена на выявление бледной трепонемы с помощью реакции Вассермана и других серологических реакций, а также с помощью микробиологического и патоморфологического методов исследования пораженных тканей.

Дифференциальная диагностика. Первичную сифилому на губе язвенную форму дифференцируют с распадающейся раковой опухолью, однако основание раковой язвы более глубокое и плотное, дно изрытое, легко кровоточит. Диагностировать опухоль помогают данные морфологического исследования. В третичном периоде сифилиса гумма слизистой оболочки рта имеет общие симптомы с язвами, образовавшимися в результате травмы, у травматической язвы в отличие от гуммы мягкое основание и она болезненна. Гуммозный глоссит дифференцируют от язвы на языке при туберкулезе, особенно милиарном. Туберкулезная язва имеет подрытые, мягкие, слегка нависающие края, ее дно легко кровоточит, пальпация резко болезненна. Гумма в языке иногда также напоминает раковое поражение. О раке свидетельствуют плотность основания язвы, ее неправильная форма, часто изъеденные, вывернутые края и легкая кровоточивость. Сифилитические поражения надкостницы и костной ткани отличаются от неспецифических и специфических поражений этих тканей наличием одонтогенной причины и ярко выраженной острой стадии болезни. При дифференциальной диагностике сифилитиче¬ских гумм с актиномикозным очагом, последний отличается плотностью и расплывчатостью инфильтрата, абсцедированием, с последующим образованием свищей со скуд¬ным гнойным отделяемым, при исследование гноя обнаруживают друзы актиномицетов. Гуммозный процесс в кости может симулировать раковые или саркоматозные новообразования, об опухоли свидетельствуют быстрый рост, характерная рентгенологическая картина и результаты диагностической биопсии.

Лечение больных сифилисом проводится только в условиях специализированных кожно-венерических стационарах и диспансерах. Местное лечение сифилитических поражений в полости рта заключается: в обучении гигиены полости рта, удалении зубного камня, сошлифовывании острых краев зубов, антисептической обработке полости рта (промывании сифилитических элементов, изъявлений, свищевых ходов различными антисептическими растворами), лечении зубов. При поражении сифилисом костной ткани челюстей проводят периодическое исследование электровозбудимости пульпы зубов, по показаниям - трепанацию зубов с погибшей пульпой и лечение по принципам терапии хронических периодонтитов, несмотря на значительную подвижность зубов, их не следует удалять, так как после проведенного специфического лечения зубы достаточно хорошо укрепляются. Активное хирургическое лечение при поражении надкостницы, челюстей при сифилисе не показано даже в случае образования секвестров. Секвестрэктомия показана после специфического лечения на фоне затихания и отграничения процесса.
При своевременной диагностике, правильном лечении и дальнейшем диспансерном наблюдении прогноз в основном благоприятный. Дефекты на лице, в полости рта, твердом небе и другой локализации могут быть устранены оперативным путем после излечения и снятия больных с диспансерного учета.

47. Классификация хирургических вмешательств на тканях пародонта. Показания, противопоказания.

Общие противопоказания к хирургическому вмешательству на тканях пародонта: системный остеопороз, заболевания крови, некомпенсированная форма сахарного диабета и тиреотоксикоза, активная форма туберкулеза, онкологическая патология, аллергический, аутоиммунный и иммунопролиферативный синдромы и наследственная отягощенность в нескольких поколениях, соматическая патология в декомпенсированной стадии, беременность.
Относительными противопоказаниями являются острые инфекционные заболевания и анемия.
Местные противопоказания к проведению пародонтальной хирургии: несоблюдение правил гигиены полости рта, патология прикуса, не подлежащая коррекции, деструкция костной ткани более чем на 2/3 длины корня при подвижности зубов 3-4-й степени, острые инфекционные заболевания слизистой оболочки полости.
Методы неотложной хирургии в пародонтологии, применяемые по особым показаниям в момент обострения воспалительного процесса в тканях пародонта: удаление зуба, гингивотомия, периостотомия.
Гингивотомия (рассечение десны) - симптоматический метод лечения, применяемый в качестве неотложного оперативного вмешательства при пародонтальных абсцессах. Также показанием к проведению данного вмешательства является наличие одиночного глубокого узкого пародонтального кармана. Метод заключается в рассечении пародонтального кармана вертикальным или горизонтальным линейным разрезом в 2-3 мм от края десны, удалении поддесневых зубных отложений, грануляций, пролиферирующего эпителия и накложения швов.

Пародонтальный абсцесс - осложнение, возникающее при обострении воспалительно-деструктивного процесса в тканях пародонта, характеризуется ограниченным скоплением гнойного экссудата. Образованию пародонтальных абсцессов способствуют глубокие патологические карманы, твердые поддесневые отложения. Абсцесс вскрывают полулунным горизонтальным разрезом в месте наибольшего выбухания.
Плановые хирургические вмешательства проводятся после полного курса предоперационной подготовки, включающей в себя: снятие зубных отложений, местную противовоспалительную терапию, обучение гигиене полости рта, санацию полости рта, функциональное избирательное пришлифовывание, при наличии подвижности – шинирование зубов.

48.Осложнения стоматологической имплантации.

Причинами осложнений имплантации зубов могут быть следующие ошибки: непра¬вильные планирование и проведение хирургиче¬ского и ортопедического этапов лечения, неудов¬летворительное качество или недостаточный объем кости, общесоматические проблемы у па¬циентов (регионарный остеопороз, снижение им-мунитета), вредные привычки (курение, алкоголизм, прием наркотиков), предшествующая лучевая терапия, неудовлетворительная гигиена, нарушение нагрузки на имплан¬таты, бруксизм, парафункции.
По времени возникновения все осложнения дентальной имплантации можно разделить на интароперационные и послеоперационные. Последние, в свою очередь - на ранние и поздние. Во время имплантации возможны следующие осложнения: воздушная эмболия и эмфизема тканей, если используются стоматологические установки, имеющие очень высокие обороты вращения, и за счет подачи под давлением водно-воздушной смеси в кость; кро¬вотечение из раны, которое может быть связано с повышением артериального давления у пациента; повреждение дна верхнечелюстной пазухи и по¬лости носа; повреждение верхней стенки нижне¬челюстного канала и нижнего альвеолярного нер¬ва; отсутствие первичной фиксации имплантата; перелом стенки челюстного сегмента; повреждение соседних зубов (коронки, корня); перелом инструмента - во время остеотомии направляю¬щих и формирующих фиссурных боров.
Осложнения в раннем послеоперационном периоде могут возникнуть в ближайшие 7-14 суток. В этот период наблюдается развитие гематом, отсроченных кровотечений, расхождение швов, гнойно-воспалительные процессы в околочелюстных мягких тканях, стойкий болевой синдром разной этиологии. Не редко при проведении дентальной имплантации в проекции верхнечелюстной пазухи и открытого синсуслифтинга происходит перфорация верхнечелюстной пазухи, что в дальнейшем приводит к возникновению верхнечелюстного синусита.
К поздним послеоперационным осложнениям, которые наступают уже в период работы стоматолога-ортопеда и во время функционирования протетической конструкции, относят: периимплантит, мукозит, перелом имплантата. Большое зна¬чение в развитии таких осложнений имеют пере¬грев тканей при остеотомии, в том числе костной, плохая гигиена полости рта и

надальвеолярной части имплантата, недогрузка или перегрузка им-плантата.
Мукозит определяют, как воспалительные изменения окружающих дентальный имплантат мягких тканей без признаков убыли костной ткани. Мукозит развивается уже на стадии функционирования ортопедических конструкций. К этиологическим факторам развития мукозитов относят: отсутствие биомеханической нагрузки имплантата, бактериальная инфекция, генетическая предрасположенность. При этом, акцентируют внимание на отличие структуры соединительнотканного прикрепления в области имплантата от естественного зубодесневого прикрепления. Лечения мукозита включает себя: снятие/чистка ортопедических супраконструкций и ревизия зон возможных нарушений, супра- и субгингивальная чистка поверхностей с удалением эпителия карманов и грануляционной ткани, местная аппликация дезинфицирующих средств, назначение полосканий: 0,5% раствор хлоргексидина 3-4 раза в день на протяжении 5-7 суток, в некоторых случаях антибактериальные препараты системного действия, инструктаж проведения гигиены полости рта.
Периимплантит – это воспалительные изменения окружающих дентальный имплантат мягких тканей с вертикальной и горизонтальной резорбцией костной ткани.
Лечение периимплантитов включает в себя: устранение или сокращение факторов риска, системное применение антибактериальных препаратов в течение 7-10 суток, снятие отложений с поверхности имплантата с помощью пластиковых скалеров и титановых кюрет, а также удаление грануляционной ткани, промывание 20% раствором лимонной кислоты (30-60 сек) и последующее промывание раствором 0,9% NaCl, аппликация хлоргексидин-геля, сглаживание шероховатой поверхности имплантата с помощью неабразивного бора и резиновых аксессуаров для полировки, при неплотном прилегании десневого края – менеджмент окружающих имплантат мягких тканей (создание зоны кератинизированной прикрепленной десны, например, путем трансплантации свободного слизистого лоскута с неба). Периимплантит является фактором риска отторжения имплантата, а при наличии подвижности имплантата или утрате в результате инфекции более, чем на 2/3 костной ткани производят удаление имплантата.
К ортопедическим осложнениям относится перелом имплантата. Перелом имплантата может произойти по разным причинам, которые могут быть связаны с самим имплантатом или ортопедической конструкцией. Всегда возникает усталостный перелом, т.е. имплантаты не ломаются вследствие единичной резкой нагрузки, а слабым, многократно повторяющимся воздействием. Это происходит в результате неправильного выбора имплантата, неправильного конструирования и (или) изготовления протеза, а также использования систем имплантатов, не прошедших адекватных испытаний.
Неоптимальная ортопедическая конструкция. Изготовление мостовидных протезов даже с небольшим консольным элементом приводит к возникновению рычаговой нагрузки, такой вариант конструкции совершенно противопоказан для небольших мостовидных протезов на верхней челюсти. В качестве неадекватной ортопедической конструкции на имплантатах может выступать и съемный протез. Уменьшение площади перекрывания слизистой протезом верхней челюсти приводит к функциональной перегрузке, деструкции кости, утрате или перелому имплантата. Следующей причиной перелома дентального

имплантата со стороны ортопедической конструкции являются ошибки при изготовлении протеза, например, неудовлетворительная припасовка протеза небольшой протяженности к имплантату или абатменту. К перелому имплантата может привести подвижность коронки или абатмента, та как подвижность одного элемента протеза вызывает значительную перегрузку других элементов. Удаление имплантата: «эксплантация» проводится по показаниям. Имплантаты некоторых систем достаточно сложно удалить, так как требуется их выпиливание.

49. Интраоперационные и послеоперационные осложнения удаления зубов

Осложнения, которые могут возникать как во время проведения операции, так и спустя какой либо определенный срок могут быть общими и местными. Общие осложнения могут быть связаны с общесоматическим статусом пациента, его психо-эмоциональным состоянием, действием анестетика и другими факторами. Все это приводит к нейро-рефлекторным сосудистым изменениям, вплоть до глубоких гемодинамических и циркулярных расстройств. Лечение общих осложнений основано на принципах неотложной терапии и описано в соответствующей главе.

Местные осложнения - это осложнения, которые возникают непосредственно в зоне операции или в ближайших к ней областях во время хирургического вмешательства, в раннем или позднем послеоперационном периоде.

К местным *интраоперационным* осложнениям относят: перелом коронки или корня удаляемого зуба, травма соседнего зуба (перелом коронки/корня, вывих), травма мягких тканей, отлом костной стенки, альвеолярного отростка/части челюсти, отлом бугра верхней челюсти, перелом нижней челюсти, отлом инструмента в тканях (элеватор, бор), вывих височно-нижнечелюстного сустава, подкожная или подслизистая эмфизема, кровотечение, проталкивание корня или его фрагмента в мягкие ткани, перфорация верхнечелюстной пазухи, проталкивание корня или его фрагмента в верхнечелюстную пазуху, травма нижнечелюстного нерва.

К *послеоперационным* осложнениям относят: альвеолит, неврит, луночковый остеомиелит, острые края альвеолы, обнажение края альвеолы.

Интраоперационные осложнения

Перелом коронки или корня удаляемого зуба. Наиболее частое осложнение, возникающее вследствие поражения зуба кариозным процессом, особенностей анатомического строения зуба и альвеолярного отростка (длинные тонкие корни, изогнутые корни, мощная межкорневая перегородка, аномальное расположение зуба в челюсти), неправильный подбор и/или использование щипцов и элеваторов и т.д. При переломе коронковой части зуба его удаление необходимо завершить при помощи элеватора. При переломе корня зуба оставлять его верхушку в лунке недопустимо, так как это приведется к развитию воспаления. При невозможности удалить верхушку зуба с помощью элеватора необходимо дополнительно использовать вращающиеся инструменты. В более сложных случаях можно прибегнуть к отслаиванию слизисто-надкостничного лоскута и удалению фрагмента зуба через дополнительное окно на вестибулярной поверхности альвеолярного гребня.

В практике стоматолога-хирурга встречаются ситуации, когда больной обращается за помощью после незавершенного удаления у другого хирурга. Если подобная ситуация возникла в первые 24 часа после первоначального вмешательства, то удаление можно завершить в день

обращения. Если больной обратился за помощью через 2-3 дня, то повторное вмешательство рекомендуется проводить через 7-10 дней, после стирания реактивных воспалительных явлений. На это время больному назначают профилактический или лечебный курс противовоспалительной, антибактериальной терапии, в зависимости от выраженности воспалительных явлений.

Травма соседнего зуба (перелом коронки/корня, вывих.) Данное осложнение чаще всего происходит при грубом и неумелом использовании щипцов или элеватора. Отлом части или всей коронки встречается у рядом стоящих зубов с обширным кариозным процессом или большой реставрацией. Также при быстром извлечении удаляемого зуба из лунки, может произойти травма зубов на противоположной стороне щечками щипцов. Лечение подобных осложнений будет зависеть от степени нанесенного повреждения.

Вывих соседнего зуба чаще происходит тогда, когда во время попытки удаления при помощи элеватора в качестве точки опоры используется не стенка альвеолы, а соседний зуб. Если произошло вывихивание соседнего зуба необходимо установить его на место и зашинировать к соседним зубам при помощи стекловолоконной или ортодонтической проволоки на срок 4-6 недель. Также зуб на 6-8 недель выводится из окклюзии. При полном вывихе зуба в первые 2 недели необходимо дополнительно провести эндодонтическое лечение.

Травма зуба-антагониста возможна при быстром извлечен удаляемого зуба из лунки, когда щечки щипцов ударяются о коронковую часть зубов на противоположной челюсти, что может привести к откалыванию кусочка эмали или разрушению всей коронки (при тонких ее стенках и массивной пломбе). Лечение данного осложнения будет зависеть от степени повреждения зуба-антагониста.

Повреждения мягких тканей является распространенным осложнением и чаще это происходит из-за неуверенной или агрессивной работы инструментами (напр. соскальзывание элеватора) во время удаления зубов. Чаще всего поражаются области щек, дна рта, неба и ретромолярной области. Достаточно распространенной является травма угла рта из-за длительной и чрезмерной работы инструментами при удалении дистальной группы зубов. Кроме того, травма мягких тканей может возникнуть при не аккуратной работе вращающимися инструментами.

Другой вид травмы, которая может возникать - это разрыв мягких тканей при удалении зуба. Такой вид осложнения может быть следствием недостаточно проведенной сепарации круговой связки, или если зуб удален с частью альвеолярной костной ткани, к которой прикреплены мягкие ткани. Если хирург заметил лентообразный надрыв такого лоскута, он должен приостановить удаление зуба и отсепарировать слизистую оболочку для предотвращения ее дальнейшего отрыва. После завершения удаления надорванный фрагмент слизистой оболочки укладывают на место и фиксируют узловыми швами.

При небольших травмах в области щеки, языка или губ особого лечения не требуется. Раны самостоятельно эпителизируются в течение 5-7 суток. Для ускорения эпителизации раны и уменьшения дискомфорта пациента можно назначить аппликации кератопластческих лекарственных средств («Солкосерил дентальный», масло шиповника, пленка «Облекол» и др.). Когда травма обширная или имеется кровотечение необходимо наложить швы.

Отлом костной стенки, альвеолярного отростка/части челюсти. Данный вид осложнения

чаще всего возникает вследствие слишком агрессивной работы щипцами (особенно в вестибуло-оральном направлении) или некорректной работы элеваторами (траектория вывихивания, направленная вестибулярно). Чаще происходит отлом вестибулярной костной пластинки, так как она наиболее тонкая. Также отлом костной стенки возможен при неправильном наложении щипцов, с захватом стенок лунки, при этом происходит отрыв небольшого участка кости. Кроме того, встречаются случаи анкилоза зуба в альвеолярном отростке, вследствие чего часть кортикальной пластинки также может быть удалена вместе с зубом, несмотря на аккуратную работу хирурга. Перелом альвеолярного отростка чаще всего возникает во время удаления клыков, особенно если костная пластинка ослаблена из-за удаления рядом стоящего зуба (латерального резца или первого премоляра).

Необходимо понимать, что отлом кортикальной пластинки может значительно усугубить состояние костной ткани для последующего протезирования, поэтому все усилия стоматолога должны быть направлены на сохранение анатомических параметров лунки удаляемого зуба. Для предупреждения такого осложнения важно соблюдать правила удаления зуба, и если при вывихивающих движениях щипцами обнаруживается подвижность всего зубочелюстного сегмента, необходимо прервать удаление щипцами и приступить к фрагментации корней вращающимися инструментами и аккуратному удалению зуба при помощи элеваторов.

Принятие решения в случае отлома фрагмента костной стенки или альвеолярного отростка зависит от степени подвижности костной стенки. Если костный фрагмент значительно подвижен, то его удаляют при помощи пинцета, а острые края оставшейся костной ткани, сглаживают и накладывают сближающие швы. Если костный фрагмент имеет незначительную подвижность, то его можно сохранить. В лунку зуба плотно укладывается гемостатическая губка, которая будет обеспечивать механическую стабилизацию костной тени изнутри. Снаружи рана стабилизируется при помощи наложения сближающих швов на слизистую оболочку.

Отлом бугра верхней челюсти. Это осложнение чаще всего возникает при удалении верхнего третьего моляра (зуб мудрости). Такие анатомические

предпосылки как: выраженная пневматизация пазухи, расхождение корней третьего моляра, анкилоз или его неполное прорезывание (ретенция, полуретенция) в сочетании с агрессивной работой инструментами (щипцы, элеватор) может привести к отлому вестибулярного, дистального фрагмента костной стенки, окружающей анкилозированный зуб либо к отлому всего бугра верхней челюсти.

При отломе, когда происходит перелом, и переломный сегмент не был отражен от надкостницы, он перемещается и слизистая оболочка ушивается. В этом случае запланированное удаление зуба откладывается, если возможно, приблизительно на 1,5–2 месяца, после чего перелом заживет, и удаление может быть выполнено хирургическим методом. Если сегмент кости полностью отражен от тканей и происходит ороантральное сообщение, сначала удаляют зуб, а затем сглаживают кость и плотно ушивают рану. Затем назначают антибиотики широкого спектра действия и назальные противоотечные средства.

Перелом нижней челюсти. Осложнение достаточно редкое, но тяжелое. Возникает вследствие грубой работы элеватором при удалении моляров на нижней челюсти (как правило, третьих моляров) или использовании в работе агрессивных инструментов (долото, молоток). Перелом также может произойти во время удаления ретенированного зуба с выраженной дистопией по вертикали (глубокое залегание). В подобных случаях базальный край нижней челюсти остается очень тонким, что может вызвать его перелом даже при незначительных усилиях в работе инструментами. Другим предрасполагающим фактором может быть истонченная нижняя челюсть у пожилых людей и у пациентов с выраженными патологическими процессами (кисты, опухоли и др.) в области тела и угла челюсти может быть предрасполагающим фактором для данного осложнения. Предположить возникновение перелома во время удаления зуба можно по внезапно боли в челюсти, которую отмечает пациент, хрусту челюсти, появлению подвижности фрагментов челюсти. Рентгенологическое исследование (ортопантомограмма, боковая рентгенограмма тела нижней челюсти, обзорная рентгенограмма костей лицевого скелета, компьютерная томограмма) позволяют уточнить диагноз. При отсутствии смещения отломков не всегда удается обнаружить перелом нижней

челюсти сразу в момент удаления зуба, а лишь спустя некоторое время. Как правило, через несколько дней у больного нарастает припухлость, затрудняется открывание рта, может нарушиться чувствительность и смыкание зубов, что вынуждает его вновь обратиться к врачу. Часто эти явления врач связывает с возможным развитием воспалительного процесса в лунке удаленного зуба. Только после тщательного клинического обследования и рентгенографии удается установить перелом.

Если перелом челюсти был зафиксирован во время вмешательства, то обязательным является завершение удаления зуба, чтобы избежать в дальнейшем распространения инфекции вдоль инфицированного корня. Далее при лечении переломов применяются общеизвестные методы репозиции и иммобилизации обломков назубными шинами или методом остеосинтеза, проводится противовоспалительное и общеукрепляющее лечение.

Отлом инструмента в тканях (элеватор, бор).

Поломка элеватора в тканях чаще всего является результатом чрезмерной силы во время удаления зуба. Предрасполагающим фактором может являться износ инструмента, в особенности при нарушениях режима его обработки и стерилизации. Кроме того, во время вмешательства может произойти отлом иглы при проведении анестезии или бора/фрезы при фрагментации зуба.

Во всех этих случаях можно проводить удаление инородного тела только при его четкой визуализации. Если инородное тело не визуализируется, то его удаление показано только в условиях специализированно стационара после точной рентгенографической локализации.

Вывих височно-нижнечелюстного сустава. Вывих височно-нижнечелюстного сустава происходит при чрезмерном открывании рта во время удаления зуба. Может случиться передний односторонний или двухсторонний вывих. При одностороннем вывихе возникает типичное смещение нижней челюсти вперед и в здоровую сторону, при двухстороннем - вперед в и отсутствие смыкания (пациент не может закрыть рот). Чаще это происходит при привычном вывихе.

Чтобы избежать подобного осложнения, нижняя челюсть должна быть надежно фиксирована во время удаления. Также необходимо ограничить

чрезмерное открывание рта, особенно у тех пациентов, у кого в анамнезе присутствует диагноз «привычный вывих височно-нижнечелюстного сустава». Вправление вывиха можно производить различными способами. Наиболее известный, называемый методом Гиппократа, заключается в следующем: больного усаживают в опущенное до упора кресло или на низкий стул, голова пациента прочно фиксируется в подголовнике или удерживается ассистентом. Врач располагается спереди от пациента, при этом нижняя челюсть располагается на уровне локтевого сустава хирурга. Обернутые полотенцем большие пальцы рук врач помещает на окклюзионную поверхность моляров нижней челюсти с обеих сторон и остальными пальцами обхватывает тело нижней челюсти. Далее, движением вниз и вперед хирург смещает нижнюю челюсть. Суставные головки, обогнув суставные бугорки, входят в суставные ямки, при этом слышен характерный щелчок. После репозиции челюсти необходима ее иммобилизация на срок 10-15 суток, ограничение открывания рта, щадящий режим питания.

Когда вывих является привычным, нижняя челюсть часто самопроизвольно возвращается в исходное положение. Нередко больные сами предупреждают врача о привычном вывихе челюсти, и от врача требуется осторожность при удалении зуба.

Подкожная или подслизистая эмфизема. Это осложнение может возникнуть в результате попадания воздуха в рыхлую соединительную ткань. Чаще всего это происходит при использовании в хирургическом вмешательстве пневматического ротора (турбинный наконечник) для удаления костной ткани или для фрагментации зуба. Предрасполагающим фактором является отслоение слизисто-надкостничного лоскута, при которой обеспечивается практически беспрепятственный проход воздуха в клетчаточные пространства. В условиях отслоенного слизисто-надкостничного лоскута. Даже проведение сепарации круговой связки зуба с последующим использованием турбинного наконечника для фрагментации зуба повышает риск возникновения эмфиземы. Клинически определяется припухлость соответствующей области с характерным потрескивающим звуком во время пальпации (крепитация).

Конкретного лечения эмфиземы не существует. Обычно она

самопроизвольно разрешается через 2-4 дня. При обширной эмфиземе рекомендуется назначить профилактический курс антибиотиков. В качестве профилактики развития эмфиземы рекомендуется отдавать предпочтение при работе в открытой ране наконечников с электромеханическим приводом или специализированных хирургических аппаратов (физиодиспенсер, пьезохирургический нож).

Лункочковое кровотечение. Луночковое может возникнуть во время операции удаления зуба (первичное), сразу после удаления; через несколько часов, сутки и более (вторичное). Причины кровотечения могут быть местного характера и общие. Местные причины: травма мягких тканей, стенок лунки, межкорневой перегородки, повреждение альвеолярных ветвей на дне лунки. Кровотечение также может быть обусловлено острым воспалением в окружающих зуб тканях, вследствие расширения кровеносных сосудов. Раннее вторичное кровотечение возникает через 1-2 часа после вмешательства и обусловлено, как правило, прекращением действия вазоконстриктора. Позднее луночковое кровотечение возникает через несколько дней и, как правило, является следствием развития воспалительного процесса в лунке зуба и расплавленным кровяного сгустка. Неправильное поведение больного - полоскание полости рта в первые сутки после операции, прием горячей пищи и спиртных напитков, посещение бань/саун и тд. также может спровоцировать луночковое кровотечение. К общим причинам кровотечения относят гипертоническую болезнь, нарушение свертывающей системы крови (гемофилия и тд.), сосудистую патологию (геморрагические диатезы), заболевания печени и других паренхиматозных органов, сахарный диабет, инфекционные заболевания, сосудистые опухоли, некоторые физиологические состояния (менструация), прием антикоагулянтов (тромбоас и др.). Тщательно собранный анамнез перед операцией позволяет выявить факторы риска, провести профилактические мероприятия и избежать осложнений, в частности, кровотечения у пациентов с вышеперечисленными заболеваниями.

Послеоперационное кровотечение у здоровых пациентов как правило бывает результатом травматичности самой манипуляции, плохого гемостаза раны из-за недостаточной компрессии или недостаточного удаления

воспалительной грануляционной ткани из области лунки.

Местные способы остановки кровотечения зависят от причин его вызвавших. Основными средствами остановки кровотечения являются компрессия, наложение швов, электрокоагуляция и использование различных гемостатических агентов.

Компрессия направлена на то, чтобы вызвать сужение сосудов и уменьшить проницаемость капилляров. Достигается это путем наложения марлевой салфетки над местом кровотечения под давлением. Обычно достаточно слегка накусить марлевую салфетку в течение 10–20 минут над послеоперационной лункой. Дополнительно для периферической вазонстрикции можно применить холодный компресс на кожные покровы в проекции зоны вмешательства. Если кровотечение не прекращается в течение вышеупомянутого времени, то необходимо использовать другие методы остановки кровотечения.

Кровотечение из костных перегородок или стенок лунки можно купировать путем сдавления (сжатия) кости, окружающей сосуд, чтобы препятствовать кровотоку. Это может быть достигнуто при помощи зажима или небольшого тупого инструмента. Также иногда используется стерильный костный воск, которым запаковывают кровоточащий сосуд. В редких случаях, когда не удается добиться гемостаза вышеперечисленными методами лунку зуба плотно тампонируют полоской иодоформной марли, которая также обладает антисептическими свойствами. Эта марля может оставаться внутри лунки, в зависимости от случая, в течение от 10 минут до 7 дней, после чего ее удаляют.

Наложение швов. По современным представлениям любое плановое удаление зуба должно сопровождаться наложением швов. Делается это с целью стабилизации и удержания кровяного сгустка в ране для последующего благоприятного заживления. В случае кровотечения наложение швов на лунку также вызывает механическую обтурацию сосудов в слизистой оболочке, тем самым обеспечивая остановку кровотечения. Этот метод особенно эффективен при кровотечениях, вызванных травмой слизистой оболочки во время удаления. Данный метод также эффективен в сочетании с местными гемостатическими

средствами.

Электрокоагуляция и лазерная коагуляция основана на применении токов высокой частоты, приводящих к коагуляции и некрозу сосудистой стенки в месте контакта с наконечником прибора и образованию тромба. Лазерная коагуляция основана на тех же принципах (создание локального коагуляционного некроза), что и электрическая, но позволяет более дозированно и мягко останавливать кровотечение.

Гемостатические материалы и препараты. В настоящее время существует множество гемостатических средств: гемостатические и фибриновые губки, кровеостаналивающие марли, статин-порошок, эпсилон-аминокапроновая кислота и др. Эти материалы используются местно для остановки капиллярного кровотечения. В случае относительно небольшого кровотечения, которое сохраняется, несмотря на местную компрессию при помощи марлевого тампона, внутри альвеолы помещается рассасывающаяся гемостатическая губка и накладываются сближающие крестообразные швы.

При отсутствии эффекта от местных мероприятий по остановке луночкового кровотечения применяют гемостатические препараты общего действия. Наиболее известный препарат дицинон (этамзилат), который можно использовать как в таблетированной форме, так и в виде инъекций. В таблетированной форме рекомендуется принимать 1-2 таблетки каждые 4-6 часов в первые 1-2 суток. При внутримышечной инъекции 2 мл (250 мг) дицинона раствора позволяет добиться эффекта уже через 5-15 мин. При длительном кровотечении у больного может наступить слабость, головокружение, бледность кожных покровов, снижается артериальное давление. Наличие этих симптомов является показанием к госпитализации больного и проведения инфузионной терапии.

Проталкивание корня или его фрагмента в мягкие ткани. Это осложнение может возникнуть, если в результате патологического процесса произошло рассасывание вестибулярной или язычной стенки лунки или она разрушилась в результате грубой работы инструментами во время проведения удаления. В этом случае корень или верхушка корня могут легко сместиться во время вывиха в мягкие ткани щеки, дна полости рта или под оболочку верхнечелюстной пазухи.

Удаление верхушки корня, особенно из тканей щеки, не представляет особой сложности, если известно его точное расположение. Локализация определяется при помощи тщательной пальпации области, предположительно содержащей смещенный фрагмент зуба. При смещении фрагмента зуба под слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи обнаружить точную локализацию фрагмента можно только после проведения компьютерной томографии. Удаление такого фрагмента производится через дополнительное окно в передней стенке верхнечелюстной пазухи в проекции локализации остатка зуба. Наиболее серьезным осложнением является проталкивание фрагмента зуба в мягкие ткани дна полости рта. Если визуально обнаружить фрагмент не удается, то больного необходимо направить в челюстно-лицевой стационар, где ему окажут соответствующую помощь. Во всех подобных случаях рекомендуется назначение пациенту профилактического курса антибиотиков в связи с потенциальной угрозой развития бактериального воспаления в зоне контакта инфицированного фрагмента зуба с окружающим тканями.

Перфорация верхнечелюстной пазухи. Это осложнение чаще может возникнуть во время удаления моляров, реже премоляров верхней челюсти. Особенно у пациентов, имеющих пневматический тип строения верхнечелюстной пазухи, который обуславливает очень близкое расположение верхушек корней зубов и дна пазухи. Толщина кортикальной пластинки, отграничивающей верхушку зуба от слизистой верхнечелюстной пазухи может составлять всего 0,2-1 мм. Превалирование пневматического типа строения пазухи над склеротическим объяснятся многочисленными сообщениями о существенных изменениях в экологии: перенасыщение воздушной среды вредными примесями приводит к увеличению нагрузки по очистке вдыхаемого воздуха на слизистую оболочку полости носа и придаточных пазух. Это в конечном счете отражается на увеличении объема верхнечелюстных пазух. Образование перфорации верхнечелюстной пазухи, как правило, происходит по двум причинам: 1) агрессивная работа хирурга (чаще всего перфорация происходит при работе элеватором или при проведении кюретажа лунки, при этом неадекватное, неконтролируемое применение силы может привести к разрушению тонкого костного дна пазухи); 2) разрушение тонкого костного дна

пазухи вследствие хронического воспалительного процесса в зубе.

Удаление такого зуба непременно сопровождается образованием перфорации даже при аккуратной работе хирурга. Диагностировать перфорацию можно несколькими способами: при кюретаже лунки инструмент проваливается в глубину; положительная носо-ротовая проба (больной выдыхает воздух, зажав нос, при этом в лунке появляются пузырьки воздуха или воздух выходит через лунку зуба с характерным свистом); положительная рото-носовая (больной не может надуть щеки, так как воздух выходит через лунку зуба в полость пазухи); при гнойном воспалении в пазухе из лунки выделяется соответствующий экссудат. Возникновение перфорации является предрасполагающим фактором для инфицирования пазухи и развития воспаления, поэтому выжидательная тактика врача не желательна. Необходимо предпринять меры для устранения перфорации верхнечелюстной пазухи.

Понятия перфорация и свищ необходимо дифференцировать. Перфорация дна пазухи предполагает наличие свежей раны, которая может преобразоваться в свищевой ход через 3-5 недель или произойдет ее самостоятельная ликвидация по мере заживления лунки, если не предпринимать мер по ее устранению.

Тактика врача в случае перфорации зависит от ее размера, времени ее обнаружения и состояния верхнечелюстной пазухи. При отсутствии воспалительных явлений в пазухе (на основании анамнеза и выделений из лунки, а также данных рентгенологического обследования) показано сохранение образовавшегося в лунке кровяного сгустка путем использования йодоформного тампона. Тампон накладывают на устье лунки и фиксируют к соседним зубам лигатурной проволокой или швами к окружающей слизистой оболочке. Нельзя тампонировать лунку на всю глубину, так как не будет возможности образования кровяного сгустка, а образовавшийся ранее сгусток может быть разрушен, что может быть причиной формирования свищевого хода. Эффективным является использование гранул коллапана (1-3) или его аналогов при перфорации малого диаметра, помещенные в глубину лунки, они связываются кровяным сгустком и обеспечивают заживление.

При наличии условий и возможностей особенно при широкой и короткой

лунке, когда есть опасность не образования или разрушения кровяного сгустка, можно использовать хирургический метод закрытия перфорации. Он заключается в выкраивании трапециевидного слизисто-надкостничного лоскута с вестибулярной поверхности альвеолярного отростка через край лунки удаленного зуба, который отслаивают, сглаживают фрезой острые края лунки, проводят ее ревизию, промывают лунку и пазуху антисептиками. Далее освежают края лоскута и раны со стороны неба, мобилизуют лоскут, рассекая надкостницу горизонтальным разрезом у основания лоскута (в глубине раны). Растяжимая слизистая оболочка позволяет перекрыть лоскутом лунку. Следующий этап операции - фиксация лоскута швами к окружающей слизистой оболочке. Снаружи больному накладывают фиксирующую повязку на 2-3суток, это важно для обеспечения покоя перемещенному лоскуту и предупреждения расхождения швов. Назначают противовоспалительное лечение, сосудосуживающие капли в нос. Больной нуждается в освобождении от работы, в щадящем режиме поведения и питания в течение 6-7-и дней.

Ушивание при помощи языкообразного лоскута со стороны твердого неба лишено этих недостатков, однако технически представляется более сложной манипуляцией, которая требует высокой квалификации хирурга. Ушивание может проводиться как с использованием эпителиально—соединительнотканного лоскута, так и с использованием только соединительнотканного компонента. Геометрия обоих лоскутов включает в себя основание, которое обращено в сторону мягкого неба и свободный конец, который доходит, как правило, до клыка. Отсепарованный лоскут повертывается на дефект альвеолярного отростка и подшивается к вестибулярному краю, который необходимо предварительно освежить.

Не следует устранять перфорацию путем скусывания щипцами костных стенок лунки и сближения краев слизистой оболочки. Как правило, эти меры не дают ожидаемого результата. Бесполезной оказывается попытка устранения перфорации или свища, если корень соседнего зуба обнажен, не имеет межкорневой перегородки (разрушенной во время удаления или в результате воспалительного процесса). Этот корень становится постоянным дренажем, и будет поддерживать сообщение полости рта с верхнечелюстной пазухой даже в

случае удачного приживления лоскута. Такой зуб подлежит удалению. Однако, использование остеопластических материалов для закрытия обнаженного корня в процессе оперативного лечения, дают шанс сохранения зуба.

При наличии у пациента синусита и гнойных выделений из пазухи через лунку удаленного зуба возможно промывание пазухи через перфорационное отверстие антисептическими растворами для освобождения от гнойного экссудата. Дальнейшее тщательное клиническое и рентгенологическое обследование позволяет уточнить диагноз и провести рациональное лечение амбулаторно или в станционере.

Осложнением хирургического метода устранения перфорации может быть расхождение краев раны из-за несостоятельности швов, чрезмерного натяжения лоскута, неправильного поведения больного (чихал, сморкался, принимал грубую пищу). В таком случае не следует предпринимать попытки наложения вторичных швов. Необходимо выждать 2-3 месяца, во время которых восстановится трофика тканей в послеоперационной области, и только после этого можно надеяться на успешный исход операции пластики свища. У некоторых больных за этот период перфорация заживает вторичным натяжением без дополнительного хирургического вмешательства.

Не следует закрывать перфорацию тампоном или лоскутом при проникновении корня в пазуху, а так же при гнойном синусите.

Проталкивание корня или его фрагмента в верхнечелюстную пазуху. Нахождение инфицированного корня зуба в пазухе неминуемо ведет к развитию воспаления - синусита. Если во время удаления зуба произошло проталкивание его фрагмента в полость пазухи, не следует пытаться удалить его через лунку, так как костный дефект дна пазухи при этом вмешательстве увеличивается и условия закрытия его ухудшаются. Для определения локализации фрагмента недостаточно проведения прицельной рентгенографии и даже ортопантомографии. Оба снимка могут показать локализацию фрагмента только в одной проекции, не давая при этом точной информации. Оптимальной для этой цели является компьютерная томография, которая позволяет выявить расположение фрагмента зуба во всех плоскостях, состояние верхнечелюстной пазухи и естественного соустья. Если возможности проведения подобного

исследования нет, то больного рекомендуется направить в специализированное стоматологическое учреждение, где ему проведут соответствующую диагностику и лечение.

Удаление зуба или корня из верхнечелюстной пазухи чаще выполняется через трепанационное отверстие в передней стенке пазухи. Одновременно с этим выполняется пластическое закрытие перфорационного отверстия в лунке зуба ранее описанным методом.

Травма нижнечелюстного нерва. Травма нерва, особенно разрыв крупных нервных ветвей, является одним из наиболее серьезных осложнений, которые могут возникнуть при хирургических операциях на полости рта. Наиболее распространенными являются повреждения нижнечелюстного, подбородочного и язычного нервов. Травма нерва может привести к чувствительным нарушениям: анестезия или гиперестезия (потеря или уменьшение, чувствительности), парестезия (субъективное ощущение жжения, покалывания, онемения), дизестезия (ненормальное ощущение раздражителя, например ощущение жжения при простом прикосновении), что приводит к различным жалобам со стороны пациента, таким как ощущение жжения, покалывание, прикусывание языка и губы, затруднение жевание и т. д.

Травма нижнечелюстного, ментального и язычного нервов возникает в результате сложного, травматичного удаления зубов на нижней челюсти. При удалении третьих моляров нижней челюсти при их ретенция и дистопии может быть поврежден нижнечелюстной нерв, при удалении премоляров - ментальный нерв, при агрессивной работе с язычной поверхности в области моляров нижней челюсти - язычный нерв. Прогноз для восстановления поврежденного нерва зависит от типа повреждения, возраста пациента, правильного лечения случая и времени, которое прошло от получения травмы до назначенного лечения.

Лечение комплексное: нестероидные противовоспалительные препараты (индометацин, метиндол, диклофинак, кетанал и др.), курсом на 10 дней; ненаркотические анальгетики в сочетании с седативными препаратами, витамины группы «В» (мильгама, нейромультивит и т.п.); физиотерапевтические процедуры (переменные токи, электрофорез с новокаином, лидазой); эффективной является рефлексотерапия, ЧЭНС -

чрезкожная электронейростимуляция. Возможно проведение блокад по типу проводниковой или инфильтрационной анестезии местными анестетиками низкой концентрации.

Значительно реже возникает неврит как осложнение удаления зубов на верхней челюсти. При этом чаще возникает более отдаленное осложнение - дентальная плексалгия. Соотношение по частоте - 2:1 (что, вероятно, обусловлено отсутствием у 50 % людей нижнего зубного сплетения). Болевой синдром, нередко с переходом на противоположную сторону носит неинтенсивный характер, сопровождается ощущением жжения в зубах и деснах. У некоторых больных отмечается уменьшение боли во время приема пиши и усиление под влиянием эмоций, неблагоприятных метеорологических факторов и переохлаждения. Боли могут сопровождаться вегетативными нарушениями. Рентгенологически выявить какую-либо костную патологию в зоне локализации боли не удается. Лечение дентальной плексалгии проводится по схеме лечения неврита (невропатии).

Воспаление лунки – альвеолит развивающееся как осложнение после удаления зуба. Альвеолит является одним из наиболее распространенных и часто встречающихся осложнений после операции удаления зуба. По данным ряда исследователей, послеоперационный альвеолит (локальный остеит) развивается в 2-3% случаев после простого удаления зубов и в 20% после экстракции атипично расположенных зубов. По международной классификации болезней в понятие альвеолит (К.10.32) включены - *сухая лунка* и *альвеолярный остеит*.

Термин *«сухая лунка»* используется в случае, когда альвеолит развился на фоне первоначального отсутствия сгустка крови после удаления зуба. Что касается этиологии сухой лунки, то существуют различные факторы, которые могут приводить к данному состоянию: плотная и склеротическую кость, окружающая зуб; травматичное удаление зуба, перегрев альвеолы зуба вращающими инструментами, длительное удаление, действие вазоконстрикторов и тд.

Альвеолярный остеит это форма альвеолита, которая развивается при распаде имеющегося кровяного сгустка. Предрасполагающие к этому

состоянию факторы: хирургическая травма, длительность операции, инфицирование сгустка, возраст пациента и наличие общесоматических заболеваний, курение и др.

Клинически альвеолит (сухая лунка и альвеолярный остеит) проявляется через 1–3 дня после удаления зуба и может продолжаться в течение 7-10 суток. В течение этого периода при отсутствии сгустка (суха лунка) или его распаде (альвеолярный остеит) происходит некроз поверхности костной альвеолы. При этом пациенты отмечают боль в лунке, неприятный запах изо рта, коллатеральный отек слизистой оболочки и окружающих мягких тканей, температура тела может повыситься до субфебрильной. При осмотре в лунке можно обнаружить серый распавшийся сгусток (альвеолярный остеит) или его отсутствие (сухая лунка), окружающую отечную гиперемированную десну, пальпация которой болезненна, может быть реакция со стороны регионарных лимфатических узлов. Повышение температуры тела встречается редко. Болевой синдром может быть очень выраженным, плохо купируется анальгетиками, что приводит к потере сна и влияет на качество жизни пациента.

При дальнейшем развитии воспалительного процесса боль усиливается, становится постоянной, иррадиирует в ухо, висок, шею, соответствующую половину головы. Ухудшается общее состояние пациента, появляются недомогание, субфебрильная температура тела. Прием пищи из-за боли затруднен. Стенки лунки покрываются серым налётом с неприятным гнилостным запахом. Слизистая оболочка вокруг альвеолы гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Появляется болезненность при пальпации по переходной складке, отечность мягких тканей соответствующей половины лица. При отсутствии адекватного лечения или самолечении могут развиться такие осложнения, как периостит и остеомиелит челюсти, абсцесс окружающих мягких тканей, лимфаденит.

Лечение. После удаления зуба, если в лунке не образовался кровяной сгусток повторный кюретаж не всегда способствует появлению полноценного сгустка. В таких случаях необходимо предупредить попадание в пустую лунку слюны и содержимого полости рта. С этой целью устье лунки прикрывают йодоформным тампоном или альвожилом. Причина возникновения сухой лунки

часто связана с проявлением местного действия вазоконстриктора, поэтому после окончания действия препарата в лунке образуется кровяной сгусток и заживление происходит путем его организации непосредственно под турундой. Удалять тампон не следует (чтобы не разрушить сгусток) до тех пор, пока она сама не отторгнется (что обычно происходит через 5-6 дней).

Лечение альвеолита в результате инфицирования и распада кровяного сгустка в лунке комплексное. В первую очередь необходимо ликвидировать острые воспалительные явления. На первом этапе под местной анестезией проводят эвакуацию распада из лунки, для этого коретажной ложкой осторожно удаляют содержимое лунки и промывают ее раствором антисептика (хлоргексидин, мирамистин и т.п.). Иногда врачи проводят активный кюретаж лунки, намереваясь вызвать образование кровяного сгустка, что является ошибочным и ведет к распространению инфекции в кость и развитию луночкового остеомиелита. После антисептической обработки можно провести ультрафиолетовое или лазерное облучение. Далее в лунке оставляют лекарственное средство, прикрытое йодоформным тампоном (трихопол, левомеколь, неоконус и т.п). Наиболее эффективным зарекомендовал себя альвожил, обладающий выраженным противовоспалительным действием, стимулирующим процессы регенерации, ускоряя время заживления лунки. В зависимости от состояния организма больному назначают противовоспалительное лечение, включающее антибиотики. Местные воздействия на лунку проводят ежедневно или через день. Обычно явления альвеолита купируются через 7-10 дней, через 2 недели лунка заполняется грануляционной тканью, начинается ее эпителизация. Если боль и воспалительные явления не прекращаются в указанные сроки, то это свидетельствует о развитии более тяжелого воспаления - ограниченного остеомиелита лунки зуба.

*Ограниченный остеомиелит лунки зуба***.** Для данного заболевания характерны более выраженные признаки воспаления, чем при альвеолите. В лунке удаленного зуба возникает острая пульсирующая боль, боль в соседних зубах. Появляется слабость, головная боль, озноб. Со стороны полости рта определяется отсутствие кровяного сгустка в лунке зуба, ее дно и стенки

покрыты грязно-серой массой со зловонным запахом. Окружающая слизистая оболочка гиперемирована не только с вестибулярной, но и с язычной поверхности. Острый период длится до 10 суток, затем острые явления стихают, через 12-15 суток в лунке зуба можно обнаружить рыхлые патологические грануляции, из-под которых выделяется гной. На рентгенограмме контуры внутренней компактной пластинки альвеолы нечеткие размытые, выражены остеопороз и деструкция кости у альвеолярного края. Через 2-4 недели от начала острого воспаления можно обнаружить секвестры.

Лечение. В остром периоде лечение будет заключаться в удалении из лунки разложившегося сгустка и антисептической обработке раны. Активный кюретаж противопоказан. При выраженных периостальных явлениях показано рассечение слизистой оболочки и надкостницы на уровне лунки до кости с дренированием раны. Назначают антибиотики, антигистаминные и общеукрепляющие препараты.

В хронической стадии проводит ревизию лунки, при этом удаляют грануляции и свободно лежащие секвестры, в сочетании с медикаментозным и физиотерапевтическим лечением.

Острые края альвеолы. Острые края альвеолы (экзостозы) чаще образуются после травматичного удаления, а также удаления одиночно стоящего зуба, при выраженной атрофии альвеолярного отростка. Они располагаются под слизистой оболочкой могут вызывать болевые ощущения у пациента, которые усиливаются во время приема пищи и при дотрагивании до десны. При этом воспалительные явления в лунке зуба отсутствуют, что позволяет отличить данное заболевание от альвеолита. Лечение заключается в проведении операции альвеолэктомии. Под местной анестезией выкраивают трапециевидный слизисто-надкостничный лоскут через вершину альвеолярного гребня. После отслаивания лоскута обнажают острые края лунки и сглаживают их фрезой. Лоскут укладывают на прежнее место и фиксируют узловыми швами.

Обнажение участка альвеолы. Обнажение участка альвеолярного отростка, не покрытого слизистой оболочкой участка кости в полости рта возникает в результате травмы слизистой оболочки во время удаления зуба и сопровождается, как правило, самопроизвольной болью и болью при приеме

пищи. Лечение заключается в сглаживании этого участка фрезой до уровня мягких тканей, если позволяют условия, закрывают слизисто-надкостничным лоскутом. При отсутствии такой возможности пациенту можно рекомендовать местные аппликации (ретинол, масло шиповника, солкосерил дентальный) для ускорения эпителизации.

50.Описать процесс заживления лунки зуба

Лунка зуба, как и любая другая рана, связанная с потерей ткани, заживает вторичным натяжением. Существует четко упорядоченная последовательность биологических событий, которая восстанавливает непрерывность альвеолярной слизистой оболочки и костной ткани после удаления. В норме, кровотечение в лунке прекращается в течение 3-7 минут, в результате чего образуется кровяной сгусток, который фиксируется к стенкам лунки за счет нитей фибрина. В первые часы после формирования кровяного сгустка происходит ретракция кровяного сгустка (уменьшение его размеров), что в итоге вызывает коллапс мягких тканей в сторону лунки зуба. В первые 24 часа происходит стабилизация кровяного сгустка внутри лунки. Именно с этим связана рекомендация избегать активного полоскания на стороне удаления в первые сутки после операции. Действуя как физическая матрица, сгусток крови направляет движение клеток, в том числе мезенхимальных и различных факторов роста. В первую очередь начинают работать нейтрофилы и макрофаги, которые уничтожают бактерии и нежизнеспособные фрагменты тканей, очищая рану. Параллельно они высвобождают факторы роста и цитокины, которые стимулируют и усиливают миграцию мезенхимальных клеток и их синтетическую активность в сгустке крови. На 3-4 сутки сгусток крови постепенно разрушается (фибринолиз), а пролиферация мезенхимальных клеток приводит к постепенному замещению коагулята грануляционной тканью, которая полностью замещает сгусток к 7-8 суткам. Этот процесс имеет направление со стороны костно-мозговых пространств дна и боковых стенок лунки к центру лунки. К концу 1 недели образуется сосудистая сеть, а ко 2 неделе маргинальная часть лунки зуба покрывается молодой соединительной тканью, богатой сосудами и воспалительными клетками. К 4 неделе большая часть альвеолы заполняется соединительной тканью, в то время как края лунки эпителизируются. В течение

следующих 2 недель индуцированные мезенхимальные клетки и клетки, предшественники остеобластов из остаточной периодонтальной связки начинают производить остеоид. Параллельно с этим происходит отстеокластическое рассасывание компактного слоя лунки зуба. Это приводит к образованию молодой неминерализованной костной ткани. Спустя 30-40 дней после удаления зубов большая часть лунки заполняется остеоидной тканью. Через 2-3 месяца почти вся лунка заполняется молодой костной тканью, которая постепенно созревает: уменьшаются костномозговые пространства, упрощаются и кальцифицируются костные балки. На 4-5 месяце после удаления зуба в верхней части лунки происходит образование компактного слоя, происходит интенсивная перестройка новообразованной костной ткани.

Более сложное и длительное заживление лунки зуба характерно при отсутствии кровяного сгустка. В таких случаях первая фаза заживления лунки зуба представляет собой остеокластическое разрушение и отторжение поверхностных слоев альвеолярной пластинки. На открытые костные участки, образовавшиеся после удаления зуба, организм реагирует агрессивно, пытаясь предотвратить остеомиелит и остеонекроз, так как открытая костная ткань не имеет механизма для борьбы с неизбежной бактериальной колонизацией. Следовательно, обнаженная костная ткань резорбируется под действием остеокластических процессов и, в конечном итоге, отслаивается, оставляя подлежащую поверхность соединительной ткани, которую можно защитить от бактериальной инвазии При этом грануляционная ткань будет образовываться со дна и стенок лунки зуба, постепенно смещаясь к центру и коронарно. При таком типе заживления начало регенерации и эпителизации раны задерживается, что сказывается на общих сроках заживления лунки.

Первоначальный размер лунки зуба влияет на скорость заживления: чем больше объем лунки зуба, тем больше времени потребуется для восстановления костной ткани. Высота и ширина лунки зуба всегда претерпевают изменения размеров после удаления зуба. При этом важно понимать, что костная ткань не регенерирует выше горизонтального уровня гребня альвеолы, то есть ее высота не может увеличиться после заживления. С другой стороны, после заживления лунки зуба практически всегда наблюдается смещение вестибулярного контура

лунки в оральную сторону по сравнению с исходным положением и с боковой стороны гребень часто образует вогнутость. Эта особенность заживления связана с более тонкой вестибулярной кортикальной пластинкой лунки зуба и чем больше повреждение ветибулярной стенки (вследствие травмы или болезни и т.д.), тем более выраженная деформация контура лунки будет происходить.