ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

ӘЛ-ФАРАБИ атындағы ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ

Медицина және денсаулық сақтау факультеті

Жоғары медицина мектебінің клиникалық пәндер кафедрасы

**Ж.И.РЫСБАЕВА, Г.Т.ДОСБЕРДИЕВА, К.Р.ДОСМАТОВА**

БАЛАЛАР ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯСЫ БОЙЫНШАСИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕР МЕН ТЕСТТІКТАПСЫРМАЛАР ЖИНАҒЫ

**(Оқуқұралы)**

АЛМАТЫ, 2022

УДК 616.31-089(075.8)

ББК 56.6 73

Р- 93

РЕЦЕНЗЕНТТЕР:

Мирзакулова У. Р.- С.Ж.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ хирургиялық стоматологиякафедрасының профессоры, медицина ғылымдарының докторы

Айтбаев Ж.Ж.- Әл-Фараби атындағы Қазақ Ұлттық университетінің доценті,медицина ғылымдарының кандидаты

R-93 Ж.И.Рысбаева, Г.Т.Досбердиева, К.Р.Досматова: Балалар хирургиялық стоматологиясы бойынша ситуациялық есептер мен тесттік тапсырмаларжинағы – Алматы. – 2023.- с.101

ISBN

Ситуациялық және тесттік есептер жинағы жоғары оқу орындарының «Стоматология» білім беру бағдарламасы бойынша оқитын студенттерге арналған балалар хирургиялық стоматологиясының пропедевтикасы бағдарламасына сәйкес құрастырылған. Олар дәрістер мен сауытырибелік сабақтардың негізгі тақырыптары бойынша құрастырылған және студенттердің білімін тәуелсіз бақылауға және сауытырибелік сабақтарда оқытушылардың олардың бастапқы білім деңгейін анықтауға арналған. Осы ситуациялық тапсырмаларды оқытудың интерактивті әдістеріне (TBL, SBL) қолдануға кеңес береміз. Оқу құралына: оқылатын пән бойынша 66 ситуациялық тапсырма және 57 тест тапсырмасы кіреді.

**МАЗМҰНЫ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ қ/с** | **Бөлімнің атауы** | **Беті** |
| 1 | Кіріспе | 4 |
| 2 | 1 Бөлім. Балалардағы жақ-бет аймағының морфофункционалды ерекшеліктері | 5 |
| 3 | 2 Бөлім. Хирургиялық стоматологиялық аурулары бар балаларды тексеру әдістері | 8 |
| 4 | 3 Бөлім. Балалардағы стоматологиялық араласу кезінде анестезияның әртүрлі әдістерін орындау ерекшеліктері және мүмкін болатын асқынулары | 12 |
| 5 | 4 Бөлім. Балалардағы уақытша және тұрақты тістерді жұлу операциясының ерекшеліктері. Мүмкін болатын асқынулар, олардың алдын-алу және емі | 22 |
| 6 | 5 Бөлім. Балалардағы жақ-бет аймағының қабыну ауруларының клиникалық ағымының, диагностикасының және оларды емдеудің ерекшеліктері | 29 |
| 7 | 6 Бөлім. Балалардағы жақ сүйектерінің одонтогенді кисталары | 35 |
| 8 | Ситуациялық есептердің жауабы | 40 |
| 9 | Тест тапсырмалары | 80 |
| 10 | Ұсынылған әдебиеттер | 96 |

**КІРІСПЕ**

Қазақстандағы денсаулық сақтауды дамытудың қазіргі кезеңінде республиканың бірқатар алдыңғы қатарлы жоғары оқу орындарының Болон процесіне қосылуы, жоғары медицина мектебінің мамандарын даярлауға қатаң талаптар қойылады. Бұл Қазақстанда медициналық білім беруді жетілдіру қажеттілігін және оны халықаралық оқыту стандарттарына сәйкес келтіруді негіздейді.

Жоғары кәсіптік білім берудің басымдығы студенттерді оқытуға құзыреттілік тәсіліне бағдарлау болып табылады. Бір ерекшелігі–белсенді формаларды қолдану арқылы оқыту. Белсенді оқыту–бұл студенттерді оқу материалын игеру процесінде белсенді ойлау және практикалық іс-әрекетке итермелейтін оқытудың жаңа формалары, әдістері мен құралдары. Мұндай әдістер жүйесін қолдану негізінен оқытушыныңдайын білімді ұсынуына, оларды есте сақтауға және көбейтуге емес, студенттердің белсенді ақыл-ой және сауытырибелік іс-әрекет процесінде білім мен дағдыларды өз бетінше игеруіне бағытталған деп болжанады. Осы мақсатта негізгі принциптердің бірі–адам ағзасының құрылымын зерттеудегі клиникалық бағыт, жақ-бет аймағының әртүрлі ауруларын диагностикалау және емдеу. Пәнді оқыту мен игерудегі бұл тәсіл балалар хирургиялық стоматологиясы туралы терең біліммен бірге клиникалық ойлауды қалыптастыруға ықпал етеді.

Бұл оқулық балалар мен жасөспірімдердегі жақ-бет аймағының морфофункционалды құрылымына, стоматологиялық араласудан бұрын балалардағы психоэмоционалды жағдайдың ерекшеліктеріне арналған ситуациялық тапсырмалар мен тест тапсырмаларынан тұрады. Сонымен, оқулықтың үлкен көлемін психоэмоционалды жағдайын ескере отырып, балалардағы стоматологиялық араласу кезінде анестезия әдісін таңдауға, седация және жалпы анестезия кезінде балаларға стоматологиялық көмек көрсету көрсеткіштері мен ерекшеліктеріне, жоғарғы және төменгі жақтардағы балалардағы стоматологиялық араласулар кезінде жергілікті анестезияның әртүрлі әдістерін қолдану ерекшеліктеріне байланысты және стоматологиялық клиника жағдайында балалардағы анестезияның мүмкін асқынуларының алдын-алу және емдеуге байланыстытақырыптардықамтиды. Сондай-ақ, негізгі бөлігін балалардағы уақытша және тұрақты тістерді жұлу операциясының ерекшеліктеріне, олардың көрсеткіштері мен қарсы көрсетілімдеріне, қолданылатын құралдарға, балалардағы тістерді жұлу операциясындағы мүмкін асқынуларға, олардың алдын-алу және емдеу шараларына арналған бөлім алады. "Стоматология"білім беру бағдарламасында балалар мен жасөспірімдердегі жақ-бет аймағының қабыну процестеріне қатысты тақырыптар бар, сондықтан нұсқаулықта клиникалық бағыттың ерекшеліктері, балалардағы жақ-бет аймағының қабыну ауруларын емдеу диагностикасы туралы сұрақтар көрсетілген.

**1 ТАРАУ. БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫНЫҢ МОРФОФУНКЦИОНАЛДЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**№1 ситуациялық есеп**

Анасы 6 жасар баласымен хирургиялық кабинетке төменгі жақ аймағында ісіну, әлсіздік, дене қызуының көтерілуі, тәбеттің жоғалуы туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезінде: анасының сөзінен үш күннен бері ауырады, бала тістерін емдеуге қорқады, бассейнде шомылу кезінде ісіну суықтауымен байланысты, аллергоанамнез ауырлатылмаған, ісінуден бір апта бұрын ЖРВИ-мен ауырған.

Объективті: баланың жалпы жағдайы ауыр.Төменгі оң жақ аймағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, ісіну аймағындағы тері ісінген, қатпарланбайды, жылтырайды.

Ауыз қуысында: 8.5 - шайнау бетіндегі терең тіс жегі қуысы тіс қуысымен байланысады, ауырмайды, тік перкуссия күрт ауырады, қызыл иектің іріңді ағуы, 8.5, 8.4 тістің патологиялық қозғалғыштығы,альвеолярлы өсіндінің "муфта тәрізді" қалыңдауы байқалады, тістің айналасындағы шырышты қабатқызарған, ісінген, өтпелі қатпар тегістелген, пальпация кезінде ауырады, "флюктуация" симптомы оң.

Панорамалық рентгенограммада тіс түбірлерінің бифуркация аймағында сүйек тінінің сиреуі, 8.5периодонтальды саңылау кеңейген, "жалын тілі" түрінде түбір аймағында сүйек тінінің деструкциясы, 4.5 тіс ұрығы түбірлерінің фолликуласының кортикальды пластинкасының олардың ұзындығының ½ - ге резорбциясы.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай?

2. Бұл клиникалық жағдайда қандай кеш асқыну мүмкін және неге?

3. Емханада баланы емдеу мүмкін бе және анестезияның қандай әдісін жүргізу керек?

**№2 ситуациялық есеп**

Ана 7 жасар баласымен хирургиялық кабинетке төменгі жақтың оң жағындағы ісіну, әлсіздік, дене қызуының көтерілуі, тәбеттің жоғалуы туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: анасының айтуы бойынша бала салмағы 3 500 кг дені сау болып туылған, аллергоанамнез ауырлатылмаған, жақында вирустық инфекциямен ауырған, соматикалық аурулар бойынша диспансерлік есепте тұрмайды.

Объективті: төменгі жақтың оң жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, ісіну үстіндегі терінің түсі өзгермеген, қатпарға жиналады.

Ауыз қуысында: 8.4 – шайнау-апроксимальды бетіндетіс қуысымен байланысқан тіс жегі қуысы, зондтау ауырмайды, тік перкуссия күрт ауырады. Тістің вестибулярлық бөлігіндегі өтпелі қатпар тегістелген, қызарған, ісінген, пальпация кезінде ауырады, «флюктуация» симптомы оң. Оң жақтағы төменгі жақ асты аймақта «бұршақтай» лимфа түйіні пальпацияланады, ауырмайды, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен айналасындағы тіндержабыспаған.

Тіс рентгенограммасында: 8.4 тістің дистальды түбірінің проекциясында сүйек тінінің «жалын тіл» түрінде бұзылуы байқалады, периодонтальды саңылау кеңейген, түбір бифуркациясы аймағында сиреген, медиальды түбірдің жартысы резорбцияланған. 4.4 тістің ұрығы патологиясыз. Дәрігер 8.4 тісті жұлып және өтпелі қатпар бойынша периостотомия жасады. Бірақ кесуден кейін көп қан кету пайда болды.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай?

2. Қан кетудің себебі неде?

3. Бұл қан кетудің емдік тактикасы қандай?

**№3 ситуациялық есеп**

Ата-ана емханаға 4 жастағы баламен төменгі жақ астында оң жақ аймақта шағын түзілімнің бар екеніне шағымданып жүгінді.

Анамнезде: ананың айтуынша, бұл түзілімді 2 ай бұрын байқаған. Бала бір апта бұрын ЖРВИ-мен ауырған.

Сыртқы тексеру: беті симметриялы және дұрыс пішінді, терісі таза, бозғылт. Оң жақтағы жақ асты аймақта "көгершін жұмыртқасындай" пішінді түзіліс пальпацияланады, пальпация кезінде тығыз, ауырмайды, қоршаған тіндер жабыспаған.

Ауыз қуысында: 7.5 және 7.4 тістерде терең тіс жегі қуыстары, 7.4 түбір проекциясында аздаған ірің бөлініп тұрған жыланкөз бар, кп=9, Федорова-Володкина бойынша ГИ – 1,8. Бала тынымсыз, жылауық, ұзақ уақыт сендіру арқылы дәрігермен байланысқа түседі.

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз және оны қалай анықтау керек?

2. Бұл аурудың этиологиялық факторы.

3. Балалардағы иммунологиялық жүйенің даму ерекшеліктері.

**№4 ситуациялық есеп**

4 жастағы баланың ата-анасы баланың жақ-бет бөліміне ауыз қуысының ашылуын шектеу, бет конфигурациясының өзгеруі, қалыпты тамақтану мүмкін еместігі туралы шағымдармен жүгінді. Соңғы 6 айда ол тек сұйық тағаммен қоректенеді. Ата-аналардың айтуынша, нәресте кезінде суықтаған және оң жақта іріңді отитпен ауырған. Сондай-ақ, ата-аналар ұйқысының сергек және ұйықтағанда қорылдайтынын айтады.

Объективті: бала гипотрофиялық, бет терісі таза. Жақтың бір жартысының мөлшерін кішіреюіне байланысты беттің асимметриясы, иектің оңға қарай жылжуы байқалады.

Қарап тексергенде III дәрежелі ауыз қуысының ашылуының шектелуі байқалады. Төменгі жақтың бұрышы аймағында пальпаторлы түрде "шпор"анықталады. Иек пен күрек тістердің ортаңғы сызығы оңға қарай ығысқан, бимануальды пальпация кезінде оң жақта шықшыт буын қозғалғыштығы анықталмайды, сол жақта –шықшыт буын қозғалысы қалыпты. Айқасқан тістем, Грин-Вермильон бойынша гигиеналық индекс–2.6, тіс қызылиек бүртіктері қызарған, ісінген, жұмсақ тіс қақтары бар. Тістерінде тісжегі қуыстары көп.

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз қандай?

2. Бала және жасөспірім кезіндегі шықшыт буыны құрылымының ерекшелігі неде?

**№5 ситуациялық есеп**

Анасы 5 жастағы баласымен хирургиялық кабинетке төменгі жақ аймағында ісіну, әлсіздік, дене қызуымен, тәбеттің жоғалуы туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: аллергоанамнез ауырлатылмаған, бір апта бұрын вирустық инфекциямен ауырған.

Объективті: төменгі жақтың оң жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, ісіну үстіндегі терінің түсі өзгермеген, қатпарға жиналады. Ауыз қуысында: 8.5–тіс қуысымен байланысатын шайнау бетіндегі тіс жегі қуысы бар, зондтау ауыртпалықсыз, тік перкуссия күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, пальпация кезінде ауырады, өтпелі қатпар тегістелген, "тербеліс" симптомы оң. Оң жақ төменгі жақ аймағында "бұршақтай" лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді, қозғалмалы, терісі мен тіндері жабыспаған.

Рентгенограммада: тістің 8.5 түбірі толық қалыптасқан, тістің апикальды бөлігіндегі периодонтальды саңылау кеңейген, тістің дистальды түбірінің проекциясында сүйек тінінің "жалын тілдері" түрінде жойылуы байқалады, тіс бұрын емделмеген. Тұрақты тістің ұрығы –патологиясыз. Баланың мінез-құлқы стоматологиялық манипуляцияларға бей-жай қарайды, дәрігердің сұрақтарына баяу жауап береді.

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз қандай?

2. Балалардағы мандибулярлық анестезия кезінде төменгі жақ құрылымының анатомиялық ерекшеліктері қандай?

**2 ТАРАУ. ХИРУРГИЯЛЫҚ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АУРУЛАРЫ БАР БАЛАЛАРДЫ ТЕКСЕРУ ӘДІСТЕРІ**

**№6 ситуациялық есеп**

Клиникаға 14 жастағы жасөспірім жақ сүйегі қозғалғанда және екі жағынан шықшыт буынындағы ауырсыну, қаттылық сезімі туралы шағымдармен жүгінді. Сондай-ақ, бала екі жағынан қол саусақтарының қозғалғыштығының шектелуіне шағымданады.

Ауру тарихы: жиі суық тию, ЖРВИ. Жақында анасының айтуы бойынша, бала сол жақта кеудедегі ауырсынуға шағымдана бастаған. Толық тексеру кезінде екі жағынан қолдың буынының ауыруы және аздап ұлғаюы байқалады. Қолдың қозғалысы шектеулі. Буын айналасындағы тері таза. Қарау кезінде екі жағынан шықшыт буын аймағында ауырсыну байқалады. Иекке басқан кезде ауыруы күшейе түседі.

1. Алдын ала диагноз қандай?

2. Бұл аурудың себебі неде?

3. Стоматолог-хирургтың қабылдауында қандай зерттеу әдістері қолайлы?

4. Балада шықшыт буынның бимануалды пальпациясы қалай жүзеге асырылады?

5. Бұл клиникалық жағдайға қандай рентгенологиялық өзгерістер тән?

6. Нақты диагноз қою үшін қандай маманның кеңесі қажет?

7. Осы клиникалық жағдайда зертханалық талдауларда қандай өзгерістер болуы мүмкін?

**№7 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық клиникасына 8 жасар баланың ата-анасы өзін нашар сезіну, тәбеттің жоғалуы, оң жақтағы ұрт аймағында жұмсақ тіндердің ісінуі туралы шағымдармен жүгінді. Олар 2-3 күн ішінде дене температурасының 38,0оС дейін көтерілгенін, үйде шаю және антибиотиктермен емделгенін атап өтті.

Объективті: оң жақтағы жоғарғы жақ аймағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, инфильтраттың жайылуы және оң жақтағы ұрт аймағының жұмсақ тіндерінің терісінің гиперемиясы байқалады, ісіну үстіндегі тері қызарған, ісінген.

Ауыз қуысын тексеру кезінде 5.3 тіс сауыты ½ - ге бұзылған. 5.3 тістің өтпелі қатпары тегістелген, инфильтрацияланған және қызарған.

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз қандай және анықтама беріңіз?

2. Іріңді экссудаттың болуына қандай симптом тән?

3. Инфильтрат аймағында іріңді экссудаттың болуын көрсететін симптомды анықтау әдісі қандай?

4. Бұл жағдайда рентгенге сипаттама қандай?

**№8 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім тіс дәрігеріне оң жақ төменгі жақ асты аймақта ісіну және тамақтану кезінде өткір ауырсыну туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: 2,5 жыл бойы ауырады, ата-анасының айтуы бойынша созылмалы гастрит бойынша гастроэнтерологта және жақ асты сілекей безінің сілекей-тас ауруы бойынша операциялық араласудан кейін стоматолог-хирургта есепте тұрады. Бірақ соңғы күндері тамақтану кезінде өткір ауырсыну пайда болды және тамақтан кейін кетеді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі бозғылт.

Ауыз қуысында: тіл асты білігі аймағындағы шырышты қабат аздап гиперемияланған, ісінген, түтіктің аузы кеңейген, төменгі жақ асты оң жақ аймақты пальпациялағанда төменгі жақ асты сілекей безінің шамалы өсуі байқалады, бірақ консистенциясы мен түсі қалыпты. Безді уқалау кезінде сілекей бөлінбейді, ал сол жақта сілекей шығару қалыпты жағдайда. Түтік бойымен пальпация кезінде оның ортаңғы үштен бірінде тығыз құрылым пальпацияланады.

1. Осы клиникалық жағдайда қандай объективті зерттеу әдістерін қолдану керек?

2. Осы клиникалық жағдайда радиациялық зерттеу әдістерінің қайсысы ең ақпараттылығы деп саналуы керек?

**№9 ситуациялық есеп**

14 жастағы жасөспіріммен бірге ата-анасы стоматолог-хирургқа температураның жоғарылауы, тәбеттің жоғалуы, төменгі жақ аймағында жұмсақ тіндердің ісінуі туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде ата-анасының айтуынша жиі суық тиіп ауырады. 2 күннен бері ауырады.

Объективті: оң жақ төменгі жақ аймағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты бет асимметриясы, ісінудің үстіндегі тері түсі өзгермеген, қатпарға жиналады.

Ауыз қуысын тексерген кезде 3.6 тіс толығымен бұзылған және қызыл иекдеңгейінен төмен орналасқан. 3.6 тіс аймағындағы өтпелі қатпар тегістелген, шырышты қабат инфильтрацияланған және гиперемияланған. Стоматолог-хирург пациентті тексергеннен кейін, сұрағаннан кейін ауыз қуысын тексеруге кірісті, содан кейін жақ-бет аймағының және мойынның терісін тексере бастады.

1. Процедура кезінде тіс хирургы қандай қателік жіберді?

2. Жақ-бет аймағының және мойынның хирургиялық патологиясы бар науқастарды бақылаудың дұрыс реттілігі қандай?

**№10 ситуациялық есеп**

6 жастағы баланың ата-анасы баланың жақ-бет бөліміне ауыз қуысының ашылуын шектеу, бет конфигурациясының өзгеруі, қалыпты тамақтану мүмкін еместігі туралы шағымдармен жүгінді. Ата-аналардың айтуынша, нәресте кезіндегі бала сол жақта айдаршық өсіндісінің гематогенді остеомиелитімен, жиі ЖРВИ-мен ауырған.

Объективті: гипотрофиялық физикадағы бала. Сол жақ жақтың жартысының мөлшері кішіреюіне байланысты беттің асимметриясы, иектің оңға қарай жылжуы байқалады. Қарап тексергенде III дәрежелі ауыз қуысы ашылуының шектеуі бар. Төменгі жақтың бұрышы аймағында пальпаторлы түрде "шпор"анықталады. Иек пен күрек тістердің ортаңғы сызығы солға ығысқан, бимануалды пальпация кезінде сол жақта шықшыт буыны қозғалғыштығы анықталмайды, оң жақта шықшыт буынының физиологиялық қозғалысы байқалады.

Айқасқан тістем, Грин-Вермиллонның гигиеналық индексі-2,3, барлық тістердің аймағындағы тіс-қызыл иекбүртіктері гиперемияланған, жұмсақ тіс шөгінділерінің көп мөлшері байқалады. КПУ + кп= 10

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз қандай?

2. Шықшыт буыныныңқалыпты рентгенографиясы қандай?

3. Бұл клиникалық жағдайдың рентгенологиялық көрінісі қандай?

**№11 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына анасы 6 жасар баламен ауыз қуысын санациялау үшін жүгінді.

Ауру тарихы: анасының айтуынша, бала жиі тіс ауруынан оянады, аллергоанамнез ауырламаған. Дәрігер кабинетіне кірген кезде бала қатты жылай бастады, жауап бермейді және дәрігердің сөзіне құлақ аспайды, ол дәрігер креслоға отырғыза бастағанда белсенді қарсылық көрсетті. Ауыз қуысын тексеруге, пальпация жасауға мүмкіндік бермейді. Қорқынышты тек стоматологиялық құралдар ғана емес, медицина қызметкерлерінің ақ халаты да тудырды. Анасының айтуынша, ол жеке стоматологиялық клиникаларға жүгінген, онда да оны тістерін емдеуге бермеді.

1. Жалпы анестезиядан бұрын қандай тексеру қажет?

2. Осы жастағы балада жалпы қан анализінің қалыпты көрсеткіштері қандай?

3. Жалпы анестезиямен ауыз қуысын емдеудің қандай пайдасы бар?

**№12 ситуациялық есеп**

Тіс дәрігеріне 15 жастағы қыз тістің эстетикалық емес орналасуы туралы шағымдармен және сүйір тістерді жұлып тастауды сұрады.

Ауыз қуысын қарау кезінде: дистальды тістем, жоғарғы жақтың тарылуы, барлық тістері интакты, жоғарғы және төменгі жақ сүйектерінде күрек тістердің тығыз орналасуы, 1.3 және 1.4 тістердің вестибулярлы орналасуы, шырышты қабаттүсі қалыпты жағдайда.

1. Бұл клиникалық жағдайда тіс дәрігерінің тактикасы қандай?

**№13 ситуациялық есеп**

Ата-анасы емханаға 14 жастағы баласымен тамақты тістеуі мен шайнауымен бірге жүретін эстетикалық ақауларға шағымданды.

Сыртқы тексеру: беттің төменгі үштен бір бөлігінің көлемінің ұлғаюы байқалады, жоғарғы жаққа қатысты төменгі жақ мезиальды орналасқан, төменгі ерін жоғарғы жаққа қарай алдыңғы жағында орналасқан, еріндер жабылған кезде бұлшықет кернеуі анықталады.

Ауыз қуысында: жоғарғы жақтың тістері тіс қатарында қалыпты шектерде орналасқан, төменгі жақта тістер арасында тремалар бар, 3.1,3.2, 4.1,4.2 аймағында тіс-қызыл иек бүртіктері гиперемияланған, ісінген, тіс-қызылиек бүртіктері мен өтпелі қатпар шекарасына дейінгі қашықтық 3 мм. Тіс қатарларының қатынасы кезінде 1.6, 2.6 тістердің алдыңғы ұрттық бұдыры 3.7, 3.6, 4.6, 4.7 тістердің арасында орналасқан, күрек тістер арасындағы сагиттальды саңылау 8 мм құрайды.

1. Бұл баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2. Бұл патологияға қандай диагностикалық әдістер қажет?

3. Клиникалық диагностикалық әдіс дегеніміз не?

4. Балалардағы ауыздың кіреберісінің тереңдігі қандай?

5. Ауыздың кіреберісін қалыпқа келтіру үшін қандай хирургиялық араласу қажет?

**3 ТАРАУ. БАЛАЛАРДАҒЫ СТОМАТОЛОГИЯЛЫҚ АРАЛАСУ КЕЗІНДЕ АНЕСТЕЗИЯНЫҢ ӘРТҮРЛІ ӘДІСТЕРІН ОРЫНДАУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ ЖӘНЕ МҮМКІН БОЛАТЫН АСҚЫНУЛАРЫ**

**№14 ситуациялық есеп**

Таңертең 16 жастағы жасөспірім тіс дәрігеріне тіс ауруы туралы шағымдармен стоматологиялық клиникаға жүгінді.

Ауру тарихы: жасөспірімнің айтуынша, кешке жеке клиникада тісінепломба салынған. Аллергоанамнез ауырламаған. Ол тісіне ауру сезімін басатын дәрі салуды сұрайды.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза, аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Ауыз қуысын қарау кезінде: 1.5 тіс - фотополимерден жасалған пломбаның астында, 1.5 тістің аймағындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті, қозғалыссыз, перкуссия сәл оң.

Рентгенограммада: 1.5 тіс түбір ұшына дейін пломбаланған. Периапикальді тіндерде деструкция ошақтары жоқ.

1. Бұл клиникалық жағдайда анестезияның қандай түрі ұсынылады?

2. Анестезияның бұл түрі қалай жүзеге асырылады?

**№15 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім тамақтану кезінде тіс ауруы туралы шағымдармен стоматологиялық клиникаға жүгінді.

Анамнезде: аллергоанамнез ауыр емес, соматикалық аурулардан вирустық инфекцияны көрсетеді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза.

Ауыз қуысында: 2.5–тіс қуысымен байланысатын апроксимальды бетіндегі тіс жегі қуысы, бір нүктеде зондтау ауырады, тік перкуссия ауыртпалықсыз. Оң жақтағы төменгі жақ асты аймақта «бұршақтай» лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен тері асты тіндері жабыспаған.

Рентгенограммада: 2,5 тістің түбірі толығымен қалыптасқан, периодонтальды саңылауы қалыпты, тіс бұрын емделмеген, тіс жегіды қуыс бар.

1. Жасөспірімде қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл жағдайда анестезияның қандай әдісі қолданылады?

3. Бұл анестезияны жүргізу әдісі қандай?

4. Анестезия аймағы қандай?

5. Бұл анестезияның қандай асқынулары бар?

**№16 ситуациялық есеп**

Ана6 жасар баласымен төменгі жақтағы тістердің қозғалғыштығы шағымымен хирургиялық кабинетке жүгінді.

Анамнезде: анасының айтуынша, баланың аллергоанамнезі ауырламаған, 4 жасында вирустық гепатитпен, ЖРВИ-мен ауырған.

Объективті: 7.1 және 8.1 тістер – интактылы, ІІІ дәрежелі қозғалғыштығы байқалады, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті. Оң жақтағы жақ асты аймағында лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Бала стоматологиялық манипуляцияларға теріс қарайды: ол дәрігердің қолын итеруге тырысады, қыңыр, бірақ дәрігердің сұрақтарына жауап береді, инъекциядан қорқады дейді.

Дентальды рентгенде: 7.1 және 8.1 тістердің түбірлері толығымен резорбцияланған, тұрақты 3.1 және 4.1 тістердің ұрықтары патологиясыз, тікелей уақытша тістердің астында жатыр.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай?

2. Баланың психоэмоционалды жағдайын бағалаңыз.

3. Анестезияның қандай әдісін қолдану керек?

4. Бұл анестезияның көрсеткіштері қандай?

5. Бұл анестезияны жүргізу әдісі қандай?

6. Анестезияның асқынуы қандай?

**№17 ситуациялық есеп**

Ана4 жасар баласының тамақтану кезінде ауырсыну туралы шағымдарымен стоматологиялық кабинетке жүгінді.

Анамнезінде: анасының айтуы бойынша аллергоанамнезі ауырламаған, соматикалық аурулардан ЖРВИ белгілейді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Ауыз қуысында: 8.4 - тіс қуысымен байланысатын шайнау-апроксимальды бетіндегі тіс жегі қуысы бір нүктеде ауырсыну сезімі бар, тік перкуссия ауыртпалықсыз. Тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті. Оң жақтағы төменгі жақ асты аймақта «бұршақтай» лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен тері асты тіндері жабыспаған.

Рентгенограммада: 8.4 тістің түбірі толығымен қалыптасқан, периодонтальды саңылау қалыпты, тіс бұрын емделмеген, тіс жегіды қуыс, патологиясы жоқ тұрақты 4.4 тістің ұрығы бар.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл жағдайда анестезияның қандай әдісі қолданылады?

3. Бұл анестезияны жүргізу әдісі қандай?

**№18** с**итуациялық есеп**

Анасы 3,5 жастағы қызының тамақтану кезінде тіс ауруы туралы шағымдармен балалар стоматологиялық клиникасына жүгінді. Анамнезде, анасының айтуы бойынша, аллергоанамнезі ауырламаған, тек суық тиюді атап өтеді. Ауыз қуысында: 5.1 тіс апроксимальды бетіндегі тіс жегі процесімен бұзылған, бір нүктеде зондтау ауырады, перкуссия ауырмайды, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті. Тіс дәрігері тісті емдеу туралы шешім қабылдады.

1. Бұл клиникалық жағдайда қандай анестезия қажет және неге?

2. Бұл анестезияның қандай пайдасы бар?

3. Бұл анестезия үшін қандай анестетиктер қажет?

4. Бұл анестезияның қандай түрлері белгілі?

5. Бұл анестезияны жүргізу әдісі қандай?

6. Бұл анестезияның асқынулары қандай?

**№19 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына ана 10 жастағы баласыментіс жұлуға жүгінді.

Ауру тарихы: анасының айтуынша, ортодонт дәрігерімен кеңескеннен кейін балаға 1.2 ретенирленген тісті жұлып тастау ұсынылды. Анасы баланың аллергиялық бөртпелермен көрінетін аллергоанамнезі (антибиотиктерге, құлпынайға, цитрустық жемістерге аллергия) бар екенін айтады. Тіс дәрігерінде анестезиясыз емделген.

Панорамалық рентгенограммада: жоғарғы жақтың тарылуы байқалады, 1.1 және 1.3 тістердің арасында көлденең қалыпта ретинирленген 1.2 тіс жатыр.

1. Хирургия қай мекемеде жүргізілуі керек?

2. Премедикацияға қандай дәрілік заттар енгізілуі тиіс?

**№20 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім тамақтану кезінде тіс ауруы, дене температурасының жоғарылауы, әлсіздік туралы шағымдармен хирургиялық кабинетке жүгінді.

Объективті: жұмсақ тіндердің ісінуі есебінен төменгі жақтың оң жағында беттің асимметриясы, тері жабындылары қалыпты, қыртысқа жиналмайды. Дене температурасы 38,2°С. Ауыз қуысын тексерген кезде: тістің 4.6 сауыт бөлігі ½-ге бұзылған, жұмсарған дентинмен терең тіс жегі қуысы бар. Тістің тік перкуссиясы оң, тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, вестибулярлық жағынан өтпелі қатпардың тегістігі байқалады, пальпация ауырады, тербеліс симптомы оң. Оң жақтағы төменгі жақ асты лимфа түйіндері үлкейген, пальпация кезінде аз ауырады, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен тері асты тіндері жабыспаған. Рентгенограммада:4.6 түбір ұшы аймағындағы периапикальді тіндерде периодонтальды саңылаудың кеңеюі анықталады. Жалпы қан анализіне сәйкес лейкоциттік формуланың солға жылжуы, ЭОЖ жоғарылауы анықталады.

1. Жасөспірімде алдын-ала диагноз қандай және ауруды анықтаңыз?

2. Анестезияның қандай әдісі және оны жүргізу әдісі қолданылады?

3. Тіске қатысты шешіміңіз қандай?

**№21 ситуациялық есеп**

Ана7 жасар баласымен хирургиялық кабинетке төменгі жақ аймағында ісіну, температураның жоғарылауы туралы шағымдармен жүгінді.

Объективті: төменгі жақтың сол жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланыстыбеттің асимметриясы, ісіну үстіндегі тері түсі өзгермеген, қатпарға жиналады.

Ауыз қуысында: 7.5–тіс 2/3бұзылған, тік перкуссия күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, пальпация кезінде ауырады, өтпелі қатпар тегістелгені, "тербеліс" симптомы оң. Оң жақтағы төменгі жақ асты аймақта «көгершін жұмыртқасы» көлеміндей лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді, қозғалмалы, теріге және астындағы тіндерге жабыспаған.

1. Бұл клиникалық жағдайда қандай анестезия қажет?

2. Қандай анатомиялық құрылым мақсатты нүкте болып табылады?

3. Балалардағы осы анестезияның техникасы мен түрлері қандай?

**№22 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық клиникасына ана 4 жастағы баласыментүнде және тамақтану кезінде тіс ауруы туралы шағымдармен жүгінді.

Ауру тарихы: анасының айтуы бойынша аллергоанамнезі ауыр, антибиотиктердің барлық түрлеріне аллергиялық реакция, анестетиктерден лидокаинге, новокаинге аллергиялық реакция түрінде жүреді. Жиі суық тиюден зардап шегеді.

Ауыз қуысында: 5.4, 5.5, 7.5, 8.5, 6.4 тістердің шайнау беттерінде терең тіс жегі қуыстары бар, бір нүктеде зондтау ауырады, перкуссия ауырмайды. Ауыз қуысының шырышты қабаты бозғылт-қызғылт түсті.

1. Бұл клиникалық жағдайда анестезияның қандай түрі көрсетілген?

2. Көктамыр ішілік және эндотрахеальды анестезияның айырмашылығы неде?

3. Анестезиямен стоматологиялық шаралардың алгоритмі қандай?

**№23 ситуациялық есеп**

Хирургиялық кабинетке анасы 14 жастағы жасөспіріммен тамақтану кезінде тіс ауруы, "өскен тіс" сезімі туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: анасының айтуынша, бала қант диабеті бойынша эндокринологтың есебінде тұрады, аллергоанамнез ауырламаған, жақында лакунарлы баспамен ауырған. Жасөспірім бала кезінен стоматологтардан қорқады.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза.

Ауыз қуысында: 2.6 тіс 2/3бұзылған, шайнау бетінде тіс қуысымен байланысатын терең тіс жегіқуысы бар, терең зондтау ауыртпалықсыз, тік перкуссия күрт ауырады, өтпелі қатпардың пальпациясы түбірдің жоғарғы бөлігінің проекциясында ауырсынуды тудырады, тістің айналасындағы шырышты қабат аздап гиперемияланған, ісінген. Екі жақтағы төменгі жақ асты аймақта «көгершін жұмыртқасы» көлеміндей лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, теріге және астындағы тіндерге жабыспаған.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай?

2. Бұл клиникалық жағдайда қандай терапиялық манипуляция қажет?

3. Хирургия мен анестезияға дайындық тактикасы қандай?

4. Анестезияның қандай әдісін қолдану керек?

5. Операциядан кейінгі іс-шаралар қандай?

**№24 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына 10 жастағы баланың ата-анасы суық нәрсе тигенде тістеріне шағымданады.

Анамнезінде анасы цитрустық жемістер мен кейбір дәрі-дәрмектерге аллергиясы барын атап өтті. Балаға бір рет 2% лидокаинмен уақытша тісті жұлған.

Объективті: беті симметриялы, терісі таза.

Ауыз қуысында: 2.6 тісінде - тіс қуысымен байланыспайтын терең тіс жегі қуыс, тіс жегі қуысының түбін зондтау ауырады, перкуссия ауыртпалықсыз. Тістің айналасындағы шырышты қабатта ерекшеліктер жоқ. Бұл тісті анестезиямен емдеу туралы шешім қабылданды. 2,0 мл 2% лидокаин ерітіндісін енгізгеннен кейін бала жүрек соғысын, кеуде қуысында ауырсынуды, ауаның жетіспеушілігін, өлім қорқынышын сезінді. Қалтырау, суық жабысқақ тер пайда болды. Тері және көзге көрінетін шырышты қабаттар бозарған, бет жүзі үшкірленген. Тынысы таяз, тамыр соғысы жіп тәрізді.

1. Бұл баланы қалай тамақтандырған жөн?

2. Дифференциалды диагноз қандай аурумен жасалады?

3. Балаға шұғыл көмек қандай?

**№25 ситуациялық есеп**

Стоматологиялық емханаға ана 8 жастағы баласыныңтістерінің қозғалғыштығына шағыммен жүгінді.

Анамнезде қыз отырықшы өмір салтын ұстанады (әрдайым компьютерде отырады), спортпен шұғылданғанды ұнатпайды. Аллергоанамнезі ауырламаған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, қыздың дене бітімі астеникалық.

Ауыз қуысында: 8.4–интактілі, 2 дәрежелі қозғалғыштық, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті. Дәрігер физиологиялық ауысу болғандықтан 8.4 тісті жұлып тастауды шешті. Аэрозольдегі лидокаиннің 10% ерітіндісімен аппликациялық анестезияны жасағаннан кейін, оны тістің айналасындағы вестибулярлық және тілдік аймаққа шашыратып, қыздың көзі қараңғыланып, басы айналды, ауа жетіспеушілігі, терлеу, жүрек айну және жалпы әлсіздік сезімі пайда болды.

1. Бұл клиникалық жағдайда қандай асқыну болды?

2. Көрсетілген симптомның даму механизмі қандай?

3.Мұндай құбылыстардың алдын алу және одан кейінгі асқынулар (коллапс) болдырмау үшін қандай профилактикалық іс-шараларды жүзеге асыру керек?

**№26 ситуациялық есеп**

Спорт залдағы сабақтан кейін бірден 8 жасар баланың ата-анасы оны ауыз қуысын санациялау үшін балалар стоматологиялық клиникасына апарды.

Анамнезінде: аллергоанамнез ауырлатылмаған, ЖРВИ-мен ауырған. Бала стоматологиялық манипуляцияларға теріс қарайды: дәрігердің қолын итеруге тырысады, қыңыр, бірақ дәрігердің сұрақтарына жауап береді.

Объективті: 7.5 тіс толығымен бұзылған, түсі өзгерген, тіс түбірінің проекциясында іріңді ағысы бар жыланкөз бар. Тісті жұлу туралы шешім қабылданды. Анальгетикалық ерітіндіні енгізгеннен кейін баланың бас айналуы пайда болды, бет әлпеті айқындалып, тері мен шырышты қабаттар цианотикалық реңкпен бозарып, суық, қалтырау, шөлдеу сезімі пайда болды. Тіл құрғақ, көздің қарашығы кеңейген, бұлшықеттер босаңсыған, тыныс алу үстірт, тамыр соғысы жиі, суық жабысқақ тер, қан қысымы төмендеген, бала қоршаған ортаға бей-жай қарайды, адинамикалық, көз қарашығының жарыққа реакциясы баяу, қол саусақтарының дірілі байқалады. Санасы сақталған.

1.Балада қандай жалпы асқыну болды, анықтама беріңіз?

2. Бұл асқынудың себебі неде?

3. Бұл асқынуға қатысты емдеу тактикасы қандай?

4. Дифференциалды диагноз қандай аурумен жасалады?

**№27 ситуациялық есеп**

Ана12 жасар баласымен хирургиялық кабинетке аузының шектеулі ашылуына қатысты шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: таңертең созылмалы периодонтиттің өршуіне байланысты 3.6 тіс мандибулярлық және инфильтрациялық анестезиямен тісті жұлу операциясын жүргізілген.

Объективті: жұлынған 3.6 тістің ұяшығы қан ұйығымен толтырылған, тістің айналасындағы шырышты қабат патологиясыз. Ауыздың ашылуы шектеулі. Тістем ортогнатялық, бұзылмаған. Төменгі жақтың бүйірлік қозғалыстарының көлемі сол жақта шектеулі қозғалысымен сақталған. Пальпация кезінде шықшыт буындардың айдарлы өсіндінің артикулярлы бастарының пішіні мен орналасуы, осы буындардағы қозғалыс көлемінің азаюы.

1.Қандай жергілікті асқыну болды?

2. Бұл асқынудың себебі неде?

3. Бұл асқынуды емдеудің емдік тактикасы қандай?

**№28 ситуациялық есеп**

Ана 8 жасар баласымен хирургиялық кабинетке төменгі жақ аймағында ісіну, әлсіздік, дене қызуы, тәбеттің жоғалуы туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезде: анасының айтуынша, бассейнде шомылғаннан кейін 2 күннен бері ауырады. Аллергоанамнезі ауырламаған.

Объективті: төменгі жақтың сол жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланыстыбеттің асимметриясы, ісіну үстіндегі терінің түсі өзгермеген, қатпарға жиналады.

Ауыз қуысында: 7.5–2/3бөлігі бұзылған, түсі өзгерген, зондтау ауыртпалықсыз, тік перкуссия күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, пальпация кезінде ауырады, "тербеліс" симптомы оң. Сол жақтағы төменгі жақ асты аймақта «бұршақтай» лимфа түйіні пальпацияланады, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, теріге және тері астындағы тіндерге жабыспаған. Дәрігер себепші тісті алып тастап, периостомия жасауға шешім қабылдады. Төменгі жаққажансыздандыру жасау үшін дәрігер 2,0 см инені қолданды, бірақ манипуляция кезінде бала басын кенеттен бұрып жіберіп, нәтижесінде инъекциялық ине сынды.

1. Баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2. Бұл асқынудың себебі неде?

3. Бұл асқынуға қатысты емдеу тактикасы қандай?

**№29 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім ауыздан жаман иіс шығу туралы шағымдармен хирург-стоматолог дәрігеріне жүгінді.

Аурутарихы: анасының айтуынша, жасөспірім стоматологтардан қатты қорқады, балалық шағында санация айқаймен жүргізілген. Аллергоанамнез ауырламаған. Соматикалық аурулардың ішінен ЖРВИ атап өтеді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза, аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланбайды.

Ауыз қуысын тексерген кезде: Грин-Вермильон бойыншаКПУ=9, ГИ-2,1. Барлық шайнау тістерінде терең тіс жегіды қуыстар бар. Жасөспірімнің алғашқы сапарында дәрігер 4.6 тісін жұлуды шешті.

St. localis: 4.6-толығымен бұзылған, түсі өзгерген, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті, тістің тік перкуссиясы ауыртпалықсыз. Дәрігер мандибулярлық және инфильтрациялық анестезияны жасады, бір минуттан кейін мұрын-ерін қатпарлары тегістелді, ауыздың оң жақ бұрышы төмендеді, жоғарғы ерін салбырап кетті, бет терісі "қатып қалды", тыныштық күйінде беті сау жаққа қарай қисайып кетті.

1. Балада қандай жергілікті асқыну пайда болды және неге?

2. Бұл асқынуға қатысты емдеу тактикасы қандай?

**№30 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім тістеген кезде тіс ауруы туралы шағымдармен хирург-стоматолог дәрігеріне жүгінді.

Аурутарихы: анасының айтуынша, тісіне 13 жасында пломба қойылған, аллергоанамнез ауырламаған. Бала жиі суық тиіп ауырады.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза,оң жақтағы жақ сүйегіндегі аймақтық лимфа түйіндері 0,3х0, 5 мм өлшемімен үлкейген, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциясы, қозғалмалы, терісі мен тіндері жабыспаған.

Ауыз қуысын тексеру кезінде: тістің 1.7 сауыт бөлігі 2/3-ке бұзылған, тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, өтпелі қатпардың пальпациясы ауырады, зондтау ауырмайды, тістің тік перкуссиясы оң болады. "Тербеліс" симптомы теріс. Грин-Вермильон бойынша КПУ=8, ГИ-2,0.

Дентальды рентгенограммада: 1.7 тістің түбір өзектерінде толтырғыш материалдың қалдықтары бар. Медиальды түбір аймағындағы периапикалды тіндерде айқын тегіс контурлары бар сүйек тінінің бұзылуының дөңгелек ошағы анықталады. Осы тісті жұлу мақсатында дәрігер-стоматолог тубералдық және таңдайлық анестезиялар жасады. Манипуляциялар аяқталғаннан кейін бірден дәрігер анестезияның жағында ісіну пайда болғанын атап өтті, ол шықшыт буыннан иектің төменгі жиегіне дейін созылады. Бала аузын ашу қиындай түсуіне шағымданды.

1. Осы клиникалық жағдайда өткізгіш анестезияның жергілікті асқынуы қандай?

2. Мұндай асқынуларды азайту үшін қандай ережелерді сақтау керек?

3. Бұл асқынуға қатысты емдеу тактикасы қалай?

**№31 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына 6 жасар баланың ата-анасы тіс ауруы туралы шағымдармен жүгінді. Ата-аналарының айтуынша, тіс екі күннен бері ауырады, бірақ тіс дәрігерінде емдеу процедурасынан қорқатындықтан, бала ауруға шыдаған, ұйқысы нашар. Аллергоанамнез ауырламаған.

Ауыз қуысында: 6.5 тістің шайнау бетінде тіс қуысымен байланысатын тіс жегі қуысы бар, зондтау бір нүктеде күрт ауырады. Дәрігер анестезиямен емдеуді шешті. Анестезиядан кейін бірден баланың беті бозарып, жалпы әлсіздік, аяқ-қолдардың салқындауы, сананың жоғалуы байқалды. АҚ 100/70 мм сынап бағанына тең. Тамыр соғысы сирек, әлсіз толады. Көздің қарашығы кеңейген.

1. Балада қандай жалпы асқыну пайда болды?

2. Бұл асқынудың пайда болу механизмі қандай?

3. Бұл асқынуға қандай этиологиялық фактор ықпал етеді?

4. Дифференциалды диагнозды қандай жалпы асқынулармен жүргізу керек?

5. Осы клиникалық жағдайда шұғыл көмек көрсету алгоритмі қандай?

6. Балаға стоматологиялық көмек көрсетуді қалпына келтіру мүмкін бе?

**№32 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына ата-анасы ауыз қуысын санациялау мақсатында 10 жастағы баламен жүгінді. Ата-анасының айтуы бойынша балада антибиотиктерге аллергия түрінде бөртпелер анықталады. Бір апта бұрын тіс лидокаинмен алғаш рет емделді, бұл препаратқа реакция байқалмады. Ауыз қуысын қарау кезінде: 3.6 тісінде пломба, 1.6 - эмаль ішіндегі тіс жегі қуысы, 5.5 - толығымен бұзылған, түсі өзгерген. Хирург-стоматолог 5.5 тісті жұлу мақсатында инфильтрациялық анестезияны лидокаиннің 2,0 мл 2% ерітіндісімен орындады. Бір минуттан кейін бала мазасыздық, өлім қорқынышы, құлақта шуыл, тілдің, еріннің, саусақтардың ұюын сезінді. Ол жалпы әлсіздікке, бас айналуға шағымданды.

Объективті: тері бозғылт, суық, жабысқақ термен жабылған. Науқас саналы. Еріннің цианозы, қарашықтың кеңейгені байқалады. Жүрек-тамыр қызметі жағынан тахикардия пайда болды, пульсі жіп тәрізді, қан қысымы 40/20 мм сынап бағанасы бойынша, бала дем жетпеушілігіне шағымдана бастады, дем шығару қиындай бастады.

1. Хирург-стоматологтың қабылдауында балада қандай жалпы асқыну пайда болды және анықтама беріңіз?

2. Дифференциалды диагнозды қандай жалпы асқынулармен жүргізу керек?

3. Бұл асқынудың патогенезі қандай?

**№33 ситуациялық есеп**

Ауыз қуысын санациялау мақсатында емханаға 14 жастағы жасөспірім жүгінді.

Анамнезде: аллергоанамнез ауырламаған, созылмалы соматикалық патология жоқ. Бір апта бұрын ЖРВИ-мен ауырған.

Ауыз қуысында: 3.6, 4.6-тіс қуысымен байланыспайтын терең тіс жегі қуыстары, зондтау тіс жегіды қуыстың түбінде ауырады, суыққа реакция қысқа мерзімді, тез өтетін ауырсынуды тудырады. Дәрігер ампуланың таңбалануына назар аудармай, жұмыс үстелінде орналасқан қаптамадан алынған лидокаиннің 4,0 мл 2% ерітіндісімен мандибулярлық және инфильтрациялық анестезиямен емдеуді жүргізуге шешім қабылдады. Анестезияны орындау кезінде қатты ауырсыну және қанат-жақ кеңістігі аймағында қызу сезімі пайда болды, енгізу орнына қол тигізу өткір ауырсынуды тудырады. Балададолдану басталды.

1. Қандай жергілікті асқынудың дамуы мүмкін?

2. Бұл асқынудың себебі неде?

3. Бұл жағдайда жасөспірімге шұғыл көмек көрсету алгоритмі қандай?

4. Бұл асқынудың нәтижесі қандай?

**№34 ситуациялық есеп**

Емханаға 8 жастағы баланың ата-анасы ауыз қуысын тазартуға жүгінді. Дәрігер дереу ауыз қуысын тексеруге кірісті.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза, жақ асты лимфа түйіндері пальпацияланбайды.

Ауыз қуысында: 1.6, 4.6 - эмаль ішіндегі тіс жегі қуыстары, 8.5, 8.4, 5.5, 6.4 - толығымен бұзылған, түсі өзгерген, Қызыл иекте жыланкөз жолдары бар. Уақытша 5.5 тісті жұлу арқылы ауыз қуысын санациялауды бастау туралы шешім қабылданды. Мепивастезин – 1,0 мл ерітіндісімен инфильтрациялық анестезия жүргізгеннен кейін бала кенеттен есінен танып қалды. Аузынан көбік пайда болды, тері бозарып, бет цианозы пайда болды, көздің қарашығы жарыққа жауап бермеді, жақтары қарысып, денесі созылып, аяқтары бүгіліп, тырысты, басы артқа кетті.

1. Дәрігер тексеру кезінде қандай қателік жіберді?

2. Балада қандай жалпы асқыну пайда болды?

3. Шұғыл көмек көрсету алгоритмі қандай?

4. Хирургиялық араласуды жалғастыруға бола ма?

**4 ТАРАУ. БАЛАЛАРДАҒЫ УАҚЫТША ЖӘНЕ ТҰРАҚТЫ ТІСТЕРДІ ЖҰЛУ ОПЕРАЦИЯСЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. МҮМКІН БОЛАТЫН АСҚЫНУЛАР, ОЛАРДЫҢ АЛДЫН-АЛУ ЖӘНЕ ЕМІ**

**№35 ситуациялық есеп**

Балалар емханасына анасы 8 жасар баласының қақсап ауырсынуға шағымданды. Тексеру кезінде: 7.5 тістолығымен бұзылған, түсі өзгерген, перкуссия ауырады, қызыл иектің шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген.

Панорамалық рентгенограммада тіс түбірлерінің бифуркация аймағында сүйек тінінің сиретілуі 7.5тістің ұрығы фолликуласының кортикальді пластинкасының резорбциясы 3.5. түбір ұзындығының ½-ге резорбциясы. Клиникалық және рентгенологиялық зерттеулер негізінде дәрігер тісті жұлу туралы шешім қабылдады. Анестезия жасағаннан кейін дәрігер баланың басын артқа лақтырып, тісті элеватормен алып тастады, бірақ экстракция кезінде тіс жоғарғы тыныс жолдарына түсті. Бала тұншыға бастады, мұрын-ерін үшбұрыштың цианозы пайда болды, тынысы ысқырықты бола бастады, көз қарашығы кеңейіп, мойын мен кеуде бұлшықеттері қатайып, мойын тамырлары кеңейе түсті.

1.Тіс жұлу кезінде қандай асқыну болды?

2. Бұл асқынудың себебі неде?

3. Асфиксияның қандай түрлерін білесіз?

4. Бұл жағдайда қандай емдеу тактикасы қажет?

**№36 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім емханаға оң жақта төменгі жақ аймағында ауырсыну туралы шағымдармен жүгінді.

Ауру тарихы: аллергоанамнез ауырламаған, соматикалық аурулардан анасы созылмалы тонзиллитті атап өтеді. Бұл тіс бұрын емделген, бірақ пломба 2 жыл бұрын түсіп қалған.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Сол жақтағы жақ асты лимфа түйіндері үлкейген, өлшемі 0,8х1,2, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған.

Ауыз қуысын қарау кезінде: 3.6 тіс - толығымен бұзылған, түсі өзгерген, перкуссия күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген. Өтпелі қатпарды пальпациялау ауырады, бірақ "тербеліс" симптомы теріс.

Дентальды рентгенограммада "жалын тілдері"түрінде 3.6 тістің түбірі аймағында сүйек тінінің сиреуі байқалады. Дәрігер тісті элеватормен алып тастауды шешті. Өткізгіш анестезиядан кейін ол элеваторды терең енгізді және 3.7 тісіне сүйеніп, себепші тісті алып тастауға тырысты. Бірақ бұл қозғалыста интакті 3.7 тістің толық шығып кетуі болды.

1.Бұл асқынудың себебі неде?

2. 3.7 тісіне қатысты одан әрі емдеу тактикасы қандай?

**№37 ситуациялық есеп**

Ана 7 жасар қызымен емханаға оң жақтағы төменгі жақ аймағында ауырсынуға шағымданды.

Ауру тарихы: аллергоанамнез ауырламаған, анасы соматикалық аурулардан гастрит, жиі суық тиюді атап өтеді. Сондай-ақ, анасының айтуынша, бала бұрын тістерін емдеген.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Оң жақтағы жақ асты лимфа түйіндері үлкейген, өлшемі 0.5х0.8, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған. Тістің шайнау-апроксимальды бетін қараған кезде 8.5 терең тіс жегі қуысы, зондтау ауырмайды, перкуссия күрт ауырады.

Рентгенограммада тіс түбірлерінің бифуркация аймағында сүйек тінінің сиреуі, кортикальды пластинканың деструкциясы, тіс түбірлерінің резорбция белгілері байқалады. Рентгенологиялық мәліметтерге сүйене отырып, тісті жұлу туралы шешім қабылданды. Тісті жұлу үшін дәрігер тұмсық тәрізді жинақталмайтын істігі бар қысқышты алып, оны жұлуға кірісті. Бірақ тісті жұлу кезінде бүтін 5.5 тістің сауыт бөлігінің сынуы болды.

1.Қыздың алдын-ала диагнозы қандай?

2. Қандай жергілікті асқыну болды?

3. Бұл асқынудың себебі неде?

**№38 ситуациялық есеп**

Ана8 жасар баласының тістеген кезде ауырсыну туралы шағымдармен балалар стоматологиялық клиникасына жүгінді.

Ауру тарихында: аллергоанамнез ауырламаған, созылмалы соматикалық аурулары жоқ. Жақында ЖРВИ-мен ауырған. Ананың айтуынша, бала бұрын тістерін емдеген.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Төменгі жақ асты лимфа түйіндері 0,5х0,8 өлшемді, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған. Ауыз қуысында: 5.5 тіс 1/3-ке бұзылған, қызғылт түске өзгерген, тісжегі қуысы путридті массалары бар пломбалық материалдың қалдықтарымен толтырылған, терең зондтау ауыртпалықсыз, тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген. Тік перкуссия мен пальпация ауырады, "тербеліс" симптомы теріс.

Рентгенограммада тістің 5.5 апикальды аймағында сүйек тінінің сиреуі байқалады, дистальды түбір жартылай резорбцияланған, периодонтальды саңылау кеңейген. Тұрақты 1.5 тістің рудименті уақытша тістің медиальды түбіріне жақын орналасқан. Дәрігер уақытша тісті жұлып тастауды шешті. Бірақ жұлу кезінде сауыты мен тістің медиальды түбірінің сынуы болды.

1.Баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2. Тіс түбірінің сынуының себептері қандай?

3. Бұл жағдайда қандай қосымша зерттеу әдістері қажет?

4. Бұл жағдайда одан әрі емдеу тактикасы қандай?

**№39 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына ана 8 жасар баласымен ауыз қуысын санациялау үшін жүгінді.

Ауру тарихында: аллергоанамнез ауырламаған, созылмалы соматикалық аурулары жоқ. Анасының айтуынша, бала бұрын тістерін емдеткен.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Төменгі жақ асты лимфа түйіндері пальпацияланбайды.

Ауыз қуысында: 7.5 тіс 2/3-ке бұзылған, тіс жегі қуысында путридті массалары бар толтырғыш материалдың қалдықтары бар, терең зондтау ауыртпалықсыз, перкуссия ауырмайды, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт-қызғылт түсті.

Рентгенограммада тістің 7.5 апикальды аймағында сүйек тінінің сиреуі байқалады, медиальды түбір жартылай резорбцияланған, периодонтальды саңылау кеңейген. Тұрақты 3.5 тістің ұрығы уақытша тістің медиальды түбіріне жақын орналасқан. Дәрігер уақытша тісті жұлып тастауды шешті. Бірақ жұлу травматикалық және күрделі болды, өйткені уақытша тістің сауыты мен түбір бөлігі сынған. Осылайша, тісті жұлу операциясы үшін қысқыштармен жинақталатын тұмсық тәрізді қысқыштар, "өзінен" және "өзіне"элеваторлары қолданылды.

1. Алдын ала диагноз қандай?

2. Уақытша тістің травматикалық шығарылуымен қандай асқынудың дамуы мүмкін?

3. Балалардағы уақытша тістерді кетірудің ерекшелігі неде?

4. Уақытша тістерді кетірудің қандай ерекшеліктері бар?

5. Бұл асқынумен қандай алыс асқынулар мүмкін?

**№40 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім жоғарғы тіс аймағында тамақтану кезінде ауырсыну туралы шағымдармен балалар стоматологиялық клиникасына жүгінді. Жасөспірімнің айтуынша, аллергоанамнез ауырламаған, созылмалы соматикалық аурулар байқалған жоқ. Тісі үш күннен бері ауырады, бұрын емделмеген.

Ауыз қуысында: 1.6-тістің таңдай жағындағы қабырғасы толығымен бұзылған, түсі өзгерген, тіс жегі қуысы путридті массалармен толтырылған, перкуссия аздап ауырады, тістің айналасындағы шырышты қабат аздап гиперемияланған, ісінген. Оң жақтағы төменгі жақ асты лимфа түйіндері "бұршақтай" үлкейген, қозғалмалы, қоршаған тінмен жабыспаған.

Рентгенограммада: түбір аймағында периодонтальды саңылаудың кеңеюі байқалады, дистальды түбір аймағында жалын тілдері түрінде бұзылу ошағы бар, түбірлер гаймор қуысының жанында проекцияланады. Дәрігер тісті жұлу туралы шешім қабылдады. Бұл манипуляция үшін дәрігер байонет қысқыштарын қолданды. Бірақ тіс жұлу операциясы кезінде дәрігер қысқышты ішке қарай итеріп, тістің түбірін жоғалтып алды, содан кейін жұлынған тістің ұяшығынан қан қоспасы бар көпіршіктер пайда болды.

1. Баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2. Тісті жұлу кезінде қандай жергілікті асқыну болды?

3. Бұл асқынудықалай диагностикалауға болады?

4. Бұл асқынудың себебі неде?

5. Асқынуларды жоюдың емдік тактикасы қандай?

**№41 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім хирургиялық кабинетке иек асты аймағында ауыздың оң жақ бұрышына, альвеолярлы өсіндінің, оң жақтағы төменгі жақтың бірнеше тістеріне шағымданды, олар кеше тіс жұллғаннан кейін пайда болды.

Ауру анамнезінде: бір күн бұрын ортодонтиялық көрсеткіштер бойынша 4.4 жұлынып тасталды, жұлу жарақатты болды.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі физиологиялық түсті, аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланбайды.

Ауыз қуысын қарау кезінде: 4.4 тістің ұяшығы ерекшеліксіз, қан ұйындысымен толтырылған, төменгі жақтың қызыл иегі аймағында сезімталдығы бұзылған. Сезімталдықты зерттеу кезінде төменгі жақтың оң жақтағы альвеолярлы өсіндінің парестезиясы, оң жақтағы иек аймағы, ауыздың оң жақ бұрышындағы аймақ анықталады. 4.7, 4.6, 4.5 тіс электроодонтодиагностикасы (ЭОД) деректерінің төмендегені байқалады.

1. 4.4 тісті жұлғаннан кейін қандай жергілікті асқыну пайда болды?

2. Асқынудың мүмкін себептері қандай?

3. Осы клиникалық жағдайда хирург-стоматологтың емдік тактикасы қандай?

**№42 ситуациялық есеп**

Емханаға 14 жастағы жасөспірімнің ата-анасы жоғарғы тістің ауырсынуына шағымданып келді. Анасының айтуынша, аллергоанамнезі ауырламаған, созылмалы соматикалық аурулар байқалмайды, гепатитпен ауырмаған. Тіс екі күннен бері ауырады, бұрын емделген, бірақ пломбасы түсіп қалған.

Ауыз қуысында: 2.6 - 2/3-ке бұзылған, түсі өзгердген перкуссия күрт ауырады, қуыста пломба қалдықтары бар, тістің айналасындағы шырышты қабат аздап гиперемияланған, ісінген. Жақ асты лимфа түйіндері "бұршақтай" үлкейген, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған.

Рентгенограммада: тістің 2.6 түбірі аймағында периодонтальды саңылаудың кеңеюі байқалады, жалын тілдері түрінде медиальды және дистальды түбірлер аймағында бұзылу ошағы бар, түбір өзектеріндепломбалық материалдың қалдықтары бар, түбірлер жоғарғы жақ синусында проекцияланады. Дәрігер тісті жұлу туралы шешім қабылдады. Бұл манипуляция үшін дәрігер балға, байонет қысқыштарын және тікелей элеваторды қолданды. Жұлынған тістің тесігінен тіс шығару кезінде қан араласқан көпіршіктер пайда болды.

1. Баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2.Тіс жұлу кезінде қандай жергілікті асқыну болды?

3.Бұласқынуды қалай диагностикалауға болады?

4.Бұл асқынудың себебі неде?

5. Асқынуларды жоюдың емдік тактикасы қандай?

**№43 ситуациялық есеп**

Ана8 жасар баламен ауыз қуысын тазарту мақсатында хирург-тіс дәрігеріне жүгінді.

Анамнезде: анасының айтуынша, аллергоанамнез ауырламаған, соматикалық аурулардан – бала жиі суық тиюден зардап шегеді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі физиологиялық түсті, сол жақтағы жақ сүйегіндегі аймақтық лимфа түйіндері "бұршақтай" үлкейген, ауыртпалықсыз, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен тіндері жабыспаған.

Ауыз қуысын қарау кезінде: 7.5 тіс-пломбаның астында, түсі өзгерген, тік перкуссия сезімтал, тіс түбірлерінің проекциясында қызыл иектің шырышты қабатында іріңді ағысы бар жылан көз, жылан көз айналасындағы шырышты қабат цианотикалық, тістің айналасындағы өтпелі қатпарлар пальпациясы ауырмайды.

Дентальды рентгенограммада дистальды тіс түбірі аймағында жалын тілдері түрінде айқын емес контурлары бар сүйек тіндерінің бұзылуы байқалады, тістің медиальды түбірі жартылай резорбцияланған, периодонтальды саңылаудың кеңеюі байқалады, бифуркация аймағында да сирек кездеседі.

Дәрігер анестезияны орындағаннан кейін, істіктері бар тұмсық тәрізді қысқыштармен 7.5 тісті жұла бастады. Алайда, тісті жұлу операциясын орындау барысында шырышты қабаттардан қан кету пайда болды, жұлынған тістің ұяшығы үңірейген.

1. Бұл клиникалық жағдайда алдын-ала диагноз қандай?

2.Бұл тістің шығарылу кезеңдері қандай?

3.Балада қандай жергілікті асқыну болды?

4.Асқынудың мүмкін себептері қандай?

5.Осы клиникалық жағдайда хирург-стоматологтың емдік тактикасы қандай?

**№44 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына 15 жастағы жасөспірім ауыз қуысын тазартуға жүгінді.

Анамнезде: аллергоанамнез ауырламаған, соматикалық патология жоқ.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісініңтүсі физиологиялық.

Ауыз қуысын қараған кезде: тістің 4.6 сауыт бөлігі толығымен бұзылған, түсі өзгерген, перкуссия ауырмайды, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт қызғылт түсті. Дәрігер 4.6 тісті жұлу туралы шешім қабылдады, анестезия жасады. Тісті жұлу үшін дәрігер аузын кеңінен ашуды сұрады, тістің айналмалы байламын (синдестомия) ажыратты, содан кейін тұмсық тәрізді қысқыштарды пайдаланып, 4.6 тісті жұлып тастады, бірақ жұлғаннан кейін жасөспірім аузын жаба алмады. Келесі клиникалық көрініс байқалды: аузы ашық, иек алдыңғы жаққа қарай ығысқан, алдыңғы тістері түіспейді, ұрттары тегістелген және кернеулі, төменгі жақты бүйірге қозғалту мүмкіндігі жоқ. Алдыңғы жағын құлақ бүртігінен пальпациялағанда, құлдырау сезіледі (бұл жерде қалыпты түрде оңай пальпацияланатын айдаршық басының болмауы), ал бет доғасының астында, алдыңғы бөлімде ісіну байқалады – айдаршық өсіндісінің басыығысқан.

1. 4.6 тісті шығару процесінде қандай жергілікті асқыну пайда болды?

2.Жасөспірімді қабылдау кезінде дәрігер қандай ұйымдастырушылық жағдайды бұзды?

3. Асқынудың себебі неде?

4. Бұл клиникалық жағдайда қандай емдеу тактикасы қажет?

**№45 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім емханаға оң жақтағы төменгі жақ аймағында ауырсыну туралы шағымдармен жүгінді.

Ауру тарихы: аллергоанамнез ауырламаған, соматикалық аурулардан анасы созылмалы тонзиллитті атап өтті. Тісі бұрын емделген, бірақ пломбасы 2 жыл бұрын түсіп қалған.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Сол жақтағы жақ асты лимфа түйіндері үлкейген, өлшемі 0, 8х1,2, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған.

Ауыз қуысын қарау кезінде: 3.6 тіс - толығымен бұзылған, түсі өзгерген, перкуссия күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген. Өтпелі қатпарды пальпациялау ауырады, бірақ "тербеліс" симптомы теріс.

Дентальды рентгенограммада "жалын тілдері"түрінде 3.6 тістің түбірі аймағында сүйек тінінің сиреуі байқалады. Дәрігер тісті элеватормен жұлуды шешті. Өткізгіштік анестезиядан кейін ол элеваторды терең енгізді және 3.7 тісіне сүйеніп, себерші тісті жұлуға тырысты. Бірақ бұл қозғалыста 3.7 тістің толық шығып кетуі орын алды.

1.Бұл асқынудың себебі неде?

2.3.7 тіске қатысты одан әрі емдеу тактикасы қандай?

**№46 ситуациялық есеп**

Ана7 жасар қызының емханаға оң жақтағы төменгі жақ аймағындағы ауырсыну сезіміне шағымданады.

Ауру тарихы: аллергоанамнез ауырламаған, анасы соматикалық аурулардан гастрит, жиі суық тиюді атап өтеді. Сондай-ақ, анасының айтуынша, бала бұрын тістерін емдеген.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Оң жақтағы иек асты лимфа түйіндері үлкейген, өлшемі 0,5х0,8, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған. 8.5 тістің шайнау-апроксимальды бетіне қараған кезде терең тісжегі қуысы бар, зондтау ауырмайды, перкуссия күрт ауырады.

Рентгенограммада тіс түбірлерінің бифуркация аймағында сүйек тінінің сиреуі, кортикальды пластинканың деструкциясы, тіс түбірлерінің резорбция белгілері байқалады. Рентгенологиялық мәліметтерге сүйене отырып, тісті жұлу туралы шешім қабылданды. Дәрігертұмсық тәрізді істігі бар түйіспейтінқысқышпен тісті жұлуғакірісті. Бірақ тісті шығару кезінде интакті 5.5 тістің сауыт бөлігінің сынуы пайда болды.

1. Қыздың алдын-ала диагнозы қандай?

2.Қандай жергілікті асқыну болды?

3.Бұл асқынудың себебі неде?

**№47 ситуациялық есеп**

4 жастағы баланың ата-анасы тамақтану кезінде тіс ауруы туралы шағымдармен хирургиялық кабинетке жүгінді.

Анамнезінде: анасының айтуы бойынша бала А гемофилиясынан зардап шегеді және гематологтың есебінде тұрады. Тіс 2 күннен бері ауырады, олар тіс дәрігеріне жүгінбеген.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза, бозғылт. Ауыз қуысында: 6.4 тістің шайнау-апроксимальды бетінде тіс қуысымен байланысатын тісжегі бар, терең зондтау ауырмайды, тік перкуссия өткір ауырсынуды тудырды. Тістің айналасындағы шырышты қабатаздап гиперемияланған, ісінген.

Рентгенограммада түбірдің апикальды бөлігінде "жалын тілдері" түрінде сүйек құрылымының сиреуі және периодонтальды саңылаудыңкеңеюібайқалады, тұрақты тістің ұрығы патологиясыз. Дәрігер 6.4 тісті жұлуды шешті.

1. Гемофилияның анықтамасы қандай?

2. Емхана жағдайында 6.4 тісті жұлу операциясы мүмкін бе?

3. Балалардың осы санатына қандай асқынулар тән?

**5 ТАРАУ. БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАҚ-БЕТ АЙМАҒЫНЫҢ ҚАБЫНУ АУРУЛАРЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫНЫҢ, ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ ЖӘНЕ ОЛАРДЫ ЕМДЕУДІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ**

**№48 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім тамақтану кезінде тіс ауруы, дене температурасының жоғарылауы, әлсіздік және дімкәстік туралы шағымдармен хирургиялық кабинетке жүгінді.

Объективті: Объективті: оң жақ төменгі жақ аймағында жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты бет асимметриясы, терінің түсі физиологиялық,қатпарға жиналмайды. Дене температурасы 38,2°C.

Ауыз қуысын қарау кезінде: 4.6 тістің сауыт бөлігі ½ бұзылған, тістің шайнау бетінде жұмсарған дентинмен толтырылған терең қуыс бар. Тістің вертикальды перкуссиясы оң, тістің айналасындағы шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген, вестибулярлық жағынан тегіс өтпелі қатпар бар, пальпация ауырсынады, флюктуация симптомы оң.

Оң жақтағы иек асты лимфа түйіндері үлкейген, пальпация кезінде ауырмайды, серпімді консистенциялы, қозғалмалы, терісі мен тіндері жабыспаған.

Рентгенограммада: 4.6 түбір ұшы аймағындағы периапикальді тіндерде периодонтальды саңылаудың кеңеюі анықталады.

Жалпы қан анализіне сәйкес лейкоциттік формуланың солға жылжуы анықталады, ЭОЖкөрсеткіштері жоғарылаған.

1. Жасөспірімде алдын-ала диагноз қандай және ауруды анықтаңыз?

2. Тіске қатысты шешіміңіз қандай?

**№ 49 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық емханасына 7 жастағы баласы бар ана тері астында "шардың" пайда болуы туралы шағымдармен жүгінді.

Ауру тарихы: түзілістің пайда болғанын 2 күн бұрын байқаған. Анасының айтуынша, қазіргі уақытта бала 7.5 тісінің созылмалы периодонтиты бойынша тіс дәрігерінде емделуде.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Ауыз қуысында: 7.5 тісі ашық, терең зондтау ауырмайды, перкуссиясы сезімтал, тістің айналасындағы шырышты қабат аздап гиперемияланған, ісінген, өтпелі қатпарда кесілгеннен кейін эпителизацияланған шырышты қабат байқалады. Жақ асты аймақта сол жақта пальпация кезінде аздап ауыратын, дөңгелек пішінді, қозғалмалы, қоршаған тіндерге жабыспаған, жұмсақ серпімді консистенциясы бар үлкейген лимфа түйіні пальпацияланады. Жалпы қан анализінен мыналар анықталды: орташа айқын нейтрофильді лейкоцитоз, салыстырмалы лимфоцитоз, ЭОЖ жылдам.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл аурудың этиологиялық факторы қандай?

3.Лимфа жүйесі және оның рөлі дененің қай бөлігі болып табылады?

4.Аурудың алдын-алу қандай?

**№50 ситуациялық есеп**

Хирург-тіс дәрігеріне 12 жастағы баламен бірге әлсіздік, діңкәлау, мойнында "ісіктің" болуы, дене температурасының шамалы көтерілуі, тәбеттің нашарлауы туралы шағымдармен жүгінді.

Morbi анамнезі: анасының айтуынша, отбасында үлкен бала (8 баладан) дені сау, жетіліп туылған. Симптомдар бір ай бұрын байқалған. Балаға жиі суық тиеді, жөтеледі.

Vitae тарихы: көп балалы отбасы, аз қамтылған.

Объективті: дене бітімі астеникалық, дене температурасы – 37,2°C. Беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Жақ асты және қолтық асты аймақтарда және мойынның алдыңғы бетінде m. sternocleidomasteideus лимфа түйіндерінің ұлғаюы, мөлшері 6-7, өлшемі 0,3х0,5 мм, ауыртпалықсыз, тығыз, қоршаған тіндерге жабыспаған, қозғалмалы. Дәрігер аускультацияны жүргізуге шешім қабылдады, онда қатты тыныс алу және шашыраңқы құрғақ сырылдар табылды. Қан анализінде (Oak) орташа лейкоцитоз (11,0 г/л), лимфопения (18%), ЭОЖ жылдам – 18 мм/сағ.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойып, анықтама беріңіз?

2.Бұл ауру балаларда қалай диагностикаланады және бұл жағдайда қандай маманның кеңесі қажет?

3.Балалардағы қан мөлшері қандай?

4.Бұл балаға қандай қосымша зерттеулер қажет?

5.Кеуде қуысының рентгенограммасында балаларда қандай өзгерістер тән?

**№51 ситуациялық есеп**

Жақ-бет ауруханасының қабылдау бөлмесіне 5 жастағы баланың ата-анасы ісіну, дене қызуы, әлсіздік, тәбеттің болмауы, енжарлық туралы шағымдармен жүгінді. Ата-аналардың айтуынша: екі күн бұрын балаға төменгі тіске пломба қойылған, содан кейін бала тамақтану кезінде ыңғайсыздық сезінді. Келесі күні ісіну пайда болды, бірақ олар дәрігерге бармады. Олар тұзды ерітіндімен жиі шаюды өздері жасады. Соңғы күні баланың жағдайы нашарлады, жұтыну кезінде ауырсыну қосылды.

Анамнезде: ата-аналар жиі суық тиюді атап өтеді.

Объективті: төменгі жақтағы және сол жақ асты аймағындағы жұмсақ тіндердің коллатеральды ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, терісі гиперемияланған, ісінген, жылтыр, қатпарға жиналмайды. Тілді қозғағанда және аузын ашқанда ауырсыну күшейеді.

Ауыз қуысын қарау кезінде: композитті пломбамен 7,5 тіс қалпына келтірілген. Тістің айналасындағы шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген, 7.5 және 7.4 тістердің аймағында муфт тәрізді қалыңдаған, перкуссия қатты ауырады. Флюктуациялық симптом оң. Бұл тістердің патологиялық қозғалғыштығы байқалады, тістің патологиялық пародонт қалтасынан іріңдеу анықталады.

Жақ-тіл үзеңгісі тегістелген, жақ-тіл үзеңгі аймағындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, пальпация кезінде күрт ауырады.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай және анықтама беріңіз?

2.Қабыну кезінде қан көрсеткіштерінің қандай өзгерістері бар?

3.Бұл жағдайда балада қандай ұзақ мерзімді асқынулар болуы мүмкін және неге?

**№52 ситуациялық есеп**

Ата-анаемханаға 7 жастағы баласымен төменгі жақтағы тістің ауыруына шағымданады.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі физиологиялық түсті, аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Ауыз қуысын қарау кезінде: 7.4 тісте пломбалық материалдар қалдықтары бар тіс жегі қуысы, тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген. 7.4 тісті зондтау ауырмайды, тіс жегінде жұмсарған дентиннің көп мөлшері байқалады. Тістің перкуссиясы күрт ауырады.

Рентгенограммада дистальді түбір аймағында айқын тегіс контуры бар сүйек тінінің шағын дөңгелек деструкциялық ошағы байқалады, түбір өзектерінде пломбалық материалдың жекелеген бөлшектері, патологиясыз тұрақты 3.4 тістің ұрығы бар.

1. Сіздің алдын-ала диагнозыңыз қандай?

2. Сіз бұл аурудың қандай формаларын білесіз?

3. Бұл клиникалық жағдайда іріңді-қабыну инфекциялық процесінің таралуының қандай жолы бар?

**№53 ситуациялық есеп**

Стоматологиялық клиникаға хирург-стоматологқа 14 жастағы баланың ата-анасы оң жақтағы құлақ аймағының ісінуі, аузы құрғауы туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: бұрын безде мерзімді шаншу және ауырлық байқалады, жүргізілген емдік процедуралардан кейін жеңілдейді. Гастроэнтерологтың есебінде созылмалы гастрит бойынша тұрады.

Объективті: оң құлақ маңы жұмсақ тіндердің ісінуі есебіненбеттің аздаған асимметриясы, ісіну аймағыныңүстіндегі тері жабындыларының түсі өзгермеген, қатпарға жиналады. Пальпация ауыртпалықсыз, жұмсақ консистенциялы үлкейген безанықталады. Түтіктің аузынан аз мөлшерде мөлдір сілекей шығады.

Сиалограммада: экскреторлық III, IV, V реттік арналардыңтарылуы, жіңішкеруі.Бездің паренхимасының көлеңкесі біркелкі анықталады.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Бұл ауруға сілекей безінің құрылымындағы қандай патологиялық өзгерістер тән?

3. Бұл аурудың емдік тактикасы қандай?

**№54 ситуациялық есеп**

Балалар жақ-бет бөліміне 9 жастағы бала ұрттың ісінуі, ауыздың құрғауы, Т-37,6°С жоғарылауына, дімкәстік туралы шағымдармен түсті.

Ауру тарихы: анасының айтуынша, бала 2 жыл бойы ауырады, осы кезеңде 5-6 рет, сол құлақ-шайнау аймағында мезгіл-мезгіл ісіну пайда болады. Бірақ бірнеше рет жүргізілген емдеу аясында ісіну жоғалып кетіп, біраздан соң қайтадан пайда болған. Аллергоанамнезі ауырламаған, соматикалық аурулардан–жиісуық тию. Жаман әдеттерден анасы ащы чипстерді жиі жейтінін айтады.

Объективті: сол жақтағы құлақ маңы аймағында жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің аздап асимметриясы, ісіну үстіндегі тері гиперемияланған, ісінген, жеңіл кернеу байқалады. Пальпация кезінде үлкейген, ауыратын, тығыз, түйнек безі сезіледі. Құлақ маңы безінің аймағын уқалау кезінде сілекей каналының сол жағында іріңді қоспасы бар аз тұтқыр сілекей шығады. Сол жақтағы түтіктің аузы гиперемияланған, ісінген.

Ремиссия кезеңінде жасалған контрастты сиалография: негізгі шығару түтігінің кеңеюі, бірінші және екінші реттік түтіктердің біркелкі емес кеңеюі, диаметрі 1,0 - 2,5 мм дөңгелек қуыстар байқалады.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Қандай препараттар үшін пайдаланады контрастирования безі?

3. Сілекей безінің ауруларын диагностикалаудың қосымша әдістері қандай?

4. Дифференциалды диагноз қандай аурулармен жасалады?

5. Бұл аурудың емдік тактикасы қандай?

**№55 ситуациялық есеп**

8 жасар баланың анасы жақ-бет қабылдау бөліміне оң жақтағы құлақ маңы аймағында ісіну, дене температурасының аздап жоғарылауы туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: анасының айтуынша, бала тамақ ауруымен және суық тиюмен жиі ауырады, екі апта бұрын ол балмұздақ жегеннен кейін ауырған. Ісіну 4 күн бұрын пайда болған.

Объективті: дене температурасы–37,6°С, баланың дене бітімі астеникалық.

Ауыз қуысында: жұтқыншақ гиперемияланған, бадамша бездерінде іріңді тығындар бар.

Сыртқы тексеру кезінде: оң жақтағы құлақ маңы аймағында жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің аздаған асимметриясы, ісіну үстіндегі тері түсі өзгермеген, қатпарға жиналады. Құлақ маңы аймағын пальпациялау кезінде тығыз, ауырсынатын аздаған инфильтрат анықталады, шығаратын түтіктің аузы өзгермеген, безді уқалау кезінде мөлдір сілекей шығады, без тығыздалған, аздап ауырсынады.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл клиникалық жағдайда аурудың нәтижесі және емдеу тактикасы қандай?

**№56 ситуациялық есеп**

Ана баласының 10 күн бойы құлақ маңы аймағындағы ісінуге, температураның жоғарылауына, тәбеттің жоғалуына, баланың тынышсыздығына шағымданып, жақ-бет қабылдау бөлміне жеткізілді.

Анамнезде: ол бір тәулік бойы ауырады, шала туылған, бала емізулі, анасында үш күннен бері мастит дамыған.

Объективті: құлақ маңы аймағында екі жағынан жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, без тығыздалған, ауырады, тері гиперемияланған, қатпарға жиналу қиын, түтіктердің ауыздары гиперемияланған, ісінген, түтіктерден іріңді қоспа шығады, пальпация кезінде құлақтың алдыңғы жағында флюктуация анықталады.

1. Баланың алдын-ала диагнозы қандай?

2.Бұл аурудың себебі неде?

3.Қандай ауруларды ажырату керек?

4.Бұл клиникалық жағдайда емдеу тактикасы қандай?

5.Бұл аурудың болжамы қандай?

**№57 ситуациялық есеп**

Ана8 жастағы баласымен емханаға құлақ маңы аймағында ісіну, әлсіздік, температураның жоғарылауы туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: 2 күннен бері ауырады. Анасының айтуынша, алдымен бір жағынан ісіну болды, кеше кешке беттің екінші жағы ісіп кеткен. Балада суық тию жиі кездеседі, бір апта бұрын ол жөтел мен түшкірумен бірге вирустық инфекциямен ауырған. Аллергоанамнезі ауырламаған.

Тексеру кезінде: дене температурасы 38о, құлақ маңы аймағында екі жағынан жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, ісіну үстіндегі тері түсі өзгермеген.

Ауыз қуысында құлақ маңы сілекей безінің өзектері гиперемияланған және ісінген, ауыздың құрғауы, пальпация кезінде тапшы мөлдір сілекей шығады. Құлақтың алдын және артын басқанда ауырсыну байқалады.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Бұл аурудың патогенезі қандай?

3.Бұл ауруға қандай негізгі клиникалық белгілер тән?

4.Аурудан кейін қандай асқынулар бар?

5.Бұл аурудың емдік тактикасы қандай?

**№58 ситуациялық есеп**

13 жастағы баланың ата-анасы стоматолог-хирургқа оң жақ асты аймақта ісіну және тамақтану кезінде өткір ауырсыну туралы шағымдармен жүгінді.

Анамнезінде: созылмалы гастрит бойынша гастроэнтерологта есепте тұрады, ащы және тұзды тағамдарды жақсы көреді. Ол 1,5 жыл бойы ауырады, бірақ соңғы күндері тамақтану кезінде өткір ауырсыну пайда болды және тамақтанудан кейін кетеді.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі бозғылт.

Ауыз қуысында: тіл асты білігі аймағындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген, сәл іскен, оң жақ Вартоноварнасының аузы кеңейіп, оң жақ төменгі жақ асты аймақты пальпациялағанда, төменгі жақ асты сілекей безінің шамалы ұлғаюы анықталады, бірақ консистенциясы мен түсі қалыпты. Безді уқалау кезінде сілекей бөлінбейді, ал сол жақта сілекей шығару қалыпты жағдай. Түтік бойымен пальпация кезінде оның ортаңғы үштен бірінде диаметрі 0,3 см тығыз конкремент пальпацияланады. Грин-Вермильон бойынша КПУ=6, ГИ=1,8.

1. Баланың алдын-ала диагнозы және негіздемесі қандай?

2.Нақты диагнозды растау үшін қандай қосымша зерттеу әдістері қажет?

3. Емдеу тактикасы қандай?

4. Хирургиялық емдеу әдісі қандай?

**6 ТАРАУ. БАЛАЛАРДАҒЫ ЖАҚ СҮЙЕКТЕРІНІҢ ОДОНТОГЕНДІ КИСТАЛАРЫ**

**№59 ситуациялық есеп**

Ортодонт дәрігеріне 13 жастағы баласымен анасы төменгі жақ аймағында тістердің тығыз орналасуына шағымданады.

Ауру тарихы: анасының айтуынша, қыз сау, созылмалы аурулар жоқ, аллергоанамнезі ауырламаған.

Объективті: беті симметриялы, дұрыс пішінді, терісі таза. Ауыз қуысында: 3.1 тіс ауыз жағына, 4.1 тіс вестибулярлық жаққа, 3.2 және 4.2 тістеріөз осінен айнала орналасқан. Алдыңғы бөлімдегі тіс доғасының пішіні тегістелген. Тіс доғасында 4.7 және 3.7 тістері жоқ. Федорова-Володкина бойынша тілдің қысқа жүгеншесі байқалады, КПУ=5, ГИ=2,2. Пальпация кезінде төменгі жақтың оң жақ бұрышындағы альвеолярлы өсіндінің аздап қалыңдауы байқалады, ауыртпалықсыз, тығыз.

Рентгенограммада төменгі жақтың оң жақ бұрышында айқын тегіс шекаралары бар дөңгелек пішінді сүйек тінінің ("Көгершін жұмыртқасындай") біртекті сиретілуі анықталады, түзіліс қуысында 4.7 тіс бар.

1. Балаға қандай диагноз қойылады?

2.Бұл түзілістің пайда болуы қандай?

3.Бұл түзілімнің макро-және микроскопиялық құрылымы қандай?

4.Бұл клиникалық жағдайда емдеу тактикасы қандай?

**№60 ситуациялық есеп**

Балалар стоматологиялық клиникасына 8 жасар баланың ата-анасы сол жақта төменгі жақтың ісінуіне шағымданады. Анасы ұзақ жыл бұрын сүт тістерін емдеуді атап өтеді. Бала созылмалы тонзиллитпен ауырады. Аллергоанамнез ауырламаған.

Объективті: төменгі жақтың сол жақ бұрышындағы альвеолярлы өсіндінің қалыңдауынан беттің асимметриясы, ісіну үстіндегі тері түсі өзгермеген. Ауыз қуысында: -композициялық материалдан жасалған пломбаның астындағы 7.5 тістің түсі өзгерген, тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт қызғылт түсті. Өтпелі қатпар тегіс, пальпация кезінде ауыртпалықсыз. Дюпюитрен симптомы оң.

Панорамалық рентгенограммада: айқын шекаралары бар дөңгелек пішіннің көлеңкесі байқалады ("тауық жұмыртқасындай"), қуыста тұрақты 3.5 тістің ұрығы бар, 3.6 және 3.4 тістердің ұрықтары ығысқан, бірақ бұл тістердің компактты қабатының бүтіндігі бұзылмаған.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Бұл аурудың емдеу тактикасы қандай?

**№61 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім тіс хирургынан кеңес алу үшін оң жақта жоғарғы жақ аймағында ісіну барына шағымданады.

Анамнезінде: жасөспірімнің тіс емдеуге деген теріс көзқарасы бар, бір жарым жыл бойы ол жоғарғы тістерді емдей бастады, бірақ стоматологиялық манипуляциялардан қорқып, емделмеді.

Объективті: оң жақтағы альвеолярлы өсіндінің дөңес болуына байланысты беттің аз ғана асимметриясы, ісінудің үстінде кішкентай тамырлы сурет, қатпарға жиналады. Терісі таза.

Ауыз қуысында: жоғарғы және төменгі жақтың шайнау тістеріндегі және жоғарғы жақтың премолярларындағы бірнеше тісжегі қуыстары. Жергілікті: 1.4 тіс қуысымен байланысатын медиальды-апроксимальды бетіндегі тіс жегі, терең зондтау және перкуссия ауыртпалықсыз, тістің түсі өзгерген, вестибулярлық жағынан 1.4 тістің түбір проекциясында альвеолярлы өсіндінің қалыңдауы байқалады, пальпация ауыртпалықсыз, Дюпюитрен симптомы оң, дөңес үстіндегі шырышты қабат бозғылт қызғылт түсті. Таңдайда шектеулі сфералық ісіну пальпацияланады, пальпация кезінде оңай басылады.

Рентгенограммада күмбез түріндегі гаймор синусының мөлшерінің азаюы және күңгірттеу ошақтары, 1.4 тістің түбір ұшында дөңгелек пішіннің пайда болуы байқалады, периодонтальды саңылау байқалмайды.

1. Жасөспірімге қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Диагноз қою үшін осы клиникалық жағдайда қандай қосымша диагностикалық әдісі қолданылады?

3.Дифференциалды диагноз қандай аурумен жасалады?

4.Бұл клиникалық жағдайда емдеу тактикасы қандай?

5.Хирургиялық араласу әдісі қандай?

**№62 ситуациялық есеп**

Емханаға 8 жасар баланың ата-анасы төменгі жақтың сол жағында ісінуге шағымданады.

Анамнезінде: бір жыл бұрын анасының айтуы бойынша төменгі тісте асқынған тісжегіні емдеген. Аллергоанамнезі аурламаған. Балада жиі суық тию бар.

Ауыз қуысында: 7.5 тіс пломбаның астында, түсі өзгерген, тік перкуссия ауырмайды, вестибулярлық жақтағы 7.5 тіс түбірінің жоғарғы бөлігінің проекциясында өтпелі қатпар бойымен ісінген, ауыртпалықсыз, шырышты қабаттың түсі өзгермегені. Өтпелі қатпардың пальпациясы ауыртпалықсыз, "пергамент қытыры"симптомыоң.

7.5 тістің түбірі аймағындағы панорамалық рентгенограммада дөңгелек пішінді тегіс жиектері бар сүйек тінінің бұзылу ошағы түріндегі аймақ белгіленеді, түзілім қуысында тұрақты 3.5 тістің ұрығыныңаз бөлігі бар.

1. Балаға қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Бұл түзіліске қатысты емдік тактика қандай?

3.Цистотомия операциясының көрсеткіштері қандай?

4.Цистотомия операциясының кемшіліктері қандай?

5.Цистотомия әдісі қандай?

**№63 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім жоғарғы жақтың фронтальды аймағында ісінудің болуы, мұрынның бітелуі, иіс сезуінің төмендеуі, мұрынның тыныс алуының қиындауы туралы шағымдармен кеңеске жүгінді.

Анамнезде: екі жыл бұрын алдыңғы тістердің жарақатын атап өтеді. Тіс емделмеді, тек оның қозғалғыштығына байланысты тістің бекітілуі жасалған. Аллергоанамнезі ауырламаған. Соматикалық аурулардың ішінде созылмалы тонзиллит байқалады.

Объективті: жоғарғы жақтың фронтальды аймағында альвеолярлы өсіндінің ісінуіне байланысты аздаған асимметрия. Ауыз қуысында: 1.1-сауыт бөлігі интактілі, түсі өзгерген, терең зондтау және тік перкуссия ауырмайды, 1.2 тіс ығыстырылған, 1.1 және 1.2 тістердің арасында 2,0 мм алшақтық байқалады, вестибулярлық жағынан 1.1 тістің түбірінің жоғарғы проекциясында өтпелі қатпар бойынша ісіну бар, ауыртпалықсыз, шырышты қабат түсі өзгермеген. Мұрын қуысының риноскопиясында Гербербілігі көрінеді (төменгі мұрын жолындағы доғал). Өтпелі қатпардың пальпациясы ауыртпалықсыз, "пергамент қытыры"симптомымен бірге жүреді.

1.2 тістің түбірі аймағында рентгенограммада периодонтальды саңылаудың кеңеюі және оның тісте болмауы байқалады 1.1, тістің 1.1 түбірінің проекциясында дөңгелек пішінді тегіс жиектері бар сүйек тінінің бұзылу ошағы түріндегі түзілім бар.

1. Жасөспірімге қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2.Берілген түзілім туралы анықтама беріңіз

3.Бұл патологиялық түзілімнің пайда болу механизмі қандай?

4.Бұл түзіліске қатысты емдік тактика қандай?

**№64 ситуациялық есеп**

14 жастағы жасөспірім хирургиялық кабинетке тіл асты аймақта пайда болатын немесе жоғалып кететін түзілістің барына шағымданады.

Ауру тарихы: ата-аналар бұл түзілісті ештеңемен байланыстырмайды. Мұқият жүргізілген сұраудың нәтижесінде баланың жоғарғы еріннің қысқа үзеңгісі мен тілдің қысқа үзеңгісіне хирургиялық араласу жүргізілгені анықталды, ортодонт дәрігерінде тістем аномалиясына байланысты ұзақ уақыт емделгені анықталды.

Қарау кезінде: сыртқы тексеру кезінде бет пішіні дұрыс. Ауыз қуысында готикалық таңдай байқалады. Төменгі жақтың алдыңғы тістеріндегі ауыз қуысының вестибуласы таяз. Ауыздың ашылуы еркін. Тіл асты аймақта сопақша пішінді жарты шар тәрізді, жұмсақ серпімді консистенциясы бар, ауыртпалықсыздөңес байқалады. Шырышты қабат созылған және жіңішке, мөлдір көкшіл реңкті. Түзілім оң жақтағы тіс асты без түтігінің жанында орналасқан

1. Жасөспірімнің алдын-ала диагнозы қандай?

2. Бұл клиникалық жағдайда түзілімнің себебі неде?

3. Неліктен түзілім пайда болады, содан кейін жоғалады?

4. Бұл түзілімге қатысты емдік тактика қандай?

**№65 ситуациялық есеп**

16 жастағы жасөспірім тіс дәрігерінен кеңес алу үшін төменгі жақтың оң жағында аздап ісіну бар екеніне шағымданады. Анамнезде 3.6 тістің радикулярлы кистасы (цистэктомия) себебінен хирургиялық араласу байқалады. Жасөспірімнің айтуынша, операция сәтті өткен, операциядан кейінгі кезеңде асқынулар болмаған. Аллергоанамнезі ауырламаған. Соматикалық аурулардың ішінде жиі суық тию байқалады.

Объективті: төменгі жақтың оң жақ бұрышындағы альвеолярлы өсіндінің ісінуіне байланысты аздаған асимметрия.

Ауыз қуысында: 3.6 тісі жоқ, бұл тістің вестибулярлық жағында өтпелі қатпар бойымен ісіну бар, ауыртпалықсыз, шырышты қабат түсі өзгермеген. Өтпелі қатпарды пальпациялау ауыртпалықсыз, басқан кезде тығыз болады. 3.7 және 3.5 тістердің жоқ тіс жағына конвергенциясы бар. 3.7 тістің шайнау бетістеклоиономерлі материалымен пломбаланған. 3.5 тістіңапроксимальді бетінде тіс қуысымен байланыспайтын тісжегі бар. Тісті зондтау және перкуссиясы ауыртпалықсыз. Тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт қызғылт түсті.

1. Жасөспірімге қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл патологиялық түзілімнің пайда болу механизмі қандай?

3. Қандай қосымша зерттеу әдістерін жүргізу керек?

4. Бұл түзілімге қатысты емдік тактика қандай?

5. Кисталардың жіктелуі қандай?

**№66 ситуациялық есеп**

15 жастағы жасөспірім тіс дәрігеріне жоғарғы жақтың фронтальды аймағында ісінудің болуы, мұрынның тыныс алуының қиындауы туралы шағымдармен емханаға жүгінді.Анамнезінде: 1.2 тіс асқынған тісжегі себебінен емделген. Соматикалық аурулардан жиі ЖРА белгілейді.

Объективті: 1.2 тіс стеклоиономерлі материалмен пломбаланған, тік перкуссия ауырмайды, 1.1 тіс ығыстырылған, 1.1 және 1.2 тістердің арасында 2,0 мм саңылау байқалады, вестибулярлық және таңдай жағынан 1.2 тістің түбір ұшының проекциясында альвеолярлы өсіндінің ісінуі бар, ауырмайды, шырышты қабат түсі өзгермеген. Өтпелі қатпардың пальпациясы ауыртпалықсыз, таңдай пальпациясы "пергамент қытыры"симптомымен бірге жүреді.

Рентгенограммада: 1.2 тісітүбірден жоғарғы пломбаланған, периодонтальды саңылаудың кеңеюі және оның 1.1тісте болмауы байқалады, 1.2 тістің түбірінің проекциясында тегіс дөңгелек жиектері бар сүйек тінінің бұзылу ошағы түріндегі аймақ бар.

1. Жасөспірімге қандай алдын-ала диагноз қойылады?

2. Бұл патологиялық түзілімнің морфологиялық сипаттамасы қандай?

3. Гербер симптомы қашан анықталады?

4. Дәл диагноз қою үшін сәулелік диагностика әдісі қандай?

5. Бұл патологиялық қалыптасуға қандай белгілер тән?

6. Радикулярлық кистаның рентгенологиялық өлшемдері қандай?

**СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕРДІҢ ЖАУАПТАРЫ**

**Тақырып бойынша ситуациялық есептерге жауаптар: "Балалардағы жақ-бет аймағының морфофункционалды ерекшеліктері»**

**№1 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Төменгі жақтың 8.5 тістің оң жақ жедел іріңді одонтогенді остеомиелиті.

2. Бұл аурудың алыс асқынулары: тұрақты тістердің ұрықтарының және жақтың өсу аймағының бүлінуі, нәтижесінде деформациялар мен ақаулар, төменгі жақтың дамымауы, бұл жақтың анатомиялық құрылымдық ерекшеліктерімен байланысты. Балалардағы жақ сүйектерінің остеокластикалық және остеобластикалық процестері өте қарқынды, олардың дамыған қанайналым жүйесімен байланыстыруға болады. Өз кезегінде, балаларда жақ сүйектері қан айналымы ересектерге қарағанда мол, инфекция оңай жұғады. Жақ сүйектерінің инфекциясын сонымен қатар кең гаверсов өзектерімен, жұқа және нәзік сүйек құрылымы да жеңілдетейді, олардың арасында миелин тіндерінің көп мөлшері және ересектердегі сары сүйек кемігіне қарағанда әртүрлі ынталандыруларға төзімсіз қызыл сүйек кемігі бар. Балалық шақтағы жақ сүйек қабығы қалың болады. Жақ сүйектерінің өсуі қарғымалы болады: 1-3 жас, 7-9 жас және 12-14 жас (босанғанға дейін және жыныстық жетілу кезеңдері.). Сонымен қатар, жақтардың әртүрлі бөліктерінде сүйектердің біркелкі өсуі анықталады, өсу аймақтары болады. Жоғарғы жақта бұл таңдайлық тігіс, төменгі орбитальды жиек, бұдырдың артқы қыры; төменгі жақта – айдаршық өсіндісі, бұрышы және тармағы. Төменгі жақтың альвеолярлы өсіндісі ерекше орын алады, өйткені ол тістердің өсуімен бірге жүреді. Егер тістер өспесе, сүйектің де өсуі кешігеді. Бұл клиникалық жағдайда іріңді процесс төменгі жақтың бұрышында болады, нәтижесінде өсу аймақтарының бірі бұзылып, осы асқынуларды тудырады.

3. Балаға стационар жағдайында жалпы анестезиямен хирургиялық араласу қажет.

**№2 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылады: 8.4 тістің оң жағындағы төменгі жақтың жедел іріңді периоститі.

2. Балада периостомия кезінде қан кетудің этиологиялық факторы балалардағы төменгі жақтың құрылымы мен қанмен қамтамасыз етілуінің ерекшелігі болды. Балалардың сүйек ішілік емес, сонымен қатар экстраосальды қанмен қамтамасыз етілуі (сүйек қабы арқасында) екенін есте ұстаған жөн. Сүйек қабында бір-бірімен анастомоз жасайтын көптеген қан тамырлары бар. Төменгі жақтың қанмен қамтамасыз етілуінің негізгі көзі а. Alveolaris inferior, бірақ бұл артериядан басқа, кейбір авторлардың айтуы бойынша төменгі жақты қоректендіретін қосымша 7 артерия бар.

Осылайша, сүйек қабы қанмен толығымен қамтамасыз етіледі. Жақ сүйектерін кесу кезінде дәрігер абай болу керек және өтпелі қатпарда бойымен тілік жасап, сүйек қабына дейін тұйық жолмен бару керек. Скальпельмен өрескел енгізу көп қан кетуіне әкелуі мүмкін.

3. Осы клиникалық жағдайда қан кетуді тоқтату үшін йодоформды дәкемен тығындау қажет, гемостатикалық губканы қолдануға болады. Тұрақты қан кету кезінде, қан кетуді тоқтатудың жергілікті әдістері көмектеспесе, науқасты аурухананың жақ-бет бөліміне жатқызу керек.

**№3 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға созылмалы одонтогенді лимфаденит диагнозы қойылған.

Лимфаденит – аймақтық лимфа түйіндерінің инфекция нәтижесінде қабынуы.

2. Инфекцияның кіру қақпасы – уақытша тістер болып табылады. Айта кету керек, балаларда тістер тұрақты даму үстінде. Ұлпа түбірдің қалыптасуы аяқталғанға дейін және оның резорбциясы кезінде периодонтальды тіндермен тығыз байланысты. Уақытша тістердің дентин түтікшелері кеңірек және қысқа.

3. Иммунологиялық жүйе 7 жасында жетіледі. Ерте жаста лимфа түйіндерінің тосқауыл функциясының қалыптасуы аяқтала қоймайды. Балаларда тіндерде қан айналымының жоғары қарқындылығы, паренхималық органдардың жетілмегендігі, қан-ми тосқауылының жоғары өткізгіштігі байқалады. Тіндік тосқауылдың жетілмегендігі – аурудың бір нозологиялық формасының екіншісіне тез ауысуына әкеледі. Жалпы реакциялар, көбінесе, жергілікті қабыну процесінің дамуынан асып түседі. Балалардағы лимфадениттердің пайда болуы жергілікті тіндік иммунитеттің толық қалыптаспауымен, лимфа түйіндерінің жетілмегендігімен, олардың тосқауыл фагоцитарлық функциясының төмендеуімен және созылмалы инфекция ошақтарының болуымен байланысты.

Гипотермия, стресс, жарақат, инфекциялық аурудың болуы сияқты факторлардың инфекцияны белсендіру және лимфа түйініндегі гуморальды және жасушалық реакцияларды төмендету үшін маңызы зор.

**№4 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Диагноз: оң жақ шықшыт буынының анкилозы

2. Жаңа туылған нәрестелерде буын басы мен шұңқыры тек сүйек қабымен қапталған және шеміршек жамылғысынан айырылған. Бұл қабыну немесе жарақат нәтижесінде буын тіндерінің тез бұзылуын, артикуляциялық беттердің "ашылуын" және олардың арасында сүйек адгезиясының пайда болуын түсіндіреді. Сонымен қатар, буын шұңқырының 4 артқы жағы күмбезі дабыл қуысымен шектеседі, бұл қабынудың ортаңғы құлақтан буынға тез ауысуына ықпал етеді. Сондай-ақ, балалық және жасөспірім шақта шықшыт буыны құрылымының ерекшелігі – буын басы гиалинді шеміршектің және перихондрияның жұқа қабатымен жақсы анықталған камбиалды және талшықты қабаттармен жабылған. Буын шұңқыры мен буын басы тек бірдей қабаттармен сүйек қабымен қапталған. Буындық диск тығыз коллагенді дәнекер тіннен тұрады (ересектерде буын беттері және ортасындағы буын дискісі шеміршектің құрылымын алады).

Сондықтан буынның қабыну процестері бар балалар мен жасөспірімдерде сүйектің бітуі әрдайым артикулярлық беттер арасында пайда болады (ересектерде дәнекер тіндердің бірігуі). Айдарлы өсіндінің аймағында төменгі жақтың бойлық өсу аймағы бар.

**№5 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Төменгі оң жақта 8.5 тістің жедел іріңді периоститі

2. Бұл анестезияның мақсатты нүктесі – төменгі жақ сүйегі бұтағының ішкі (ортаңғы) бетінде, төменгі жақ каналының ортаңғы бөлігінде орналасқан төменгі жақ тесігі. Бұл саңылау жақтың өсуіне және дамуына байланысты мөлшері жағынан да, орналасуы жағынан да өзгереді. 9 айдан 1,5 жасқа дейін төменгі жақ тесігі альвеолярлы өсіндінің деңгейінен орта есеппен 5 мм төмен орналасады. 3,5-4 жастағы балаларда саңылау орта есеппен тістердің шайнау бетінен 1 мм төмен орналасады. 6 жастан 9 жасқа дейін бұл тесік тістердің шайнау бетінен орташа есеппен 6 мм жоғары, ал 12 жастан кейін ол тістердің шайнау бетінен шамамен 3 мм жоғары орналасады.

Балаларға төменгі жақ анестезиясын жүргізу кезінде төменгі жақ тесігінің топографиясының жас ерекшеліктерін білудің маңызы зор. Осылайша, жақ дамыған сайын ол жоғары қарай қозғалады. Ересектерде ол альвеолярлы өсіндінің шеті бойымен және төменгі күрек тістердің шайнау беті бойымен шартты түрде салынған көлденең сызықтар арасында орналасады. Алайда, алдыңғы жағынан бұл тесік сүйек тігісімен жабылған, бұл төменгі жақ анестезиясы кезінде иненің алға жылжуы жолында кедергі келтіреді.

Төменгі жақ тесігінің өзі ойық пішініне ие және оның үстінде төменгі альвеолярлы нерв еркін орналасқан ойық орналасқан. Жақ денесінде бұл нерв көлденең орналасқан, тұрақты премоляр ұясының астында нерв екі бөлікке бөлінеді. Түтікшенің ішкі, тар тармағы орта сызыққа қарай созылады. Сыртқы және кең тармақ, сондай-ақ иек арнасы, қиғаш артқа және иектің ашылуына дейін бағытталған. Бірақ 3-4 жастағы балаларда жақтың өсуіне байланысты ересектерге қарағанда екі есе тар болады. Бұл жаста төменгі жақ тесігі мен самай айдарына дейінгі ара қашықтық 8-9 мм, 5-6 жаста - 10 мм, 11-13 жаста - 12-13 мм болады.

Төменгі жақ тесігінің өзі төменгі деңгейде, төменгі азу тістерінің шайнау бетімен бір жазықтықта орналасқан. Сондықтан, төменгі жақ анестезиясын жүргізген кезде инені төменгі молярлардың шайнау бетіне жақын енгізеді, баланың жасы неғұрлым жас болса, соғұрлым төмен болады. Мектепке дейінгі жаста барлық үш нервтің сезімталдығын өшіруге болады.

**"Хирургиялық стоматологиялық аурулары бар балаларды тексеру әдістері" тақырыбы бойынша ситуациялық есептерге жауаптар**

**№6 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Ревматикалық артрит, артикулярлы-висцеральды форма, жедел ағымы.

2. Шықшыт буыны ауруларының этиологиялық факторлары: жергілікті және жалпы факторлар, психоэмоционалды бұзылулар. Жергілікті факторларға мыналар жатады: окклюзиялық бұзылулар, шайнау бұлшықеттерінің физиологиялық жағдайының бұзылуы, төменгі жақтың кеңістіктік жағдайының өзгеруі және бірлескен элементтердің функционалды өзара әрекеттесуі, буынның өткір және созылмалы жарақаттары, ауызішілік парафункционалды әдеттер. Жалпы факторларға мыналар жатады: дәнекер тінінің жүйелік аурулары, нейрогормональды және метаболикалық бұзылулар, тірек-қимыл аппаратының бұзылуы, жұқпалы аурулар. Психоэмоционалды бұзылу дегеніміз–психо-әлеуметтік стресс, мазасыздық, депрессия, ұйқының бұзылуы және басқалар. Ревматикалық артриттің жиі кездесетін этиологиялық факторлары – жеделреспираторлық вирустық инфекция немесе бактериялық вирустық инфекция

3. Міндетті клиникалық зерттеу әдістеріне мыналар жатады: жақ-бет аймағын сыртқы тексеру, шықшыт буынын визуалды зерттеу, СТЖБ пальпациясы және аускультациясы, СТЖБ қозғалғыштығының өзгеруі (бұрыштық өлшеу), шайнау бұлшықеттерін, мойын бұлшықеттерін және жоғарғы аяқ-қол белдеуін пальпациялау.

Зерттеудің қосымша әдістері рентгенологиялық зерттеулер. Томография, ортопантомография, панорамалық зонография, сонымен қатар заманауи технологиялар: КТ, МСКТ, дентальды көлемді томография, МРТ. Функционалды зерттеулерден шайнау бұлшықеттерінің электромиографиясы, аксиография, МРІ – талдау (төменгі жақтың орналасу көрсеткіші), артикулярлы дыбыстық құбылыстардың аудиографиясы маңызды. Соңғы жылдары буынның ішкі бұзылыстарын диагностикалау кезінде эндоскопиялық технологияларға, атап айтқанда артроскопияға үлкен мән берілді.

4. Құлақтың алдыңғы жағындағы тері арқылы немесе сыртқы есту каналының алдыңғы қабырғасы арқылыСТЖБ бимануалды пальпациялау, жақ сүйектерінің орталық окклюзия жағдайында және жақ сүйектерінің қозғалысы кезінде жүзеге асырылады. Баланың басы бас сүйегіне сүйенуі керек. Бұл жағдайда саусақтардың ұштары сыртқы есту жолдарының алдыңғы қабырғасына орнатылады, онда ауырсыну, қысылу, басу және буынның қозғалғыштығы анықталады.

5. СТЖБ жедел артритіндегі рентгенологиялық өзгерістер жоқ, эффузияға байланысты бірлескен алшақтықтың кеңеюі сирек дамиды.

6. Соңғы диагноз қою үшін ревматологтың кеңесі қажет.

7. Ревматоидты артрит кезінде зертханалық талдауларда мынадай өзгерістер болуы мүмкін: құрамында гемоглобині 90 г/л-ге дейінгі гипохромды анемия, СОЭ-нің 30 мм/сағ-қа дейін ұлғаюы, лейкоцитоз, ревматоидты факторды анықтау.

**№7 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. 5.3 тістің оң жағындағы жоғарғы жақтың жедел іріңді периоститі. Периостит–бұлсүйек қабығының жедел қабынуы, онда жақ сүйегіндегі бастапқы инфекциялық-қабыну процесі зардап шеккен тістің пародонтымен шектеледі. Периостит – қабынупроцесінің альвеолярлы өсіндініңсүйек қабығы және жоғарғы жақ сүйегі мен альвеолярлы бөліктің және төменгі жақтың денесіне таралуымен сипатталады.

2. Инфильтрат аймағында іріңді экссудаттың болуын көрсететін симптом – флюктуациясимптомы деп аталады.

3. Флюктуация симптомы пальпация арқылы анықталады. Сүйек қабығының қабыну ошағында жұмсақ тіндерді пальпациялағанда тығыз ауырсынатын инфильтрат анықталады. Қабынудың серозды формасы өтпелі қатпардағы іріңді формаға ауысқан кезде білік тәрізді доғал пайда болады – сүйек қабығы асты абсцесі, пальпация кезінде жұмсақ және инфильтраттың ортасында флюктуация анықталады.

4. Рентгенограммада себепті тістің периодонтальды саңылауының кеңеюі, созылмалы периодонтитке тән тіс түбірі аймағында сүйек тінінің бұзылу ошақтарының болуы байқалады.

**№8 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда зерттеудің келесі әдістерін қолдану керек: физикалық (бимануалды пальпация), аспаптық (зондтау), сәулелік (ультрадыбыстық, ортопантомограмма, ауыз қуысы түбінің рентгенографиясы, ядролық-магниттік-резонанстық компьютерлік томография).

2. Радиациялық зерттеу әдістерінің ішінде осы клиникалық жағдайда ең ақпараттылығы магниттік-резонанстық компьютерлік томография болып табылады. Бұл әдіс магниттік резонанс құбылыстары қатысатын органдар мен тіндерді қабат-қабат зерттеуге негізделген. Атом ядроларының электромагниттік реакциясын өлшеу кезінде көбінесе сутегі атомдарының ядролары, атап айтқанда жоғары кернеулі тұрақты магнит өрісінде электромагниттік толқындардың белгілі бір комбинациясы арқылы қоздыру.

**№9 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Стоматолог-хирург жақ-бет аймағы мен мойынның хирургиялық патологиясы бар пациентті тексерудің реттілігін бұзды.

2. Жақ-бет аймағы мен мойынның хирургиялық патологиясы бар пациентті тексерудің дұрыс реттілігі келесідей:

- баланың психоэмоционалды жағдайын анықтау;

- сұрау (шағымдарды жинау, өмір анамнезі, ауру анамнезі);

- жақ-бет аймағы мен мойынның сыртқы жабындарын тексеру;

- пальпация (симметрияға, ауырсынуға, өлшемдерге назар аудара отырып, жақ-бет аймағы мен мойынның барлық рельефтерін пальпациялау керек, аймақтық лимфа түйіндерін тексеру керек);

- ауыз қуысын тексеру (ауыз қуысы кіреберісінің шырышты қабығын, жүгеншелер мен күмбездерді қоса алғанда, ауыз қуысының шырышты қабығын, ауыз қуысының шырышты қабығын), тістемді бағалау, тіс қатарын зерттеу;

- жұтқыншақ пен кеңірдекті тексеру.

**№10 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Диагноз: сол жақта шықшыт буынының анкилозы

2. СТЖБ рентгендік анатомиясы қалыпты: қалыпты буын үшін артикулярлы беттер аймағындағы кортикальды пластинаның анықтығы мен үздіксіздігімен сипатталады. Артикулярлы бастар орталық ойықта орналасқан немесе жоғарғы ішкі бұрышты алады. Артикулярлық платформа бастың сопақ бетінің үштен екісін алады. Рентгендік буын кеңістігінің саңылауы оның барлық бөлімдерінде бірдей немесе алдыңғы бөлігінде тар. Ауыздың кең ашылуымен буын өсіндісінің басы буын бұдырының ұшымен түйіседі. Буын бұдырының ұшында және басындағы кортикальды пластиналар арасында 1 мм саңылау қалады.

3. Ортопантомограммада осы клиникалық жағдайда сол жақ буын өсіндісінің күрт деформациясы анықталады (өсінді қысқа, үздіксіз сүйек конгломератымен уақытша сүйекке өтеді), сол жақтағы жақ тармағының биіктігі төмендейді, бұтақ сау жаққа қарағанда кеңірек, буын саңылауы деформацияланбаған. Жақ сүйегінің бұрышы деформацияланған, "шпор"анықталады. Тәжді өсінді биіктігі бойынша ұлғайған және түрі біз тәрізді.

**№11 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

Баланы жалпы анестезиямен ауыз қуысын тазартуға дайындау міндетті клиникалық және зертханалық тексеруді қамтиды: жалпы қан анализі, биохимиялық қан анализі, жалпы зәр анализі, ЭКГ, кеуде қуысының рентгенографиясы, педиатр, кардиологтың кеңесі. Мүмкіндігінше емдеудің алдын-ала жоспарын жасау үшін ортопантомограмма және ауыз қуысын тексеру.

1. Клиникалық қан анализі егжей-тегжейлі немесе қысқа, қысқартылған болуы мүмкін. Жалпы талдау жүргізу кезінде мынадай көрсеткіштер зерттелуі мүмкін:

- нысанды элементтердің абсолютті саны;

-ЭОЖ –плазма ақуыздарының әртүрлі фракцияларының салыстырмалы құрамын көрсетеді және қабыну процесінің ерекше емес белгісі болуы мүмкін;

- нысанды элементтердің (негізінен эритроциттер) және қан плазмасының жиынтық көлемінің арақатынасын көрсететін гематокрит саны;

- гемоглобин концентрациясы-эритроциттердің құрамына кіретін және оттегінің тасымалдануына жауап беретін зат;

– түс көрсеткіші-эритроциттегі гемоглобиннің, құрамында темір бар ақуыздың салыстырмалы концентрациясын көрсетеді;

- лейкоциттік формула–аққан жасушаларының әртүрлі фракцияларының өзара қатынасы туралы түсінік береді;

- эритроциттік индекстер: эритроциттердің орташа көлемі (шамасы), эритроциттегі гемоглобин ақуызының орташа мөлшері, оның эритроциттердегі орташа концентрациясы, эритроциттердің мөлшері бойынша таралуы.

6 жастағы баланың қан көрсеткіштері қалыпты:

Эритроциттер–4-5, 3 х1012 / л

Тромбоциттер – 160-390 х109 / л

Лейкоциттер – 5-12 х109 / л

Ретикулоциттер–3-15%

Гематокрит–34-40%

СОЭ–4-12 мм/сағ

Түс көрсеткіші–0,85-1,15

Гемоглобин–110-140 г / л

Лейкоциттік формула:

Базофилдер–0,5

Эозинофилдер–1,5

Нейтрофилдер:

- жас – 0,25

- таяқша ядролық–3,5

- сегменттеу–42,75

Лимфоциттер-42

Моноциттер – 9,5

Плазмоциттер–0.

3. Жалпы анестезиямен ауыз қуысын тазартудың артықшылықтары: бір қабылдауда ауыз қуысын тазарту мүмкіндігі, ұйқы кезінде науқастың тыныш мінез-құлқы, зорлық-зомбылықпен емдеу кезінде стресстен кейін пайда болатын және көптеген жылдар бойы сақталуы мүмкін із реакциясының болмауы, құрғақ ауыз қуысында жұмыс істеу, ауыз қуысы мен тістерді жақсы көрсету мүмкіндігі.

**№12 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

Бұл клиникалық жағдайда қызға ортодонт дәрігерінің кеңесін ұсыну қажет, ол ортодонтиялық көрсеткіштер бойынша кез-келген тісті жұлу қажет болған жағдайда науқасқа жазбаша қорытынды беруі керек. Сонымен қатар, 18 жасқа толмаған балаларда хирургиялық араласуды орындау кезінде ата-аналардың оларды жүргізуге жазбаша келісімін алу қажет және барлық стоматологиялық манипуляциялар (әсіресе хирургиялық) ата-аналардың қатысуымен жүргізілуі керек.

**№13 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Алдын-ала диагноз: прогения, ауыздың кіреберісінің таяздығы.

2. Диагностиканың негізгі әдістері: а) клиникалық; б) биометриялық (жақтың диагностикалық модельдерін зерттеу); в) антропометриялық; г) рентгенологиялық; д) функционалды.

3. Клиникалық диагностика әдістері статикалық және динамикалық зерттеулерден тұрады. Статикалық зерттеуге: төлқұжат бөлігі, өмір мен аурудың тарихы, жалпы тексеру, ауыз қуысы мен жұтқыншақты тексеру кіреді.

Паспорт бөлімі келесі талдауды жүргізуге мүмкіндік береді: тісжақ жүйесінің өсуі мен қалыптасуындағы ауытқуларды анықтау, оның құрылымының нәсілдік ерекшеліктерін бағалау үшін төлқұжат жасын соматикалық, тіс және сүйек жасымен салыстыру. Өмір мен аурудың тарихы ата-анасының сөзінен жиналады. Жақ-бет аймағының патологиясын қалыптастыруда этиологиялық мүмкін факторларға ерекше назар аударылады. Жалпы тексеру кезінде баланың психоэмоционалды жағдайы бағаланады. Клиникалық тексеру нәтижелері баланың амбулаториялық ауру тарихында тіркеледі, қазіргі уақытта ҚР-да тексеру нәтижелері мен жүргізілген емдеу Medelement платформасында тіркеледі. Динамикалық зерттеуге мыналар кіреді: жақ-бет аймағының бұлшықеттерінің парафункциясы – еріндер, ұрт, тіл, ауыз қуысының төменгі жағы, жұмсақ таңдай, бруксизм, мұрын-жұтқыншақ лимфа сақинасының гипертрофиясы, шықшыт буын патологиясы (СТЖБ). Жүгеншелер мен үзеңгілердің бекітілу ауырлығы мен деңгейі, тілдің пішіні мен мөлшері үлкен диагностикалық мәнге ие. Бұзушылықтар байқалады: тыныс алу, тамақты тістеу және шайнау, жұту, сөйлеу. Мұндай бұзылулардың белгілері пациентті тестілеу кезінде, тексеру және шағымдарды жинау кезінде көрінеді. Әр түрлі дыбыстарды айту, аузын баяу ашу және жабу кезінде төменгі жақтың экскурсиясының сипатын анықтайды. Олар мұрын-ерін және супраментальды қатпарлардың ауырлық дәрежесін, сөйлеу және жұту кезінде бет бұлшықеттерінің кернеуін, ұрттардың тартылуын және иек терісіндегі нүктелі тереңдіктерді бағалайды - бұл "оймақ симптомы", ол еріндерде тыныштық және жұту кезінде көрінеді.

4. Әдетте, 6-7 жастағы балаларда вестибуланың тереңдігі 4-5 мм, 8-9 жаста - 6-8 мм, 13-15 жаста ол 9-14 мм жетеді.

5. Ауыз қуысын таяздығы кезінде вестибулопластика жасалады. Вестибулопластика–бұл пародонттың механикалық жарақатын, ауыз қуысының кіреберісіндегі бұлшықеттердің бұлшықет тартпаларын (мимикалық, тілдік, ерін, иек және щек) жою үшін бекітілген қызыл иектің енін ұлғайтуға бағытталған хирургиялық араласу. Операциядан кейінгі кезеңде вестибуланы қалыптастыру үшін шина-пелотты немесе операция алдында тіс технигі жасаған пішінді пластинаны қолданады.

**"Балалардағы стоматологиялық араласулар кезінде анестезияның әртүрлі әдістерін орындау ерекшеліктері және олардың мүмкін асқынулары» тақырыбы бойынша ситуациялық тапсырмаларға жауаптар**

**№14 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда тіс дәрігері физика-химиялық әдіспен жүзеге асырылатын жергілікті анестезияны ұсынуы мүмкін (электрофорез көмегімен анестетиктерді енгізу).

2. Анестетик анодтан гальванизацияға арналған аппараттардың көмегімен енгізіледі. Анестетикалық ерітіндіге малынған дәке салфеткасы (адреналин қосылған новокаиннің 5-10% ерітіндісі) ауырсынатын бетке қолданылады, оның үстіне қалыңдығы 1 см дымқыл гидрофильді тығыздағыш, содан кейін электрод қойылады. Катод білекке немесе жауырын аралық аймаққа орналастырылады. Ток пациенттің сезімімен анықталады 15-20 мА шегінде. Экспозиция 2-4 минутты құрайды. Емдеу күніне 7-10 сеанс курсымен тағайындалады.

**№15 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Жасөспірімге диагноз қойылады: 2.5 тістің созылмалы фиброзды пульпиті.

2. Бұл клиникалық жағдайда инъекциялық анестезияны қолдану керек–жанама инфильтрациялық анестезия. Шырышты қабаттың астында пайда болған деподан шыққан анестетик сүйекзатының қалыңдығына еніп, тіс өрімінен тістерге өтетін нервтерді сіңдіреді. Бұл анестезияның тиімділігі жоғарғы жақтың альвеолярлы өсіндісінің ықшам пластинасы вестибулярлық және палатиндік жағынан өте жұқа болғандықтан, қан тамырлары мен лимфа тамырлары, нервтері өтетін көптеген ұсақ тесіктерге ие болуымен байланысты. Бұл тесіктер альвеолярлы өсіндінің бойында орналасқан, бұл анестетикалық ерітіндінің сүйек кемігі затына таралуына жақсы жағдай жасайды.

3. Жанама инфильтрациялық анестезияны орындау кезінде инъекциялық иненің шприц канюласына жақсы бекітілгеніне көз жеткізу керек. Шприцті оң қолдың үш саусағымен (I, II, III), жазу қаламын ұстағандай, I саусақ поршеньнің дистальды ұшына еркін жететіндей етіп алады. Сондықтан шприцтегі саусақтар канюлядан алыс орналасуы керек. Ине шырышты қабықтың астына 2.5 тіс түбірінің жоғарғы бөлігінің проекциясы аймағында өтпелі қатпарға енгізіледі(альвеолярлы өсінді сүйегіне 40–45º бұрышпен бұралу). Содан кейін I саусақ поршеньге ауысады және анестетикті 0,5 мл-ге дейін баяу енгізеді (карпула көлемінің ¼ бөлігі). Альвеолярлы өсіндінің таңдай жағынан инфильтрациялық анестезия 2.5 тістің мойнынан 3-4 мм-ге сүйекке қарай шегініп, инъекция бағыты төменнен жоғары қарай жасалады. Шырышты қабықтың астына 0,2-0,3 мл анестетик енгізіледі. Инъекция шырышты қабықтың, сүйек қабының астына және ішінара сүйектің анестезиясын қамтамасыз етеді. 2.5 тіс аймағында анестетиктің әрекеті бір минут ішінде тез жүреді.

4. Анестезия аймағы: шырышты қабық, сүйек қабығы астына, 2.5 тістің аймағындағы сүйек тіндері.

5. Асқыну: таңдайдың шырышты қабығына инъекция жасағанда, көбінесе алдыңғы палатиналық артерияның және оның тармақтарының палатиналық доғасы бойымен өтетін тамырлардың жарақаты болады. Бұл асқыну оңай танылады: анестетикті тамырға енгізген кезде инъекция аймағында таңдайдың бозаруы пайда болады және анестетикалық ерітінді тіндерге оңай енгізіледі (әдетте анестетикалық ерітінді қысыммен енгізіледі).

**№16 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Балаға диагноз қойылады: 7.1 және 8.1 тістердің физиологиялық өзгеруі.

2. Бала стоматологиялық манипуляцияларға теріс қарайды, бірақ дәрігердің сұрақтарына жауап береді, бұл теріс, бірақ жеңілетін мінез-құлыққа сәйкес келеді.

3. Бұл жағдайда аппликациялық анестезия жүргізу қолайлы, өйткені III дәрежелі тістердің қозғалғыштығы бар және түбірлері толық резорбцияланған. Аппликациялық анестезия инвазивті емес әдіс болып табылады (тіндердің тұтастығын бұзбай).

4. Балалар хирургиясында аппликациялық анестезияға мыналар айғақтар болып табылады: 1) ине шаншылған жерді жансыздандыру; 2) қозғалғыштығының III дәрежесіндегі уақытша тістерді жұлу; 3) шырышты қабат асты абсцестерді ашу.

5. Аппликациялық анестезия кезінде дәрілік препарат (бұл жағдайда лидокаиннің 10% ерітіндісі) тістің 7.1 және 8.1 аумағындағы шырышты қабықтың бетіне жағылады. Бұл препарат вазоконстрикторларсыз жоғары концентрацияда. Жоғары концентрацияға байланысты жергілікті анестетик шырышты қабықтың бетіне бірнеше миллиметр тереңдікке тез еніп, рецепторлар мен перифериялық жүйке талшықтарының блокадасын жүзеге асырады. Анестетикалық әсер дамиды және бірнеше минутқа созылады.

6. Аэрозольді анальгетиктерді қолданудың басты кемшілігі–анестетиктің үлкен шашырауы, бұл дәл мөлшерлеудің мүмкін еместігін тудырады. Дәрілік заттардың жоғары шоғырлануына және олардың қан тамырларының кеңеюіне тән әсеріне байланысты олар сол жерде улы көлемге дейін жиналады. Сондықтан, осы анестезияны жүргізу кезінде сілекей сорғышты қолдану керек.

**№17 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылады: 8.4 тістің созылмалы фиброзды пульпиті.

2. Балалардағы төменгі жақтың анестезиясында "ондық ереже"деп аталатын әдісті қолдану ұсынылады. Оның мәні мынада: егер баланың толық жылдарының саны тістің реттік нөмірімен бірге 10 немесе одан аз болса, онда бұл тісті анестезиялау үшін инфильтрациялық анестезия жеткілікті болады. Бұл жағдайда бала 4 жаста, ұлпаның виатльді пульпотомиясын 8.4 тісінде жүргізу керек, сәйкесінше, бұл төменгі жақтың оң жағындағы IV тіс, оның реттік нөмірі - IV. Біз есептейміз: 4+IV=8, бұл 10-нан аз. Қорытынды: 4 жастағы балада 8.4 тісті анестезиялау үшін инфильтрациялық анестезия жасау жеткілікті. Бұл жағдайда ұрт жағында бір ғана инъекция жеткілікті болады. Осы анестезия техникасындағы тиімділік критерийі операциялық өрістің толық анальгезиясы болады. Жанама критерий – еріннің ұюы. Жұмыс жағындағы тілдің артқы жағы мен ұшы, әдетте, ұйып қалмайды. "Ондықережеге" сәйкес емдеудің кез-келген түріне сәйкес келетін аналгезияға карпула көлемінің 1/6-дан 1/4-ке дейін енгізу арқылы қол жеткізуге болады.

3. Төменгі жақ сүйегіне инфильтрациялық анестезия жүргізу техникасы: ине төменгі өтпелі қатпарға төменгі оң сүйір тістен сәл медиальды түрде енгізіп, 8.4 тістің түбірінің проекциясына жетеді. Анестетикалық депо 8.4 тістің түбірінің жоғарғы жағында жасалады. 0,5 -1,0 мл анестетикалық ерітінді баяу енгізіледі.

**№18 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Бұл клиникалық жағдайда инфильтрациялық анестезияны жүргізген жөн. Анестезияның әсері оңтайлы, бұл белгілі бір жаста сүйек тінінің құрылымымен байланысты: кеуектілік, аз минералдану анестетиктің жеңіл диффузиясына ықпал етеді.

2. Инфильтрациялық анестезияның артықшылықтары:

а) өткізгіш әдісімен салыстырғанда ауырсынуды басудың қарапайым әдісі;

б) инфильтрациялық анестезиямен иненің таяз енгізілуінің нәтижесінде травматикалық асқынулардың едәуір аз саны, сондықтан терең жатқан жүйке магистральдарының, бұлшық еттердің және ірі қан тамырларының инемен жарақаттануы болмайды;

в) инфильтрациялық анестезияның тіндерді анестезиялау кезінде өткізгіштен артықшылығы бар, оның иннервациясы бірнеше нервтердің бұтақтарымен жүзеге асырылады. Жоғарғы және төменгі жақ сүйектеріндегі тістердің фронтальды тобы сол және оң жақтағы тиісті нервтермен иннервацияланады, сондықтан инфильтрациялық анестезия кезінде анестезия тек тамырдың жоғарғы жағында енгізіледі.

3. Бұл анестезия артикаин мен мепивакаин негізіндегі препараттармен жақсы жасалады. Артикаиннің мепивакаин мен лидокаинге қарағанда бірқатар маңызды артықшылықтары бар, олардың негізгілері оның салыстырмалы түрде аз жүйелік уыттылығы, жартылай шығарылу кезеңі және үлкен анестетикалық белсенділігі болып табылады. Айта кету керек, 5 жасқа дейінгі балаларда вазоконстрикторлар қосылмайды, өйткені бұл жаста симпатикалық иннервацияның тонусы басым болады, нәтижесінде адреналин импульстің жоғарылауына, қан қысымының жоғарылауына және жүрек ырғағының бұзылуына әкелуі мүмкін. Адреналиннің әсерінен іш қуысы мен терінің тамырларының күрт тарылуы мүмкін, бұл дірілдеуге, күрт бозаруға, жабысқақ суық тердің пайда болуына және әлсіздік жағдайының дамуына әкеледі.

4. Инфильтрациялық ауырсынуды басу түрлері:

а) периостальды енгізу: препарат сүйек астына қырық бес градус бұрышпен жоғарғы ерін мен тіс қатарының арасындағы қатпарға енгізіледі.

б) интралигаментальды енгізу: анестетик тістің байламына жоғары қысыммен енеді, бұл тез және тиімді анестезияға қол жеткізуге мүмкіндік береді.

в) тамырішілік енгізу: тістер арасындағы қызыл иектің бүртігіне қысқа өткір инемен жүргізіледі. Бұл әдіс дәрі-дәрмекті ауру тістің екі жағына енгізуді қамтиды.

г) сүйек қабығы асты анестезиясы: анестетик жоғарғы жақтың сүйек қабы астына енгізіледі, бұл препараттың депосын жасайды, бұл дәрі-дәрмектің ең аз мөлшерін қолдана отырып, ұзақ уақыт ауырсынуды басуға мүмкіндік береді.

д) интракостальды әдіс: препарат сүйек кемігі тініне арнайы инемен (трокармен) енгізіледі.

е) интрасептальді енгізу: анестетик жоғарғы жақтың альвеолярлы қалқанына түседі.

5. Бұл клиникалық жағдайда инфильтрациялық анестезия жүргізу үшін ине тіс түбірінің проекциясында орталық күрек тістер деңгейінде өтпелі қатпарға енгізіледі, ине сүйекке жетпей қозғалады. Тістің жоғарғы жағына 0,5 -1,0 мл анестетикалық ерітінді енгізіледі.

6. Анестезияның инфильтрациялық әдісінің асқынулары:

а) жеткіліксіз анестезия: препаратты жоғары қысыммен тым тез енгізудің салдары болуы мүмкін, бұл жағдайда анестетиктің шприц қысымымен алыс құрылымдарға итерілген қажетті аймақты инфильтрациялауға уақыты болмайды.

б) тамырдың инемен зақымдануы: гематома пайда болады, бұл ауырсыну белгілерін тудыруы мүмкін;

в) жүйке діңінің зақымдануы: ұзақ ауырсыну синдромымен, сондай-ақ зақымдалған нервтің иннервация аймағында сезімталдықтың бұзылуымен қатар жүруі мүмкін асқыну.

г) иненің сынуы: науқас немесе дәрігер кенеттен қозғалса, жоғарғы жақтың тіндерінде иненің сынуы мүмкін, бұл оны алу үшін қосымша шараларды қажет етеді.

**№19 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Хирургиялық араласу ауруханада орындалуы керек. Жақ-бет бөлімінде аллергологтың міндетті кеңесінен кейін.

2. Антигистаминдер, мысалы, дифенгидрамин, супрастин премедикацияға қосылуы керек. Антигистаминдерді жалпы анестезия басталғанға дейін 30-60 минут бұрын бұлшықет ішіне енгізу керек.

**№20 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Төменгі жақтың 4.6 тістің оң жағындажедел іріңді одонтогенді периоститі. Периостит– сүйек қабығында локализацияланған қабыну процесі.

2. Торусальды анестезияны жүргізген жөн, онда төменгі жақ біліктің астынан және ішінен өтетін мандибулярлы, тілдік және ұрт нервтері бұғатталады (көтерілу). Анатомиялық қалыптасу білік немесе биіктік екі сүйек тартпасынан тұрады, олар айдаршық және тәждік өсінділерді береді. Ол жақ сүйегінің тіл сүйегінен жоғары және алдыңғы жақта, жақ тармағының ішкі бетінде орналасқан. Төменгі жақ білігінің үш беткейінде 3 нерв (ұрт, тіл және төменгі жақ) үш тиісті бағытта жүреді (жақтың кесілуіне, мандибулярлы тесікке және тәждік өсіндінің негізіне). Анестезия әдісі: аузыңызды мүмкіндігінше кең ашу керек. Иненің ену орны–жоғарғы үшінші үлкен молярдың шайнау бетінен 0,5 см төмен орналасқан көлденең сызықтың қиылысуынан пайда болған нүкте және ұрт пен қанатша-төменгі жақ қыртыстың бүйір беткейінен пайда болған ойық. Ине шприцті үлкен молярлар деңгейінде орналасқан қарама-қарсы жаққа бағыттай отырып, ұрттың шырышты қабығына перпендикуляр түрде енгізіледі. Ине жұмсақ тіндерге сүйекке 15-20 мм тереңдікке шығарылады, 1,5-2 мл анестетикалық, төменгі альвеолярлы және ұрт нервтерін жансыздандырады. Инені бірнеше миллиметрге созып, тіл нервін анестезиялауға арналған 0,3-0,5 мл анестетик жібереді. Анестезия 3-5 минуттан кейін әсер етеді.

3. Тісті сақтау керек. Периостотомия жасалғаннан кейін тұрақты тісті эндодонтиялық емдеу қосымша жүргізіледі және тіс арқылы экссудаттың ағуы жасалады.

**№21 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда мандибулярлық анестезияны жүргізген жөн, өйткені төменгі уақытша моляр зақымдалған және қабыну процесі бар, сондықтан инфильтрациялық анестезия жеткіліксіз.

2. Бұл анестезияның мақсаты–төменгі жақ каналы ортасында, төменгі жақ тармағының ішкі (медиальды) бетінде орналасқан мандибулярлы тесік.

3. Вейсбрем бойынша мандибулярлық анестезияның модификацияланған саусақсыз әдісі. Ол үшін инъекциялық инені төменгі жақ тармағының алдыңғы жиегінің ортаңғы аймағына енгізіледі, содан кейін ол бұтақтың ішкі беті бойымен оның енінің жартысына тең тереңдікке (1,5-2,0 см) және 15-30° бұрышпен жылжытылады.

Балалар тәжірибесінде анағұрлым сенімді және ыңғайлы–бұл Я.И. Коминек және басқалар авторлар анестезиясы. Анестезия принципі: сол қолдың бас бармағымен ауыз қуысы және сұқ саусақпен төменгі жақтың бұтағы сыртынан мықтап жабылған, самай айдарына жақын, науқастың жақ сүйегі жақсы бекітілгенИнені аузының қарама-қарсы бұрышынан бас бармаққа 3 см қашықтықта енгізіп, сүйекке дейін созады. Бет пен тіл нервінің қосымша анестезиясы қажет емес.

**№22 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда балаға жалпы анестезиямен ауыз қуысының санациясы көрсетілген. Балада жиі суық тию бар, қабыну процестері толығымен тоқтатылғанша анестезиямен емдеуді кейінге қалдыру керек.

2. Көктамыр ішілік анестезияны қолданған кезде манипуляцияның ұзақтығы анестезиолог белгілеген уақытпен шектеледі. Тіс дәрігерінің басты қиындықтары бар–емдеу сапасын төмендетпестен уақыт тапшылығы жағдайында жұмыс істеу қажеттілігі. Негізгі гипнотикалық компонент ретінде диприван мен кетаминді қолдануға болады. Кетаминмен салыстырғанда Диприван жақсы жағынан айтарлықтай ерекшеленеді. Бұл тез, тыныш ұйықтап, оянуды тудырады. Операция аяқталғаннан кейін науқастарда сана тез қалпына келеді. Эндотрахеальды анестезияны орындау кезінде анестезиолог іс-әрекеттің үш кезеңін орындайды: хирургиялық ұйқыға енгізу, тұрақты күйді сақтау және ояту. Бірінші кезең–жеңіленгізу анестезиясын жүргізу. Науқас дәрі-дәрмектерді тамыр ішіне алады немесе газдар қоспасын жұтады. Бұлшықеттер толығымен босаңсыған кезде анестезиолог мұрын арқылы трахеяға интубациялық түтікті енгізеді. Ол өкпені оттегімен желдетуді және газ тәрізді анестетиктермен ингаляцияны қамтамасыз етеді. Терапиялық манипуляцияларды тиімдірек орындауға болады.

3. Ауыз қуысында анестезиямен стоматологиялық шаралар алгоритмі:

а) ең алдымен аса ауыр манипуляцияларды (тіс қуысын ашу, пульпотомия және пульпэктомия) орындауды талап ететін тістерді емдеуді жүргізеді);

б) жұмыстың жылдамдығы мен сапасын қамтамасыз ететін пломбалау материалдарын пайдаланады;

в) терапиялық емдеу аяқталғаннан кейін хирургиялық манипуляциялар;

г) пломбаны қойғаннан кейін окклюзияны түзетудің күрделілігіне байланысты дәрігер уақытша және тұрақты тістердің анатомиясын жақсы білуі керек;

д) асфиксияны болдырмау үшін шаңсорғыш пен сілекей сорғысының көмегімен ауыз қуысынан ылғал мен шаңды мұқият алып тастау;

е) тістерді ауыз сұйықтығынан оқшаулаудың қосымша құралдарын қолдануды шектеу. Коффердаммен жұмыс жасалмайды, ол қажет болған жағдайда анестезиологтың тез әрекет етуіне кедергі келтіреді;

ж) емдеу процесінде төменгі жақты жылжытпаңыз және тістерді алып тастағанда оған айтарлықтай қысым жасамаңыз;

з) тістерді жұлуды жақтың екі жартысында да жүйелі түрде жүргізеді, хирургиялық ем жүргізу барысында мұқият гемостазға ерекше назар аудару керек (пайдаланылған тампондардың санын есептеу қажет). Бірнеше қатар тұрған тістерді алып тастаған жағдайда, созылған жара тігіледі, бұл оны жарақаттан қорғайды, мысалы, ояту кезінде баланың дұрыс емес әрекеті және қайталама қан кетудің алдын алады.

и) анестезиологиялық бригадамен әрекеттердің толық өзара әрекеттесуі және келісімділігі, бұл ретте тіс дәрігері білуі тиіс: наркоз сатыларының негізгі клиникалық белгілерін, емдеу процесінде ауыз қуысындағы симптомдар бойынша наркоз тереңдігінің өзгеруін (мысалы, саливацияның пайда болуын, шырышты қабықтың түсінің өзгеруін, тіл бұлшық еттерінің кернеуінің пайда болуын және оның қозғалғыштығын және т. б.) анықтай білу, стандартты емес жағдай туындаған кезде бірінші кезекте ауыз қуысын бөгде денелерден босату.

**№23 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. 2.6 тістің созылмалы периодонтитінің өршуі.

2. Жасөспірімге 2.6 тісті жұлу операциясы қажет

3. Қант диабетімен ауыратын балаға операция кезінде операцияға дейінгі дайындық пен анестезияның арнайы тактикасы қажет. Операциядан кейінгі асқынулардың алдын-алудың негізгі міндеті–қандағықанттың жоғарылауын түзету. Қант диабетінде гипертонияның даму қаупі жоғары. Қант диабетімен ауыратын науқастарда қан қысымының төмендеуі инсулиннің натрийдің сақталуына әсерін қиындатады. Натриймен бірге сұйықтық денеде сақталады, тамыр қабырғасының ісінуі оны вазоконстрикторлы гормондардың әсеріне сезімтал етеді. Жергілікті анестезия вазоконстрикторларсыз, яғни вазоконстрикторларсыз препараттармен жүзеге асырылады.

4. Тістерді емдеудегі ауырсыну адреналинді қоздырғышқа айналады, ал емдеуден қорқу оның өндірісін күшейтеді. Бұл клиникалық жағдайда міндетті премедикациядан кейін 2,0 мл Мепивакаин ерітіндісімен инфильтрациялық және таідайлық анестезия жүргізіледі.

5. Қант диабетімен ауыратын науқастардағы операциядан кейінгі асқынулар қанның жоғалуы, анестетиктерді қолдану және операциядан кейінгі ауырсыну бауырдағы глюкоза синтезін, кетон денелерінің түзілуін, майлардың, ақуыздардың ыдырауын белсендіреді. Операциядан кейінгі кезеңде жасөспірімге кең спектрлі антибиотиктерді (цефалоспорин) тағайындау керек. Антибиотиктерден басқа Метронидазол немесе Клиндамицин тағайындалады.

**№24 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға 2% лидокаин ерітіндісін енгізгеннен кейін асқынуды дамыды: анафилактикалық шок.

2. Дифференциалды диагноз естен танумен жасалады (қысым төмендемейді, кеуде артында ауырсыну болмайды); құлдырау (сана сақталған, кеуде артында ауырсыну жоқ).

3.Шұғыл көмек көрсету кезінде:

а) анафилактикалық шок тудырған дәрілік затты енгізуді тоқтату;

б) науқасты жатқызып, оның басын бүйіріне бұрып және тілдің түсіп кетуіне және асфиксияға жол бермеу үшін төменгі жақты итеру;

в) науқастың дене салмағын 1 кг - ға 1 мг немесе 4-10 мг, дексаметазон немесе 50-150 мг гидрокортизон есебінен преднизолон енгізу (соңғы екі препаратты дене салмағын есепке алмай енгізеді);

г) 2 мл 2,5% "Пипольфен" ерітіндісін немесе 2 мл 2% "Супрастин" ерітіндісін енгізу»;

д) 0,5 - 1,0 адреналин ерітіндісін енгізу

е) жүрек жеткіліксіздігінде жүрек гликозидтері мен диуретиктер көрсетілген.

ж) мамандандырылған жедел жәрдем бригадасын шақыру.

Қарқынды терапия міндетті шокқа қарсы шаралардың әсері болмаған кезде жүргізіледі.

4. Науқасты ауруханаға жатқызу қажет.

**№25 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Қыздың қан қысымы күрт төмендеді.

2. Барлық жергілікті анестетиктер вазодилаторлық әсерге ие. Қан қысымының төмендеуі анестетикалық заттарды қолдану кезінде жиі кездесетін жанама әсерлердің бірі болып табылады. Сонымен қатар, төменгі жақтың альвеолярлы өсіндісінің шырышты қабығына тіл жағынан шашырататын лидокаиннің 10% ерітіндісі сөзсіз тіл астына түседі, онда дәрі-дәрмектердің сіңу қарқындылығы өте жоғары (тамыр ішіне енгізуге өте жақын). Тамыр арнасына тез түсетін жеткілікті жоғары концентрациядағы анестетик алдыңғы тамырлардың бөлігі ретінде жүретін және орталықтан шеткеріге вазоконстрикторлы импульстарды өткізетін симпатикалық жүйке талшықтарының өткізгіштігін тежейді. Бұл жағдайда артериолалар кеңейіп, қан қысымы төмендейді.

3. Мұндай асқынулардың алдын алу үшін:

- аэрозольдегі дәрілік заттың дозалау режимін қатаң сақтау;

- ауыз қуысына аэрозольді анестетиктерді сілекейсорғышсыз шашпау, бұл препараттың ауыз қуысынан артығын жоюға ықпал етеді және оның операциялық араласуды жүргізуге мүдделі емес аймақтарын байланысын азайтады;

- коллапстың дамуын болдырмау мақсатында тамыр тарылтатын заттарды (эфедрин, мезатон, кофеин, натрий бензонаты) енгізу қажет.

**№26 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балада жалпы асқыну–коллапсдамыды.

Коллапс–бұлқан тамырлары мен веноздық қысымның күрт төмендеуімен сипатталатын жедел тамыр жеткіліксіздігі, қан айналымы жүйесінде айналатын массаның төмендеуімен, тамырлы тонустың төмендеуімен немесе жүрек жұмысының төмендеуімен сипатталады.

2. Бұл клиникалық жағдайда құлдыраудың дамуы қорқыныш, қорқыныш немесе спорт залындағы ұзақ сабақтарға байланысты ортостатикалық құлдырау болды. Ортостатикалық коллапс ұзақ уақыт тік болған кезде пайда болады, қан қайта бөлінгенде, веноздық бөлік ұлғайып, жүрекке ағу азаяды.

3. Коллпастың алғашқы белгілерінде жедел жәрдем бригадасын дереу шақыру керек. Бірқатар қажетті әрекеттерді орындау керек: науқасты қатты бетке қою керек; жастықты қою арқылы аяғын көтеріп; басын артқа тастап, еркін тыныс алуға мүмкіндік жасау; көйлектің жағасын ашып, барлық ұстамадан босату (белбеу, белдік); терезелерді ашып, таза ауа ағынын қамтамасыз ету; мұрынға нашатырь спиртін иіскету немесе құлаққаптарды, жоғарғы еріннің түтігі, самайларынуқалау, ыстық шай, аяққа жылыту жастықшасын беру керек. 20-60 мл 40% глюкоза ерітіндісін 2-5 мл 5% аскорбин қышқылы ерітіндісімен, 2-3 мл кордиамин, 1-2 мл 10% кофеин ерітіндісімен көктамыр ішіне енгізеді.

4. Дифференциалды диагноз естен танудан жасалады, онда функционалдық бұзылулар әлдеқайда әлсіз, қан қысымы қалыпты, сондай-ақ жүрек жеткіліксіздігімен, ортопноэ құлдырауымен, айналымдағы қан көлемінің ұлғаюымен, қалыпты қан қысымымен ерекшеленеді.

**№27 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балада жергілікті асқыну болды: төменгі жақтың контрактурасы түрінде медиальды қанатша тәрізді бұлшықеттің зақымдануы.

2. Медиальды қанатша тәрізді бұлшықеттің зақымдануы төменгі жақ тесігінде жансыздандыру кезінде, инені бұлшықеттің жиегінен емес, ол арқылы өткізген кезде мүмкін. Бұл жағдайда бұлшықет тінінде қан кету жиі кездеседі. Медиальды қанатша тәрізді бұлшықеттің клиникалық зақымдануы оның контрактурасымен көрінеді.

3. Емдеу консервативті. Физиотерапиялық процедуралар көрсетілген (ультрадыбыстық, УВЧ электр өрісі), 4-5 күннен кейін — механотерапия.

**№28 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: 7.5 тістің сол жағындағы төменгі жақтың жедел іріңді периоститі.

2. Инъекциялық иненің сынуы негізінен төменгі жақ тесігіндежансыздандыружасау кезінде пайда болады. Бұл асқынудың себебі болуы мүмкін: шприцтің бір жағдайдан екінші жағдайға күрт ауысуы (қарама-қарсы жақтың молярларынан күрек тістер деңгейіне дейін), ине тінге енгізілген кезде баланың басының кенеттен қозғалуы, иненің сыну себебі иненің канюлямен түйіскен жерінде ылғалдың жиналуына байланысты металдың коррозиясыжәне оның беріктігінің төмендеуіненболуы мүмкін. Бұл клиникалық жағдайда инъекциялық иненің бұзылуы екі себепке байланысты болды: баланың басының күрт бұралуы және қысқа инені қолдану. Мандибулярлық анестезия үшін 5 см-ден кем емес инені қолдану керек.

3. Иненің ұшын пинцетпен ұстап, шығатын ұшынан оңай алуға болады. Егер қысқа ине сынса, бұл мүмкін емес болады. Егер иненің сынықтары тіндерге толығымен батырылса және оны алу мүмкін болмаса, науқасты ауруханаға жатқызу керек, онда рентгендік диагностика жүргізіледі. Бірақ басқа нәтижелер де мүмкін, егер иненің сынуы стерильді болса, оны талшықты тінмен инкапсуляцияланады, оны мықтап бекітеді және науқасты мазаламайды.

**№29 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда балада жергілікті асқыну дамыды–бетбұлшықеттерінің парезі. Мандибулярлық анестезия кезінде дәрігер иненің ұшымен сүйекке тигізбеді және анестетикалық ерітінді төменгі жақ тармағының артында орналасқан құлақ маңы сілекей безінің капсуласының астына түсті. Нәтижесінде бет нервінің блокадасы болды.

2. Мимикалық бұлшықеттердің дамыған парезі енгізілген анестетиктің әсер ету кезеңінде (2-3 сағат) сақталады. Бұл асқыну арнайы емдеуді қажет етпейді.

**№30 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда туберальді анестезияға байланысты гематома пайда болды. Қан тамырларының жарақаты анестезия кезінде иненің тіндерге сүйекке тигізбестен немесе тіндерді гидравликалық дайындау үшін анестетикалық ағынмен алдын-ала суланбауынан пайда болды.

2. Туберальді анестезияны орындау кезінде осындай асқынуларды азайту үшін негізгі ережелерді сақтау керек:

- орынның топографиялық анатомиясын жетік меңгеру;

- тіндерді гидравликалық препараттау мақсатында анестетикалық ағынның алдында сүйекке қатаң тие отырып, инъекциялық инені тіндерге терең енгізуге ықпал ету;

- инъекция жасалғаннан кейін 5-7 минут ішінде компрессиялық әсер етуді (анестезияны орындау аймағының тері проекциясы аймағында пациенттің жұдырығымен) жүргізу ұсынылады;

Гематомасы бар жасөспірім іріңді-қабыну асқынуларының дамуын болдырмау үшін антибиотиктер мен десенсибилизациялайтын дәрі-дәрмектер курсын тағайындау керек. Терідегі гематоманың проекциясында суыұ ұстау ұсынылады. Одан әрі қарай дене температурасын бақылау ұсынылады, егер жағдайы нашарласа, интоксикация белгілері пайда болса немесе жақ-бет аймағында домбығу мен ісіну күшейсе, ауыздың ашылуы шектелуі күшейсе, дереу бет-жақ бөлімі жедел жәрдем бөліміне хабарласу керек.

**№31 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бала жалпы асқынуды дамыды – әлсіздік.

2. Естен тану –мидағықан айналымының уақытша бұзылуына байланысты сананың жоғалуы.

3. Бұл жағдайда осы асқынудың этиологиялық факторлары болуы мүмкін:

– психоэмоциялық артық күш жұмсау;

– ұйқының қанбауы;

– шаршаулық;

- қорқыныш;

- аштық;

4. Естен танудың дифференциалды диагнозын келесі әдістермен жүргізу керек: коллапс және анафилактикалық шок.

Коллапс–бұл артериалды және веноздық қысымның күрт төмендеуімен, ми гипоксиясының белгілерімен және дененің өмірлік маңызды функцияларын тежеумен көрінетін жедел дамып келе жатқан қан тамыр жеткіліксіздігі. Науқастың санасы сақталады. Импульстің әлсіз толтырылуы, жіп тәрізді, күрт тез, аритмиялық. Жүрек үндері саңырау, аритмияға тән. Тыныс алу үстірт.

Анафилактикалық шок–науқастыңөміріне қауіп төндіретін, оның денесіне дәрі-дәрмектің әсерінен болатын жедел түрдегі аллергиялық реакция. Ол қан қысымының күрт төмендеуімен, орталық жүйке жүйесінің, қан айналымының, тыныс алудың және метаболизмнің ауыр бұзылуымен сипатталады. Субъективті түрде баланың мазасыздығы, қорқынышы, әлсіздігі, кеуде артындағы қысылу сезімі, жүрек аймағында ауырсыну бар. Тері күрт бозарады, науқас суық, жабысқақ термен жабылады, іштің ауыруы мүмкін, жүрек айнуы, құсу пайда болады, құрысулар болуы мүмкін. Көздің қарашығы кеңейтілген, олар жарыққа жауап бермейді. Пульсі жиі, жіп тәрізді, қан қысымы төмендейді, жүрек дыбыстары саңырау, нашар естіледі. Тыныс алу үстірт.

5. Естен тану кезінде шұғыл көмек көрсету үшін балаға Тренделенбург қалпын беру керек (басы аяқтан төмен), көйлегін шешіп, таза ауа ағынын қамтамасыз ету керек, тыныс алу және вазомотор орталықтарын рефлексивті түрде ынталандыратын аммиактың 10% ерітіндісінің буын дем алуға мүмкіндік беру керек.

6. Осы жағдайдан шыққаннан кейін қайталанудың алдын-алу шараларын қолдана отырып, стоматологиялық манипуляцияларды жалғастыру қажет: емдеу әлсіз транквилизаторларды қолдана отырып, баланың горизонтальді жағдайында жеткілікті премедикациямен жүзеге асырылады.

**№32 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда жалпы асқыну – анафилактикалық шок дамыды. Анафилактикалық шок–бұл бөгде заттармен–антигендерменбайланыс арқылы дамитын жедел түрдегі аллергиялық реакция, ол қан айналымы, органдар мен жүйелер функциясының ауыр бұзылыстарымен бірге жүреді.

2. Анафилактикалық шоктың дифференциалды диагнозыестен тану және коллапспен жүреді.

Естен тану –бұл ми тамырларының қысқа мерзімді спазмы нәтижесінде пайда болатын кенеттен қысқа мерзімді сананың жоғалуы. Ол бас айналудың пайда болуымен, құлақта шу, есінеу, жүрек айну, жақ-бет аймағының терісінің бозаруымен сипатталады. Импульс әлсіз, жиі, қан қысымы әдетте өзгермейді. Тыныс алу сирек, үстірт. Көз қарашығы кеңейеді.

Коллапс–бұл қан және веноздық қысымның күрт төмендеуімен, ми гипоксиясының белгілерімен және дененің өмірлік маңызды функцияларын тежеумен көрінетін жедел дамып келе жатқан тамыр жеткіліксіздігі. Науқастың санасы сақталған. Импульстің әлсіз толтырылуы, жіп тәрізді, күрт тез, аритмиялық. Жүрек тондары саңырау, аритмияға тән. Тыныс алу үстірт.

3. Аурудың патогенезі өте күрделі және үш кезеңнен тұрады: иммунологиялық, патохимиялық, патофизиологиялық. Патология белгілі бір аллергеннің иммундық жүйенің жасушаларымен байланысына негізделген, содан кейін нақты антиденелер шығарылады (Ig G, Ig E). Бұл антиденелер қабыну факторларының (гистамин, гепарин, простагландиндер, лейкотриендер және т.б.) үлкен шығарылуын тудырады. Болашақта қабыну факторлары барлық мүшелер мен тіндерге еніп, олардағы қан айналымы мен коагуляциясының бұзылуына, жедел жүрек жеткіліксіздігі мен жүрек ұстамасының дамуына әкеледі. Әдетте кез-келген аллергиялық реакция аллергенмен қайта байланысқан кезде ғана дамиды.

**№33 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Анестезия кезінде агрессивті сұйықтықты енгізумен байланысты асқыну.

2. Агрессивті сұйықтықты қате енгізуге әкелді:

а) агрессивті сұйықтығы бар ампула лидокаин бар ампулаға ұқсас және тіс дәрігерінің жұмыс үстелінде болды, кейбір дәрі-дәрмектер дәрілерге арналған арнайы шкафта орналастырылуы керек;

б) дәрігер препаратты шприцке алмас бұрын ампуланың таңбалануын тексермеген.

3. Агрессивті сұйықтықты қате енгізу кезінде шұғыл көмек көрсету кезінде инъекцияны тоқтату қажет, орындалған инъекция аймағына енгізілген агрессивті сұйықтық көлемінен 5 есе артық көлемде 0,5% новокаин ерітіндісін шұғыл енгізу қажет. Қажет болса, антидотты қолдану үшін енгізілген препаратты орнату қажет. Инфильтраттың проекциясында кесу керек, жараны антисептикалық ерітіндімен орнатып, оны ағызу керек. Сонымен қатар, осы клиникалық жағдайда қолдану қажет: бұлшықет ішіне 2,0 мл 50% анальгин ерітіндісі, 2,0 мл 1% супрастин ерітіндісі және қажет болған жағдайда бактерияға қарсы терапияны тағайындау.

4. Бұл асқынудың нәтижесі енгізілген сұйықтыққа байланысты, агрессивті сұйықтықты енгізудің салдары жұмсақ тіндердің некрозы, сүйек остеомиелиті, неврит және әртүрлі невралгия болуы мүмкін.

**№34 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда дәрігер анамнез жинамады. Дәрігер келесі сұрақтарды қоюы керек: оның соматикалық аурулары бар ма? Педиатрда диспансерлік есепте тұр ма? Балада аллергиялық реакциялар бар ма? Бұрын тіс дәрігерінде тістері емделді ме?

2. Бала стресстік жағдайдың аясында эпилепсиялық ұстама дамыды.

3. Эпилепсиялық ұстама кезінде шұғыл көмек көрсету үшінбаланы көгеруден қорғау, тыныс алуды жеңілдету, жағаны босату, жақ сүйектерінің арасына дәке оралған шпательді салу керек. Ұстама аяқталғаннан кейін пациентті оятуға және оған қандай да бір дәрілік заттарды енгізуге болмайды.

4. Бұл клиникалық жағдайда баланы невропатологпен кеңесу үшін жіберіп, жоспарлы түрде орындалатын араласудан аулақ болу керек.

**"Балалардағы уақытша және тұрақты тістерді жұлу операциясының ерекшеліктері. Мүмкін болатын асқынулар, олардың алдын-алу және емдеу»**

**№35 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда асфиксияны (тұншығуды) тудырған жоғарғы тыныс жолдарына тіс түбірінің аспирациясы пайда болды. Асфиксия–бұлоттегінің жетіспеушілігімен және денеде көмірқышқыл газының жиналуымен пайда болатын жедел патологиялық жағдай.

2. Дәрігер тісті жұлғанда баланың басын қатты лақтырды және элеватормен жұмыс кезінде сол қолдың саусақтарымен шығарылған тістің бекітілуі болмады.

3. Механикалық асфиксияның 5 түрі бар:

а) дислокациялық – төменгі жақтың иек сүйегінде екі жақты сынықтар кезінде артқы жағына қарай ығысуына байланысты тыныс алу жолдарының тілмен жабылуы салдарынан пайда болады.

б) обтурациялық – кеңірдектің бөтен денемен, қан ұйығыштарымен және т.б.

в) клапанды–тынысалу кезінде жыртылған және ілулі жұмсақ тіндермен тыныс алу жолдарының тарылуы кезінде байқалады.

г) стенотикалық–тынысалу жолдарының гематомамен, жұтқыншақтың ісінуімен және т. б.,

д) аспирациялық – қан немесе құсу массалары кезіндегіаспирация.

4. Бұл клиникалық жағдайда шұғыл шаралар қажет, яғни тыныс алу жолдарының өткізгіштігін қалпына келтіру үшін шұғыл түрде коникотомия жасалады. Бала арқасымен қатты негізге лақтырылған басымен жатқызылады. Дәрігер сол қолдың бас бармағымен және ортаңғы саусағымен қалқанша шеміршекті ұстайды, ал сұқ саусақ қалқанша безінің төменгі шеті мен сақина тәрізді шеміршектің жоғарғы шеті арасындағы тереңдікті сезінеді. Дәл орта сызықта скальпельмен тіндердің кесілуі жасалады және тыныс алу түтігі ашылады. Өткір ысқырықты тыныс алудың пайда болуы трахеяға қол жетімді екенін растайды. Тесікке канюля, катетер немесе басқа түтік енгізіледі. Содан кейін шұғыл түрде бронхоскопия және тыныс алу жолдарынан тіс шығару үшін ауруханаға жатқызылады.

**№36 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл асқынудың себебі: тісті тірек ретінде қолданған кезде элеватормен жұмыс жасау.

2. Интактты 3.7 тістің толық шығып кетуінде репланттау қажет. Оның мәні– жұлынған тісті өз альвеоласына қайтару. Тісті қалпына келтіру әдісі келесідей. Шығарылған тіс антибиотиктер қосылған натрий хлоридінің жылы (37°C) изотоникалық ерітіндісіне батырылады. Алынған тістің альвеолаларын шприцтен натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен антибиотиктермен мұқият жуып, зарарсыздандырылған дәкемен тампонмен жабады. Содан кейін тіс өңделеді. Тісті өңдеу кезінде асептика ережелері қатаң сақталады. Тіс антибиотиктері бар натрий хлоридінің изотониялық ерітіндісімен суланған стерильді дәке жастықшасында сақталады. Бормашина мен бордың ұшы да стерильді болуы тиіс. Тістің түбіріндегі периодонттың қалдықтары жойылмайды. Түбір өзектері толтырылады; каналды толтырғаннан кейін түбір ұшын резекциялау керек, өйткені түбір өзегі аймағында дельтоидты каналдар көп.Бұл бұтақтардан алынған тістің түбірінің жоғарғы жағына инфекцияның енуі созылмалы периодонтиттің қайталануына әкеледі. Дайындалған тіс натрий хлориді ерітіндісіне батырылады. Қан ұйындысы алыныпп тасталады, ұяшық антисептиктермен мұқият жуылады, содан кейін тісті ұяшыққа салып, оны 3-4 аптаға шинамен нығайтады. Науқасқа аялауыш диета ұсынылады, анальгетиктер мен антибиотиктер тағайындалады, физиотерапия 4-6-шы күннен бастап тағайындалады (UFO, UHF).

**№37 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Клиникалық және рентгенологиялық мәліметтер негізінде диагноз қойылады: 8.5 тістің созылмалы периодонтитінің өршуі.

2. Тісті жұлу операциясы кезінде жергілікті асқыну орын алды: 5.5 тістің антагонист тістің сауытына зақым келді.

3. Бұл асқынудың себебі: күтпеген жерден қысқыштың сырғып кетуі және тістің мерзімінен бұрын шығып кетуі.

**№38 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылады: 5.5 тістіңсозылмалы грануляциялық периодонтиті өршу сатысында.

2. Тіс сауытының және түбірінің сынуы: тіс түбірінің едәуір бұзылуымен, сондай-ақ тіс түбірінің құрылымдық ерекшеліктерімен, операция техникасындағы қателіктердің нәтижесімен байланысты болуы мүмкін: құралды дұрыс таңдамау, тістерді жұлу әдістерінің реттілігін сақтамау, кенеттен қозғалу.

3. Бұл жағдайда тексерудің қосымша әдістерінің ішінен сынықтың локализациясын, оның бағытын нақтылау үшін мақсатты рентгенография қажет.

4. Осы клиникалық жағдайда одан әрі емдеу тактикасы: тіс түбірін жұлып тастау.

**№39 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Балаға диагноз қойылады: 7.5 тістің созылмалы грануляциялық периодонтиті.

2. Бұл клиникалық жағдайда жергілікті асқынудың дамуы мүмкін: тұрақты 3.5 тіс ұрығының зақымдануы.

3. Уақытша тістерді жұлып тастағанда, жақтың құрылымдық ерекшеліктерін ескеру қажет: кішкентай өлшемдер, альвеолярлы өсіндінің нәзік сүйек тіндері және уақытша тістерді жабатын шырышты қабат: мойын, түбірлерінің кең орналасуы және олардың астында немесе арасында тұрақты тістердің ұрықтарының болуы. Сондықтан балалар қыстырғыштарының жиынтығын қолданған жөн және жұлу техникасын жақсы меңгеру керек.

4. Уақытша тістерді жұлу ерекшеліктеріне жатады:

а) айналмалы байлам жойылмайды, қысқыштарды қолданғанда олардың ұрттарын алыс жылжытпайды;

б) жұлу кезінде альвеолярлы өсіндіні екі жағынан саусақтармен бекіту керек; Жұлу кезінде шамадан тыс қозғалыстар жасалмайды (бұл сауытты, түбірдің жоғарғы жағын немесе альвеолярлы өсіндіні бұзбауға және жақтың шықпауына мүмкіндік береді);

в) әсіресе мұқият сауыттары бұзылған молярларды жұлу керек. Олардың түбірлерін босату кезінде жан-жаққа бөлінеді.

г) элеваторды пайдаланған кезде ұяшық тініне терең батырмау керек, өйткені тұрақты тістің ұрығына зақым келуі мүмкін;

д) альвеоланың кюретажы жасалмайды, тұрақты тістің ұрығын зақымдамау немесе жұлмау үшін;

д) альвеоланың шеті тісті жұлғаннан кейін альвеолярлы өсіндіге зақым келтірмеу үшін абайлап қысылады.

e) тіс түбірінің осьтерінің, қысқыштардың ұрттары мен қозғалыс бағытының сәйкестігін ескеру қажет, сонымен қатар түбірдің анатомиялық пішінін және альвеолярлы өсіндінің құрылымын білу керек (оның қай қабырғасы жұқа және қайсысы қалың).

5. Бұл жағдайда алыс және ауыр асқыну–тұрақтытістің ұрығының зақымдалуына байланысты – адентия болуы мүмкін.

**№40 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: 1.6 тістіңасқыну сатысындағы созылмалы грануляциялық периодонтит.

2. Жергілікті асқыну пайда болды: түбірді жағарғы жақ қуысына итеру.

3. Диагноз қою үшін панорамалық рентгенография жүргізу қажет.

4. Бұл асқыну келесі жағдайларда болуы мүмкін:

а) жоғарғы жақ қуысына түбірдің анатомиялық жақын кездегі элеватордың немесе қысқыштардың шамадан тыс алға жылжуы.

б) компактты пластина аймағында патологиялық процестің болуы.

5. Жоғарғы жақ қуысы перфорация болған кезде және онда түбірдің болуы кезінде ауруханада синусотомия операциясы қажет. Сондықтан бұл науқасты шұғыл түрде ЛОР бөліміне жіберу керек.

**№41 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Жасөспірімде жергілікті асқыну пайда болды – тісті травматикалық жұлғаннан кейін оң жақтағы төменгі альвеолярлы нервтің зақымдануы (неврит).

2. Асқынудың мүмкін себептері: 4.4 тісті травматикалық жұлу, онда тіс түбірлерінің орналасуының анатомиялық ерекшеліктері және ментальді тесіктің жақын орналасуы ескерілуі керек. Балаларда жұлу панорамалық рентгенограмма болған кезде жүргізілуі тиіс.

3. Бұл клиникалық жағдайда кешенді емдеуді тағайындау қажет:

1) дәрі-дәрмектік;

2) физиоемдеу (УФО, УВЧ).

Нерв бағанының ісінуін жеңілдету үшін:

- глюкокортикоидтар (преднизолон) — тәулігіне кемінде 40 мг (екі қабылдауға бөліп) 5 күн бойы кейіннен дозасын тәулігіне 5 мг-ға дейін азайта отырып;

- дегидратациялайтын дәрілер: "Фуросемид" - 0,04 г (1 таблетка тәулігіне 1 рет таңертең);

- калий препараттары: "Панангин" (тамақтан кейін тәулігіне 1 дражеден 3 рет);

- никотин қышқылы–бұлшықетішіне 0,17% 1 мл тәулігіне 2 рет 10 күн бойы;

- антигистаминді препараттар: "Тавегил" – 1 мг (тәулігіне 2 рет 1 таблеткадан) 10 күн бойы;

Жалпы нығайтқыштардан препараттар қолданылады:

- В12 витамині–200мкг-ден 2 күнде 1 рет 30 күн бойы;

- В1 витамині–0,01г-нан (1 таблеткакүніне 2–3 рет) 30 күн бойы;

-Свитамині–0,1 г (тамақтан кейін күніне 1 рет 3 таблетка10–15 күн бойы);

Седативті, транквилизаторлар және нейролептиктерді тағайындау керек:

- натрий бромидінің 3% ерітіндісі (бір түнге 1 ас қасықтан);

- "Диазепам" – 0,005 г (1 таблетка күніне 1 рет 5 күн бойы);

- №8 үстел (тұзды шектейтін диета).

Невропатологтың кеңесін тағайындау керек.

**№42 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балада диагноз қойылған–2.6 тістің созылмалы грануляциялық периодонтиті,өршу сатысында.

2. Бұл клиникалық жағдайда жергілікті асқыну дамыды: жоғарғы жақ қуысы түбінің перфорациясы.

3. Ауыз қуысы мен жоғарғы жақ сүйектерінің арасында тесілу пайда болған кезде ауыз және мұрын сынамалары объективті болып табылады:

а) ауыздық –егермұрынды саусақтармен қысып, ұрттарды үрлетсе, онда ысқырықпен ауа ұяшық арқылы ауызға шығады;

б) мұрындық - ұрттарды үрлеткенде, ауа мұрын мен ұрт арқылы шығады да ұртты үру мүмкін болмайды.

4. Бұл анатомиялық ерекшеліктерге байланысты, бұл тістердің түбірлерінің синустың түбіне қатысты орналасуын анықтайды. Моляр түбірлерінің ұштары синустың түбінен жұқа сүйек пластинкасымен бөлінген, олардың қалыңдығы 0,1-0,2 мм. Олар синусқа түсіп, оның түбінен шығып кетуі мүмкін. Созылмалы периодонтит салдарынан тіс түбірлерін гаймор синусынан бөлетін сүйек сорылып, қабыну ошағының тіндері синустың шырышты қабығымен бірге өседі. Мұндай тісті жұлғанда, синустың шырышты қабаты жарылып, қалыптасқан тесік арқылы синустың ауыз қуысымен байланысы пайда болады.

5. Гаймор қуысының түбі тесілу кезінде ұяшықта қан ұйындысы пайда болады. Ұяшықты механикалық зақымданудан және инфекциядан қорғау үшін анальгетикалық және дезинфекциялық препаратпен турундамен жабады. Егер тромб бірден пайда болмаса, йод тәрізді тампон қолданылады, оны қызыл иектің шетіне бекітеді. Бірнеше сағаттан кейін тромб пайда болады. Тампон аузында 5-7 күн сақталады. Осы уақыт ішінде қуыстың зақымдалған шырышты қабаты дәнекерленіп, тыртық басталады.

Кейде стационар жағдайында жергілікті тіндермен ақаудың пластикасына жүгінеді. Ол үшін альвеолярлы өсіндінің сыртынан жамылғы кесіп алып, оны сүйектен бөледі. Жамылғы ақау аймағына қарай жылжытып, таңдайдың шырышты қабатына және жараның шеттеріне тігіледі. Жараның тез жазылуы үшін йодоформды дәкемен және қорғаныш пластинкамен жабады. ЛОР дәрігерінің кеңесі міндетті болып табылады.

**№43 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды–7.5 тістіңсозылмалы грануляциялық периодонтиті.

2. Тісті жұлудың 5 кезеңі бар: қысқыштарды салу, жылжыту, бекіту, ротация немесе люксация және тістісуыру.

3. Тісті жұлу кезде жергілікті асқыну пайда болды – қызылиектің шырышты қабығының жартылуы.

4. Бұл асқынудың негізгі себептері:

- жеткіліксіз жарықтандыру;

- операция алдында тіс мойнындағы шырышты қабықтың жеткіліксіз сылынуы;

- жұлатын тістердін шырышты қабығын қысқыштармен қармау;

- дәрігердің альвеоланың шетін сол қолдың саусақтарымен бекітуінің болмауы.

5. Бұл клиникалық жағдайда дәрігер зақымдалған аймақты тексеруі керек, қызыл иектің жыртылған шырышты қабығының бір бөлігін орнына қойып, кетгутпен тігістерді бекіту керек, егер тігіс салынған болса, инені шырышты қабықтың қозғалмалы бөлігі жағынан енгізу керек және оны бекітілген жағында тұрақтандыру керек. Ауыз қуысына күтім жасау үшін қажетті ұсыныстар беріледі.

**№44 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Бұл клиникалық жағдайда төменгі жақтың алдыңғы екі жақты шығуы пайда болды.

2. Балалар стоматологиялық тәжірибесінде кез-келген стоматологиялық манипуляция жасау үшін ата-аналардың ақпараттандырылған келісімі қажет. Бұл жағдайда дәрігер оны алған жоқ, сондықтан тісті жұлмауы керек.

3. Бұл асқынудың мүмкін себептері:

- тісті жұлу операциясын орындау кезінде хирургтің сол қолымен төменгі жақтың бекітілмеуі;

- тіс жұлу кезінде дәрігердің шамадан тыс күш салуы;

- пациенттің аузын шамадан тыс ашуы;

- шықшыт буынының анатомиялық құрылымының ерекшелігі (жалпақ буын бұдыры, байлам аппаратының әлсіздігі).

4. Шықшыт буынын түзету қажет. Ол үшін баланы төменгі жақ дәрігердің қолының шынтақ буынының деңгейінде болатындай етіп орындыққа отырғызу керек. Хирург-стоматолог пациенттің алдына келіп, стерильді сүлгімен оралған екі қолдың бас бармақтарын ауыз қуысына енгізеді және оларды молярлардың шайнау бетіне қояды. Қалған саусақтар төменгі жақтың денесінің төменгі жиегін сыртынан ұстайды. Содан кейін, бас бармақтарды молярларға басып, төменгі жақты артқа жылжытады. Сонымен қатар, төменгі жақтың денесінің шетіне орналастырылған басқа саусақтар оның алдыңғы бөлігін көтереді. Бірте-бірте төменгі жақтың басы төмен қарай жылжиды және буын бұдырының артқы беткейіне түсіп, буындық қуысқа енеді. Буын басы ортына түскенде шертілумен бірге жүреді, ал тістер тығыз түйіседу. Төменгі жақтың шығуын түзегеннен кейін 1-2 апта ішінде жұмсақ иек асты таңғышты қолдану керек және сұйық тамақ қабылдау ұсынылады.

**№45 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Бұл асқынудың себебі: тісті тірек ретінде қолданып, элеватормен жұмыс жасаған.

2.3.7 тістолығымен шығып кеткенде репланттау қажет. Оның мәні–алынып кеткен тісті өз альвеоласына қайтару. Тісті қалпына келтіру әдісі келесідей. Шыққан тіс антибиотиктер қосылған натрий хлоридінің жылы (37°C) изотоникалық ерітіндісіне батырылады. Альвеоладан шыққан тісті шприцтегінатрийдің изотониялық ерітіндісімен антибиотиктермен абайлап жуады және зарарсыздандырылған дәке тампонмен жауып қояды. Содан кейін тіс өңделеді. Тісті өңдеу кезінде асептика ережелері қатаң сақталады. Тіс антибиотиктері бар натрий хлоридінің изотоникалық ерітіндісімен суланған стерильді дәке салфеткасында ұсталады. Бормашина мен бордың ұшы да стерильді болуы тиіс. Тістің түбіріндегі периодонттың қалдықтары алынып тасталмайды. Түбір өзектері толтырылады, өзек толтырылғаннан кейін түбірдің жоғарғы жағы резекциялануы керек, өйткені түбірдің жоғарғы жағында өзектің дельтоидты тармақтары көп. Бұл бұтақтардан алынған тістің түбірінің жоғарғы жағына инфекцияның енуі созылмалы периодонтиттің қайталануына әкеледі. Дайындалған тіс натрий хлориді ерітіндісіне батырылады. Қан ұйығын алып тастап, ұяшықты антисептиктермен мұқият жуып, содан кейін тіс ұяшыққа салынады және оны 3-4 апта ішінде шинамен нығайтады. Науқасқа жұмсақ диета ұсынылады, анальгетиктер мен антибиотиктер тағайындалады, 4-6-шы күннен бастап физиотерапия тағайындалады.

**№ 46 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Клиникалық және рентгенологиялық мәліметтер негізінде диагноз қойылды: 8.5 тістің созылмалы периодонтитінің өршуі.

2.Тісті жұлу операциясы кезінде жергілікті асқыну орын алды: 5.5 тістің антагонист - тісінің сауытына зақым келді.

3.Бұл асқынудың себебі: күтпеген жерден жұлатын тістен қысқыштың сырғып кетуіне байланысты тістің мерзімінен бұрын шығарылып кетуі.

**№47 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Гемофилия–қан ұюының бұзылуымен сипатталатын ауыр тұқым қуалайтын ауру. Оның негізгі симптомы–жиі қан кету, оны тоқтату өте қиын. Гемофилия гені жыныстық хромосомалармен байланысты ("байланысқан"), олармен бірге беріледі.

2. Бұл клиникалық жағдайда көрсеткіштерге сәйкес тіс жұлу операциясы қажет. А формасындағы гемофилиясы бар балада 6.4 тісті жұлу операциясы тек стационар жағдайында, гематологтың қатысуымен және кеңесімен орындалуы керек. Сондай-ақ, операцияға дейінгі арнайы дайындық қажет.

3. Қан кету нәтижесінде бірқатар асқынулар пайда болуы мүмкін: паралич, гангрена (жүйке ұштары мен үлкен қан тамырларының кең гематомасының қысылуына байланысты); ауыр анемия (жарақат немесе хирургиялық операциялар нәтижесінде көп қан кету салдарынан); жедел тыныс жетіспеушілігі (ішек шырышты қабығынан қан кету нәтижесінде пайда болатын тыныс жолдарының механикалық бітелуіне байланысты); жүйке жүйесінің ауыр зақымдануы және тіпті өлім (ми мен жұлынға, сондай-ақ ми қабықшаларына қан кету салдарынан); тромбоцитопения (тромбоциттер санының азаюы); асептикалық тіндердің некрозы және сүйектің декальцинациясы (остеопороз) сүйек тініне жиі қан кетуіне байланысты.

**"Балалардағы жақ-бет аймағының қабыну ауруларын клиникалық ағымының, диагностикалаудың және емдеудің ерекшеліктері" тақырыбындағы ситуациялық есептерге жауаптар**

**№48 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Оң жақ 4.6 тістен болған төменгі жақтың жедел іріңді одонтогенді периоститі. Периостит–бұл сүйек қабығында орналасқан қабыну процесі.

2. Орган сақтау емдеудің принципін ұстану керек. Бұл жағдайда тұрақты тісті сақтау үшін максималды күш салу керек.

**№49 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: созылмалы одонтогенді лимфаденит.

2. Этиологиялық фактор–7.5тістің созылмалы инфекциясы.

3. Лимфа жүйесі иммундық жүйенің құрамдас бөлігі болып табылады, ол жасушалар мен мүшелер кешені болып табылады, олардың бірлескен белсенділігі адамды әртүрлі патогендік агенттердің (бактериялар, токсиндер және т.б.) әсерінен қорғауды қамтамасыз етеді. Иммундық жүйенің негізгі жасушалары–бұлқанда айналатын лимфоциттер, сонымен қатар иммундық жүйенің әртүрлі мүшелерінде (лимфа түйіндерінде, көкбауырда) орналасады, олар денеге енетін бөгде агенттермен бірінші болып байланысады, басқа иммундық жасушалар мен механизмдердің белсендірілуін қамтамасыз етеді, осылайша қорғаныс рөлін атқарады.

4. Алдын алу ауыз қуысын, ЛОР мүшелерін міндетті және уақтылы санациялауды, иммунитетті жоғарылатуды, жалпы күшейтетін терапияны қамтиды.

**№50 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: туберкулездің зақымдануы аясында спецификалық лимфаденит.

Туберкулез–бұлбелгілі бір жұқпалы ауру, оның қоздырғышы туберкулез микобактериясы (Кох таяқшасы), адам мен жануарлардың барлық жүйесі мен мүшелеріне әсер етуі мүмкін, созылмалы ағыммен, интоксикацияның болуымен және қабынудың нақты ошақтарының пайда болуымен сипатталады.

2. Балалық шақтағы туберкулездің жалғыз дәлелі–туберкулингеоң сынақтар (Манту және Диаскинтест сынағы). Туберкулинодиагностика бәсеңдетілген типтің туберкулинге жоғары сезімталдығын анықтауға, яғни туберкулезді микобактериялармен (ТМБ) вирулентті жұқтыру немесе БЦЖ вакцинациясы нәтижесінде пайда болған туберкулин аллергиясына негізделеді. Демек, туберкулин туберкулезді гранулемалардың пайда болу процесінде пайда болған туберкулезде ерекше антиденелерді (Ig A, M, G) анықтайды. Туберкулин–бұлтазартылған туберкулезді токсин, ол MБT жұқтырған балада иммундық жауап пайда болатын аллерген ретінде әрекет етеді. Туберкулезді аллергендердің құрамында микробтық денелер жоқ, сондықтан ол туберкулез ауруын тудыруы мүмкін емес. Бұл клиникалық жағдайда фтизиатрдың кеңесі шұғыл қажет.

3. 6 жасқа дейінгі балалар үшін лейкоциттер деңгейінің нормасы 5-12 г/л құрайды, 7 жастан асқан және одан жоғары жастағы – 4-9 г/л; 7 күннен 6 жасқа дейінгі лимфоциттер деңгейінің нормасы – 45-65%, 6 жастан асқан – 25-40%; ЭОЖ нормасы – 1-10 мм/сағ.

4. Тексерудің қосымша әдістерінің ішінде: кеуде қуысының рентгенографиясы, компьютерлік томография, магниттік-резонанстық томография қажет.

5. Кеуде қуысы мүшелерінің шолу рентгенограммасында балалар үшін өзгермеген өкпе өрістерімен кеуде ішілік лимфа түйіндерінің ұлғаюына байланысты өкпе түбірінің кеңеюі тән. Өкпеде және кеуде ішілік лимфа түйіндерінде кальцинаттар мен іріңді ошақтар жиі анықталады.

**№51 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Жақ-тіл ойығының абсцессімен асқынған 7.5 тістің сол жағындағы төменгі жақтың жедел одонтогенді остеомиелиті. Одонтогенді остеомиелит–бұлжақ сүйегінің іріңді-некротикалық және инфекциялық-аллергиялық зақымдануы.

2. Төмендегі мәліметтер қандағы қабынудың дамуы туралы айтады: лейкоциттер санының едәуір артуы, эритроциттердің отыру жылдамдығын жеделдету (ESR), сондай-ақ лейкоциттердің формуласының солға жылжуы. Лейкограмманың солға ауысуы өзек ядросының лейкоциттерінің саны көбейген кезде пайда болады. Жетілмеген нейтрофилдердің саны жоғары, бұл лейкоцит формуласының солға жылжуына әкеледі. Мысалы, базофилдер – 1, эозинофилдер – 4, жас нейтрофилдер – 1, өзек ядролары – 12, сегмент ядролары–40. Бұл лейкоциттік формуланың солға жылжуы–нейтрофилдердің жетілмеген, жас формалары пайда болды.

3. Балалық шақтағы остеомиелиттің ұзақ мерзімді салдары айтарлықтай ауыр болуы мүмкін, бұл сүйек қалыңдығында тұрақты тістердің ұрықтарының болуымен және төменгі жақтың бұрышында жақтың өсу аймағының болуымен байланысты. Балалардағы жақ сүйектерінің остеокластикалық және остеобластикалық процестері әсіресе күшті, оларды дамыған қанайналым жүйесімен байланыстыруға болады. Өз кезегінде, қан айналымы мол болғандықтан, балалар оңай жұқтырады. Жақ сүйектерінің инфекциясы сонымен қатар кең гаверсиялық каналдармен, сүйек сүйектерінің жұқа және нәзік құрылымымен жеңілдейді, олардың арасында миелин тіндерінің көп мөлшері және ересектердің сары сүйек кемігіне қарағанда әртүрлі ынталандыруларға аз төзімді қызыл сүйек кемігі бар. Балалық шақтағы жақ сүйектерінің сүйек қабығы қалың.

Балалық шақта остеомиелит жиі әкеледі: тұрақты тістердің ұрықтарының өлуіне, микрогенияға– жақтың өсу қарқынының кешеуілдеуі, жақ сүйегінің өсуі мен дамуындағы ауытқулар, сүйек тіндерінің маңызды ақаулары, жақтың патологиялық сынуы, жақтың деформациясы және жұмсақ тіндердің айтарлықтай тыртықты деформациясы болуы мүмкін.

**№52 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. 7.4 тістің созылмалы грануломатозды периодонтиті, өршу сатысында.

2. Балалардағы жедел одонтогендік іріңді-қабыну процестерінің классификациясына сәйкес созылмалы периодонтиттің 3 түрі бар: талшықты, грануломатозды және түйіршікті.

3. Бұл клиникалық жағдайда іріңді-қабыну инфекциялық процесінің таралуы қоздырғыш тістің түбір өзектері арқылы өтеді.

**№53 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: оң жақта құлақ маңы безінің созылмалы интерстециалды сиалоаденитінің өршуі.

2. Ауру интерстициальды дәнекер тінінің өсуімен, содан кейін бездің паренхимасының бөлігі ауыстырылуымен сипатталады. Процестің ұзаққа созылуымен түтіктер мен соңғы бөліктер атрофияға айналады және тығыз гиалинденген талшықты дәнекер тіннің арасында қоршалған болады. Шығаратын түтіктердің қуысы айтарлықтай тарылған.

3. Интерстициальды паротиттің өршуі кезінде камфора майы бар жылыту компресстері бездің аймағына оң әсер етеді, канал жүйесін сүмбілеу, жылы 0,5% этакридиналактат (риванол) ерітіндісін немесе 0,02% фурацилин ерітіндісін бірнеше рет енгізу. Кортикостероидтар тағайындалады: кортизонды күніне 0,025 рет 7-10 күн ішінде немесе бұлшықет ішіне 5 мл 2,5% ерітіндіден тағайындайды (барлығы 5-6 инъекция), преднизолон таблеткаларда күніне 2 рет 5-7 күн ішінде қолданылады, олар метаболизм процестерін белсендірумен қатар, дәнекер тінінің дамуын тежеуге ықпал етеді, бірақ сілекей бездерінің секреторлық қызметін азайтады, сондықтан сілекейді мұқият, бақылап отыру керек. Сонымен қатар, жалпы күшейтетін терапия, жұмсақ диета, гастроэнтерологпен кеңесу және емдеу қажет.

**№54 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: сол жақта созылмалы паренхималық паротиттің өршуі.

2. Безді контрасттау үшін қыздырылған йодипол қолданылады (шабдалы майындағы йодтың 30% ерітіндісі), бұл бездің түтіктерінің нақты үлгісін алуға мүмкіндік береді. Балаларда суда еритін контрастты заттарды қолдануға болады (76% верографин ерітіндісі, 60% урографин ерітіндісі). Бірақ оның кемшіліктерін ескеру қажет: безді контрастты массамен толтыру мен рентгенография арасында уақыт азаяды, түтікке енгізілген контрастты зат 2-3 минут ішінде шығарылады. Безді контрасттау үшін суда еритін "Омнипак" рентгенконтрасты препаратын қолдануға болады (құрамында белсенді зат йодгексол бар триоды бар препарат 46,4% йод ерітіндісімен, суда жақсы ериді). Препарат қан ақуыздарымен аз байланысады, тез және толығымен өзгеріссіз шығарылады, уыттылығы төмен.

3. Сілекей бездерін зерттеудің ең ақпараттық әдісі ультрадыбыстық болып табылады, ол диагнозды, аурудың сатысын анықтауға және емдеу кезеңдерінде бақылауға мүмкіндік береді. Эхография әдісі, әсіресе, балалық шақта көрсетілген, өйткені ол инвазивті емес, қысқа уақыт, баланың процедураға теріс қатынасын тудырмайды.

4. Бұл ауруды Герценберг ауруымен, осы аймақтың ісіктерімен, созылмалы интерстециалды паротитпен, өршу кезеңінде паротитпен ажырату керек.

Соңғы диагноз клиникалық және қосымша зерттеу әдістерінің негізінде жасалады.

5. Осы клиникалық жағдайда қабынуға қарсы, әлсірететін, гипосенсибилизациялайтын, иммуноактивті препараттар, инфекцияның созылмалы ошақтарын санациялау жүргізіледі. Фермент ерітінділерін (химопсин, химотрипсин) күн сайын фибринозды түзілімдерді жергілікті әсер ету кезінде ыдырату, тұтқыр сілекейді сұйылту, қабынуға қарсы, дегидратациялық, антикоагуляциялық және антисептикалық әсер ету, лейкоциттердің фагоцитарлық функциясын арттыру, репарация процестерін ынталандыру қабілетін қолдана отырып, инстилляциялайды. Дәрі-дәрмекпен емдеу физикалық факторлардың әсерімен (UHF терапиясы) және ГБО-мен біріктіріледі. 30-50% Dimexide ерітіндісімен жақпа таңғыштар да қолданылады. Димексид тіндік микроциркуляцияны жақсартады, анальгезиялық, бактериостатикалық әсерге ие, тері арқылы дәрілік заттардың пайда болуына ықпал етеді. Жұмсақ диета, чипцтерді, ащы және тұзды тағамдарды толығымен алып тастап, кептірілген нан ұсынылады.

**№55 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Лимфонодулярлық сиалоденит (Герценберг паротиті)– құлақ маңы сілекей безінің интракапсулярлық лимфа түйінінің жедел серозды лимфадениті.

2. Аурудың нәтижесі – себептіерте жоюға байланысты. Бұл жағдайда аурудың себебі созылмалы тонзиллит болып табылады, мұрын-жұтқыншақты қалпына келтіру қажет, содан кейін бездегі қабыну процесі төмендейді.

Лимфа түйінінің абсцессі болуы мүмкін. Безді уқалау кезінде іріңді аузынан шығарады, онда абсцесс ашылуы керек.

Бұл жағдайда физиотерапия қосымша тағайындалады (құрғақ жылу, UHF, UFO)

**№56 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Баланың диагностикаланды – шақалақтық Паротит.

2. Бұл клиникалық жағдайда этиологиялық фактор – ананыңмаститі болды, ол баланың шала туылуы аясында маңызды рөл атқарды.

3. Дифференциалды диагнозды айдаршық өсіндісінің гематогенді остеомиелитімен, ұрт абсцессімен, іріңді лимфаденитпен жүргізеді.

4. Ең алдымен, іріңнің шығуын (хирургиялық), соққы дозаларында қабынуға қарсы, детоксикациялық, пассивті иммунотерапия (стафилококкты гамма глобулин), десенсибилизациялайтын және жалпы нығайтатын терапия жасау қажет.

5. Уақытылы ұтымды емдеу басталған кезде болжам қолайлы. Секреторлық функцияның төмендеуі, сілекей жыланкөзінің пайда болуы, бет нервінің невритінің дамуы, отит, өсу аймағының зақымдалуына байланысты шықшыт буыны функциясының бұзылуы мүмкін.

**№57 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға эпидемиялық паротит диагнозы қойылды. Бұл геммаглютинозды, нейраминидаза, гемолитикалық және симпласт түзетін белсенділігі бар сүзгі вирусынан туындаған.

2. Вирустың кіру қақпасы–бұл жоғарғы тыныс жолдарының және бездердің шырышты қабығының эпителийі, онда вирус қанға енеді (бастапқы вирусемия) және қан ағымымен әртүрлі мүшелер мен тіндерге таралады. Алайда, сілекей бездері вирусқа ең сезімтал болып табылады – құлақ маңы, төменгі жақ асты, тіл асты, бұл бездердің интерстициальды тіндері басым зақымдалады. Вирус қарқынды репликациядан және қабынған сілекей бездерінен қанға шыққаннан кейін қайталама вирусемия пайда болады, бұл көптеген органдар мен жүйелерге: орталық жүйке жүйесіне (менингоэнцефалит, менингит немесе неврит), жыныс мүшелеріне (аналық бездерге, бездерге), басқа мүшелерге (полиартрит, панкреатит, тиреоидит, сирек – нефрит, миокардит, гепатит) зақым келтіреді.

3. Негізгі клиникалық белгілері: Мурсон (паротит безінің шығаратын түтігінің айналасындағы шырышты қабықтың гиперемиясы және ісінуі); Филатов симптомы (құлақтың алдында және артында басылған ауырсыну; Хетчкок симптомы (төменгі жақ бұрышының ауыруы).

4. Бұл аурумен асқынулар безді органдар мен орталық жүйке жүйесінің зақымдануында көрінеді. Асқынулары: орхит, панкреатит, толық саңырау, серозды менингит.

5. Бұл клиникалық жағдайда баланы емдеу үйде жүргізіледі, толық оқшаулау. Төсек демалысы кемінде 10 күн болуы керек. Панкреатиттің алдын алу үшін сүт-өсімдік диетасын сақтау, қалпына келтіретін терапия. Дәнді дақылдардан күрішті қолданған дұрыс, қара нан, картоп, кптірілген нан рұқсат етіледі. Құрғақ жылу, ауыз қуысының күтімі жергілікті түрде тағайындалады.

**№58 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Оң жақ төменгі жақ асты сілекей безінің сілекей-тас ауруы, тастың каналда орналасуы. Диагноз аурудың тарихы мен клиникалық тексерудің мәліметтеріне негізделген.

2. Конкременттің локализациясын нақтылау және бездің қалыңдығындағы мүмкін болатын ерекшеліктерді анықтау үшін төменгі жақ асты сілекей безінің сиалограммасын орындау қажет.

3. Бұл клиникалық жағдайда қабыну процесін тоқтату қажет (қабынуға қарсы, антигистаминді, жалпы күшейтетін терапия, без массажы, сілекей диетасы). Ремиссия кезеңінде хирургиялық емдеу көрсетіледі (бездің каналынан конкрементті алып тастау).

4. Хирургиялық тактика сілекей безінің каналынан тастарды әртүрлі жолдармен алып тастауды қамтиды. Сілекей тас ауруын емдеудің ең озық әдісі–сілекейтастарын эндоскопиялық жолмен алып тастауға, жолдардың тыртықты қаттылығын жоюға мүмкіндік беретін интервенциялық сиалэндоскопия. Сиалолитиазды емдеудің қазіргі заманғы минималды инвазивті әдістерінің қатарына экстракорпоралды литотрипсия – ультрадыбыстың көмегімен сілекей бездерінің тастарын ұнтақтау жатады. Кейбір жағдайларда интрадуктальды литолиз тиімді–сілекейбезінің каналына 3% лимон қышқылының ерітіндісін енгізу арқылы тастарды химиялық еріту. Сілекей безінің тастарын хирургиялық жолмен алып тастау ашық әдіспен жүзеге асырылуы мүмкін – конкременторналасқан жерде ауыз қуысынан шығатын түтікті бөлу арқылы тас каналдан алынады, канал антисептикалық ерітінділермен жуылады, жара тігілмейді, бірақ жұқа қолғаптық дренажбен ағызылады.

**«Балалардағы жақ сүйектерінің одонтогенді кисталары» тақырыбындағы ситуациялық есептерге жауаптар**

**№ 59 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға 4.7 тістің фолликулалық кистасы диагнозы қойылды(тісті).

2. Шығу тіс ұрығының дамуының бұзылуымен байланысты. Өздеріңіз білетіндей, тіс ұрығыкіреуке органынан, тіс бүртігінен және тіс қапшығынан тұрады. Бұл киста тіс қабығынан дамыған: тіс бүртігінің мембранасы болып табылатын тіс ағзасы айналасындағы мезенхималық жасушалардың жинақталуы.

3. Фолликулалық кистаның макроскопиялық құрылымы холестерин кристалдары бар мөлдір сары сұйықтық бар бір камералы қуыспен ұсынылған. Микроскопиялық құрылым: кистаның сыртқы қабығы дәнекер тінімен (капсула), ал ішкі жағы көп қабатты жалпақ эпителиймен қапталған. Фолликулалық кисталарда эпителийдің кератинизациясы жиі байқалады. Фолликулярлық кисталардың эпителийлері анағұрлым сараланған және олардың сабақтастығын сақтайды.

4. Бұл клиникалық жағдайда ортодонтиялық емдеуді кейінге қалдыру қажет. Фолликулярлық кистаға қатысты емдік тактика хирургиялық болып табылады. Цистэктомия жасау керек, яғни тұрақты 4.7 тісті жұлумен бірге құрылымды толығымен алып тастау керек.

**№60 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: 7.5 тістен болған радикулярлы кистасының қабынуы.

2. Бұл клиникалық жағдайда мыналарды жүргізу қажет:

а) цистэктомия, яғни кистаны түбегейлі жою.

б) тұрақты 3.5 тістің ұрығын жұлу.

**№61 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. 1.4 тістің оң жағындағы радикулярлы жоғарғы жақ кистасы

2. Тамыр кистасын диагностикалаудың қарапайым қосымша әдісі-бұл білім берудің диагностикалық пункциясы. Бұл жағдайда холестерин кристалдарының құрамына байланысты жарықта сарғыш сұйықтық алынады.

3. Дифференциалды диагноз фолликулярлық кистамен жасалады. Бұл киста күрделі кариеспен байланысты емес. Рентгенограммада киста қуысында ретенирленген немесе түзілмеген тұрақты тістің сауыты болады. Тіс доғасында тұрақты тіс жоқ немесе оның орнын сүт тіс алады. Кистозды қабықты алып тастағанда, ол қатаң түрде жарып шықпаған және атипті орналасқан тістің мойнына бекітілгені анықталады.

4. Хирургиялық емдеу–цистэктомия, кистамен итерілген жоғарғы жақ қуысының шырышты қабығын сақтау маңызды. 1.4 тістің түбір өзектері араласқанға дейін пломбаланады, ал операция кезінде тістің түбір жағы кесіледі.

5. Кистаның жоғарғы жақ синусына өнуі кезінде ороантральды цистэктомия операциясы жасалады. Бұл араласу қуысты жоғарғы жақ синустан бөлетін сүйек қабырғасы жұқа немесе тесілген жағдайда жасалады. Сүйек қабырғасының қалыңдығы бірнеше миллиметр немесе одан да көп болса, бұл қажет емес. Сүйек қабырғасының қалыңдығын операция кезінде оның икемділігімен бағалауға болады.

**№62 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға диагноз қойылды: 7.5 тістің сол жағындағы төменгі жақтың радикулярлы кистасы.

2. Бұл клиникалық жағдайда цистотомия операциясы жасалады. Цистотомия–бұлхирургиялық емдеу әдісі, онда кистаның сыртқы (алдыңғы) қабырғасы іргелес сүйекпен бірге алынып тасталады және қол жетімді сүйек қуысы ауыздың кіреберісімен байланысады, яғни кисталық қуыс ауыз қуысының қосымша шығанағына айналады.

3. Цистотомия операциясының көрсеткіштері:

а) мұрын қуысы мен таңдайлық пластинаның сүйек түбінің бұзылуымен жоғарғы жақ синусына өсетін жоғарғы жақтың үлкен кисталары;

б) сүйек қабырғаларының едәуір жұқаруы бар төменгі жақтың кең кисталары, егер кистаның қабығын толығымен алып тастау жақтың беріктігін едәуір әлсіретіп, патологиялық сынудың пайда болуына ықпал етсе;

в) ауыстырылатын тісте, егер сіз мембрананы толығымен алып тастауға тырыссаңыз, кисталар тұрақты тістердің ұрықтарын зақымдауы мүмкін.

4. Цистотомияның кемшіліктері:

а) оперативтік араласудың немқұрайлылығы;

б) операциядан кейінгі ұзақ күтімді қажет ететін қосымша қуыстардың пайда болуы;

в) аурудың қайталануы мүмкін.

5. Цистотомия әдісі. Операцияны жергілікті анестезиямен орындалады. Бұл клиникалық жағдайда 7.5 тіс жұлынады, бірақ тұрақты 3.5 тістің ұрығы сақталады. Жартылай сопақша шырышты-периостеальды жамылғы өтпелі қатпарға қарайтын негізмен кесіледі. Жақ сүйегінің алдыңғы (сыртқы) қабырғасы алынып тасталады, яғни сүйек терезесі кистаның ең үлкен диаметріне сәйкес жасалады. Кисталық қабықтың сыртқы (алдыңғы қабырғасы) тұрақты тістің ұрығына дейін шығарылады. Өткір жиектер мұқият тегістеледі. Шырышты-сүйек асты жамылғы кистаның қуысына орнатылады. Соңғысы йодоформды дәкемен бекітілген, ол тесікті қуысқа кіре берісте ұстайды.

**№63 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1.Жасөспірімге диагноз қойылды: жоғарғы жақ сүйегі1.1 тістің радикулярлы кистасы.

2.Радикулярлы киста–бұлтіс түбірінің апикальды аймағында пайда болатын талшықты қабырғалары бар қатерсіз ісік тәрізді форма.

Кистаның мембранасы қоршаған сүйекке тікелей жақын орналасқан дәнекер тінімен ұсынылған және ішкі жағынан эпителиймен қапталған. Эпителиалды қабық кератинизациясыз ауыз қуысының көп қабатты жалпақ эпителийі сияқты салынған. Радикулярлы кистаның мембранасында әрдайым бір дәрежеде немесе басқа деңгейде көрінетін қабыну өзгерістерін анықтауға болады.Қабыну құбылыстары эпителийдің эрозиясына алып келеді, содан кейін мембрананың бір бөлігі немесе барлық бөлігі некрозға айналады. Циста мембранасын морфологиялық зерттеу кезінде кейде эпителий қабығын белгілі бір жерлерде ғана анықтауға болады. Радикулярлы кисталардың құрылымына тән ерекшеліктерге олардың құрамы мен қабырғаларында холестериннің болуы жатады. Оның пайда болуы липидтерге бай жасушалық құрылымдардың бұзылуымен байланысты.

3.Радикулярлық кисталар негізінен созылмалы грануломатозды периодонтиттен зақымдалған тістерден түзіледі. Қалыптасу механизмі келесілерден тұрады: гранулеманың орналасқан аймағында микроциркуляцияның бұзылуымен қабыну процесінің ішкі өршуі гранулеманың айналасында фибробласттардың жиналуына әкеледі, олар талшықты қабықтың пайда болуымен коллаген шығарады. Талшықты капсула ішіндегі ремиссия кезінде гранулемалар эпителий жасушаларының дамуын және түйіршіктеу тінінің бөліктерін эпителийге ауыстырады. Эпителийдің бір-бірімен байланысқан бөліктері екінші қабат тәрізді гранулеманың ішкі эпителий қабығын құрайды, ол секрецияны дамытады және осы арқылы өседі, уақыт өте келе цистогранулеманы, содан кейін тамырлы кистаны құрайды. Кистаның одан әрі өсуі киста маңызы көлемінің ұлғаюына байланысты баяу жүреді, бұл айналадағы сүйекке қысым жасайды және соңғысының атрофиясына әкеледі. Жақ сүйегінде сүйек ақауы пайда болуы мүмкін, ал киста оның өсуін сүйек қабығының астына созады (субпериостальды киста). Киста сүйекке қарағанда кисталық сұйықтықтың қысымын жоғарылату үшін өседі.

4.Цистэктомия операциясы жасалады. Цистэктомия–бұлрадикалды хирургиялық емдеу әдісі, ол проблемалы кисталарды толығымен алып тастап, содан кейін операциялық жараны мықтап тігеді (жараға бастапқы саңырау тігісін салу). Хирургиядан бұрын 1.1 және 1.2 тістерінде эндодонтиялық емдеуді міндетті түрде жүргізу, оларды түбір ұшына дейін пломбалау, рецидивтің дамуына кедергі келтіретін түбірдің жоғарғы бөлігін резекциялау. Сүйек ақауын толтырған кезде остеостимулятор ретінде антибиотик пасталарын қанмен, гемостатикалық губкамен, гидроксилапатитпен және оның өндірісімен, коллагенмен және оның өндірісімен, лиофилизацияланған аллокостты қиыршық таспен қолдануға болады.

**№64 ситуациялық тапсырмаға жауапта**р

1. Жасөспірімге диагноз қойылды: Ранула немесе оң жақ тіл асты сілекей безінің ретенционды кистасы (ранула немесе бақа ісігі – тіл асты аймағындағы ісіну бақаның ауыз түбінің қапшық тәрізді шығыңқысына ұқсас болғандықтан осылай аталады).

2. Балада дизонтогенетикалық шығу тегінің ауытқуларыболғандықтан (жоғарғы ерін жүгеншесінің төмен бекітілуі, тілдің қысқа үзеңгісі, тістем аномалиясы, готикалық таңдай, таяз ауыздың кіреберісі), бұл түзіліс сонымен қатар дизонтогенетикадан пайда болған арнайы киста болып табылады. Алдыңғы бөлімдегі туынды ағынның дивертикуласынан дамиды. Кейбір авторлар тіл асты безінде кисталардың жиі пайда болуы анатомиялық құрылымның ерекшеліктеріне және оның түтіктерінің орналасуына байланысты деп санайды. Тіл асты қыртыстың жоғарғы жағында ашылатын кішкентай каналдар инфекцияның енуіне, сондай-ақ осы ағындардың ауыз ішілік бөлімдерінің жарақаттануына қолайлы жағдай жасайды, бұл кистаның пайда болуымен арнаның тарылуына және жабылуына әкелуі мүмкін (орта және артқы бөлімде).

3. Тіл асты кисталары ерекше қажеттіліктерді тудырмай, көлемі баяу өседі. Қабықтың жарылуы кезінде (бездің капсуласы) ранула босатылады, бірақ қалпына келмейді, өйткені ақау жазылып, киста маңызбен толтырылады. Кистаны тесу мүмкін емес, өйткені пункциядан кейін ол босатылады (мөлдір, шырышты, тұтқыр сарғыш сұйық бөлінеді).

4. Емі–хирургиялық. Рануланы емдеудің ең көп таралған нұсқасы цистотомия болып табылады. Кистаны тіс асты білігі бойымен кеңірек кесіп, одан кейін киста шеттерін ауыз қуысы түбінің шырышты қабығын тігуден тұрады. Кистаның алғашқы ашылған жолағы бос йодоформды дәкемен толтырылады, ол біртіндеп осы жерден тыртықталған тіндермен итеріледі, ал капсула эпителийі ауыздың қалыпты эпителийіне метаплазалар жасайды. Цистэктомияның нұсқасы сирек қолданылады, өйткені қабықтың нәзіктігі, күрделі анатомиялық құрылымға және хирург жұмыс істейтін кеңістікке байланысты.

**№65 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Жасөспірімде диагноз қойылды- резидуальдікиста.

2. Бұл патологиялық құрылымның пайда болу механизміне сәйкес болуы мүмкін:

а) тістерді жұлып тастағаннан кейін альвеолада қалған одонтогенді гранулеманың қалдықтары;

б) мұқият жүргізілмеген цистэктомия нәтижесі

в) 3.7 тісі пломбаланған және 3.5 тісінде тісжегі қуысы болғандықтан, осы тістерден радикулярлы кистасын қалыптастыру мүмкіндігі бар.

3. Оң диагноз қою үшін панорамалық рентгенография қажет. Бұл диагноз рентгенографияда жұлынған 3.6 тіс аймағында дөңгелек пішінді, тегіс жиектері бар, сүйек тінінің аздаған деструкция ошақтарының болуымен сипатталады.

4. Қайтацистэктомия жасалады.

5. Жіктелуі:

I. Қабынған одонтогенді кисталар:

1. Радикулярлы киста

2. Резидуальді киста

II. Дизонтогенетикалық одонтогенді кисталар:

1. Фолликулярлы киста (құрамында тіс бар киста)

2. Жарып шығу кистасы

**№66 ситуациялық тапсырмаға жауаптар**

1. Балаға 1.2 тістен тұратын радикулярлы киста диагнозы қойылды.

2. Морфологиялық тұрғыдан: холестерин кристалдары қосылған мөлдір сарғыш сұйықтықпен кистозды құрылым; ішкі қабырға көп қабатты жалпақ эпителиймен (4-12 қабат) жасаған. Эпителийдің астында түйіршікті және жас талшықты дәнекер тін бар. Терең талшықты дәнекер тін біртіндеп тыртықпен ауыстырылады. Капсулада көптеген нерв ұштары бар.

3. Гербер симптомы жоғарғы жақта кистаның орналасуында кездеседі және бұл түзілістің пайда болу себебі – алдыңғытістер. Мұрын қуысының риноскопиясында Гербербілігі анық көрінеді, яғни төменгі мұрын қуысында томпайып тұрады.

4. Түзілімнің нақты сипаттамасын қамтитын сәулелік диагностиканың заманауи әдістерінің ішінен конус-сәулелік компьютерлік томографияға артықшылық беріледі. Өйткені:

а) үш өзара перпендикуляр жазықтықта сенімді орналасуды анықтауға болады;

б) көрші құрылымдардың қатысуын анықтау;

в) нақты өлшемдерді анықтау мүмкіндігі;

г) хирургиялық қол жетімділікті дәл анықтау;

г) дифференциалды диагностика жүргізу.

5. Көптеген жақ кисталарына тән симптомдық кешен:

- жойылған және түсі өзгерген себепші тіс;

- себепші тістің перкуссиясы ауыртпалықсыз;

- түбір дивергенциясының (жақындасуы) симптомы және тістердің сауыттарының конвергенциясы (алшақтауы);

- Рунге симптомы - Дюпюйтрен (пергамент қытыры);

- Ю.И.Бернадскийдің симптомы (қабырғаның серпінділігі);

- серпімді созылу симптомы;

- флюктуация симптомы (сүйек тінінің толық резорбциясы орындарында) және беттің деформациясы;

- іріңдеу кезінде - интоксикация, реактивті лимфаденит, жыланкөз;

- жоғарғы фронтальды тістер аймағында локализациямен, мүмкін

мұрын жолдарының аймағында пальпацияланған Гербер білігініңм қалыптасуы;

- Венсен симптомы-тамыр-жүйке шоғырының жанында орналасқан кезде (ауыру және парастезия);

- рентген суреттерінде: айқын контуры бар сүйек тінін ағару жиілігі (іріңдеген кезде контурлардың айқындылығы жоғалады);

6. Радикулярлы кистаның рентгенологиялық өлшемдері:

а) локализация: кез-келген тіс;

б) деструкция ошығы: тіс түбірінің ұшында;

в) пішіні: дөңгелек (сопақ);

г) өлшемдері: өзгермелі және өмір сүру деңгейіне байланысты;

д) құрылымы: біртекті;

е) контурлар: тегіс, күңгірт;

ж) склеротикалық жиек: бар;

з) тістің витальді түбірлерінің қатысуы: бар;

к) түбірлердің дивергенциясы: бар;

л) кортикальді пластинка толықтығының бұзылуы: әр түрлі дәрежеде болады және кистаның орналасуы мен көлеміне байланысты болады;

м) себептік тістің түбірінің резорбциясы: кистаның іріңдеуі кезінде болады;

п) ерекшеліктері: эндодонтиялық емделген тістің болуы радикулярлы кистаның пайда болуына дәлел.

**СИТУАЦИЯЛЫҚ ЕСЕПТЕРГЕ ТЕСТ ТАПСЫРМАЛАРЫ**

1. 4 жастағы баланың ата-анасы төменгі оң жақтағы 8.5 тістің жедел іріңді одонтогенді периоститі туралы хирургиялық кабинетке жүгінді. Дәрігер периостотомия жасауға шешім қабылдады. Хирургиялық араласу кезінде қатты қан кету ашылды, содан кейін бала ауруханаға жатқызылды.

Баланың қандай анатомиялық ерекшелігі бұл асқынуды тудыруы мүмкін?

1. жұқа сүйек қабығы

2.жұқа кортикальды пластина

3.қалың кортикальды пластина

4.сүйек қабығыныңкөп мөлшерде қан айналымы

5.жұмсақ тіндердің көп мөлшерде қан айналымы

2. Ана 8 жасар қызбен емханаға ауыз қуысын тазарту мақсатында жүгінді. Анамнезінде: қыз созылмалы астматоидты бронхитпен ауырады. Ауыз қуысында: 3.6-тіс қуысымен байланыспайтын терең тіс жегі қуысы, тіс жегі қуысының түбін зондтау ауырады. Дәрігер анестезия жасады, содан кейін балада астма асқына бастады.

Аллергиялық анестезияның қай түрі болуы мүмкін?

1.бронхоспастикалық

2.абдоминальды

3.церебральді

4.кардиальді

5.аралас

3. Ана 5 жасар баласымен емханаға ауыз қуысын санациялау мақсатында жүгінді. Бала мейірімді, дәрігердің бұйрықтарын ықыласпен орындайды, қоршаған ортаға қызығушылық танытады.

Баланың мінез-құлқы экспрессивті белгілердің шкаласы бойынша қандай бағалауға сәйкес келеді?

1. оң

2.бейтарап

3.теріс

4.теріс жеңу

5.теріс еңсерілмейтін

4. Ауыз қуысын санациялау мақсатында емханаға 3 жастағы баланы алып келді, ол байланысқа түспейді, дәрігердің сөзіне құлақ аспайды, белсенді қарсылық көрсетеді, жылайды, дәрігердің бұйрығын орындаудан бас тартады. Тексеру кезінде тіс жегі процесінің III дәрежесі атап өтілді.

Баланың мінез-құлқы экспрессивті белгілердің шкаласы бойынша қандай бағалауға сәйкес келеді?

1.оң

2.бейтарап

3.теріс

4.теріс жеңу

5.теріс еңсерілмейтін

5. Балалар стоматологиялық емханасына қабылдауға ауыз қуысын санациялау мақсатында 3 жастағы баласы бар ана келді. Тексеру кезінде 6.2 тістің сауыты 1/3-ке бұзылған, ыдыраған дентинді шығару кезінде пульпа камерасы ашылып, зондтау кезінде ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабат өзгермеген.

Бұл тісті емдеу үшін инъекциялық анестезияның қандай әдісі қолайлы?

1. инфильтрациялық

2.күрек тістік

3.таңдайлық

4.туберальді

5.аппликациялық

6. Емханаға 5 жастағы баланың ата-анасы ауыз қуысын тазартуға жүгінді. Ауыз қуысында: 5.5 және 6.5 – тіс қуысымен байланысатын тіс жегі қуысы бар, бір нүктеде зондтау ауырады, перкуссия ауырмайды, тістің айналасындағы шырышты қабатөзгеріссіз.

Жоғарыда аталған анестезияның қай әдісі жоғарғы уақытша молярларды емдеу үшін ең көп көрсетілген?

1. таңдайлық

2.күрек тістік

3.туберальді

4.инфраорбитальды

5.инфильтрациялық

7. Ана 6 жастағы баласымен стоматологиялық клиникаға 8.4 тістің созылмалы периодонтитінің өршуіне байланысты жүгінді. Дәрігер тісті емдеу туралы шешім қабылдады.

Бұл жағдайда анестезияның қандай әдісі көрсетілген?

1. инфильтрациялық

2.торусальді

3.мандибулярлық

4.туберальді

5.ментальді

8. Ата-ана тіс жегінің декомпенсацияланған түрі туралы 4 жастағы баласымен жеке клиникаға жүгінді. Теріс шешілмейтін мінез-құлыққа байланысты жалпы анестезиямен емдеу туралы шешім қабылданды.

Балалардағы емхана жағдайында стоматологиялық араласу кезінде жалпы анестезияның қандай әдісі қолайлы?

1.бұлшықет ішіне

2.аралас

3.эндотрахеальды

4.эндоназальды

5.көк тамыр ішінен

9. Ана 6 жасар баласымен тіс жұлу үшін емханаға жүгінді.Анамнезінде: бала созылмалы астматоидты бронхитпен ауырады. Ауыз қуысында: 7.3 тіс сауыты бұзылған, тістің айналасындағы шырышты қабатта ерекшелік жоқ. Дәрігер анестезия жасады, содан кейін бала астма асқынуы басталды.

Осы клиникалық жағдайда қандай дәрілік препаратты енгізу орынды?

1. эуфиллин 2,4%

2.строфантин 0,3

3.супрастин 10 мг/мл

4.«Ингалипт»аэрозолі

5.кордиамин 1,0

10. Негативті мінез-құлқы бар 3 жастағы баланың ата-аналарына жалпы анестезиямен бір мезгілде ауыз қуысын санациялау ұсынылды.

Бұл клиникалық жағдайда қандай жалпы ингалациялық емес жансыздандыру әдісі қолайлы?

1.маскалық

2.эпидуральді

3.көк тамырға және б/е

4.эндотрахеальды

5.вагосимпатикалық блокада

11. 3 жастағы балада лабильді жүйке жүйесі, тістерді емдеуге айқын негативті әсер етпейтін көзқарас, эпилепсия бойынша невропатологта диспансерлік есепте тұрады, кп=10.

Қандай санация тәсілін пайдаланған жөн?

1.мінез-құлықты фармакологиялық түзету

2.жалпы жансыздандыру арқылы ауыз қуысын бірмезгілдік санациялау

3.невропатологтың емдеу курсынан кейінгі санация

4.жергілікті анестезиямен стоматологиялық емдеу

5.реминерализациялық терапия

12. Бала 2 жаста. Анасы дене температурасының 38,5°C-қа дейін көтерілуіне, тамақтану кезінде ауырсынуына шағымданады. Объективті түрде, гиперемияланған ауыз қуысының шырышты қабығының фонында қышу, эрозия түрінде зақымданудың бірнеше элементтері анықталады. Қызыл иектің шырышты қабаты ісінген, қызарған, оңай қанағыш. Жақ асты лимфа түйіндері үлкейген.

Шырышты анестезияға қандай жергілікті анестетикалық препарат қолданылады?

1.новокаин

2.артикаин

3.ультракаин

4.лидоксор

5.мепивакаин

13. Ана 3 жасар баласымен балалар стоматологиялық емханасына жүгінді. Түнгі тіс ауруына шағымданады. Анамнезінен: қыз эпилепсия бойынша невропатологтың диспансерлік есебінде тұрады. Қарау кезінде ауыз қуысындағы көптеген тіс жегілік қуыстар. Қыз жылайды, орындыққа отырмайды, дәрігерді итермелейді. Кп индексі = 8.

Қандай санация тәсілін пайдаланған жөн?

1. жалпы анестезия, содан кейін емдеу

2.невропатологта емдеу, содан кейін ауыз қуысын тазарту

3.жергілікті анестезиямен стоматологиялық емдеу

4.фармакологиялық түзету

5.тісті жұлу

14. Ана 6 жасар баласының ауыз қуысын тазарту мақсатында тіс дәрігеріне жүгінді. Ауыз қуысында: 6.4 тіс - толығымен бұзылған, түсі өзгерген, тістің айналасындағы шырышты қабаттың түсі өзгермеген.

Уақытша тісті жұлу бойынша инфильтрациялық анестезия жүргізу кезінде инъекциялық ине қандай деңгейде енгізіледі?

1. вестибулярлық жағынан үш тіс

2.таңдай жақтан үш тіс

3.алынған тіс

4.көрші тіс

5.тілі

15. Емханаға 5 жасар бала әкелінді. Тексеру кезінде 8.4 тістің сауыт бөлігі толығымен бұзылған, шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті. Тісті жұлу үшін мандибулярлық анестезия қолданылған.

Мандибулярлық анестезия үшін инъекциялық инені қай жерге енгізукерек?

1. қанатша-төменгі жақ асты қыртыстың ортаңғы деңгейінде

2.төменгі молярлардың шайнау бетінің деңгейінде

3.жоғарғы молярлардың шайнау бетінің деңгейінде

4.төменгі молярлардың шайнау бетінен төмен

5.жоғарғы және төменгі молярлар арасында

16. Хирургиялық кабинетке анасының алып жүруімен БЦП-мен ауыратын 10 жастағы бала өз бетінше қозғалмайды, жүйке-психикалық дамуында артта қалушылық байқалады. Тексеру кезінде 8.5 тістің сауыттық бөлігі толығымен бұзылған, шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген. Бала байланысқа немқұрайды қарайды, дәрігердің сөзіне барабар қарайды, жыламайды.

Баланың мінез-құлқының қай түрі болуы мүмкін?

1. оң

2.индифферентті

3.еңсерілмейтін теріс

4.негативтің алғашқы көріністері

5.айқын, бірақ еңсерілетін негативті

17. Емханаға 12 жастағы қыз сол жақта жоғарғы жақ аймағында ісінуге шағымданды. Объективті: сол жақ жақтың жұмсақ тіндерінің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Ауыз қуысында 1.4, 1.5 тістердің өтпелі қатпарлары тегістеледі, ісінген, гиперемияланған, "флюктуацияның"оң симптомы.

Анестезияның қай әдісі ең қолайлы?

1. инфильтрациялық

2.күрек тістік

3.таңдайлық

4.туберальді

5.инфраорбитальды

18. Балалар емханасына ана 11 жасар баласының ауыз қуысын санациялау үшін жүгінді. Ауыз қуысында: 7.5 тіс-пломба астында, тістің айналасындағы шырышты қабатта ерекшеліктер жоқ.

Ауысуы кешіктірілген уақытша тісті жұлудың қандай емдік тактикасы орынды?

1. ұяшықтың тығыз тампонадасы

2.ұяшықтың шеттерін жақындату

3.гемостатикалық құралдарды қолдану

4.адентияні болдырмау мақсатында рентгенография

5.ұяшықты қабынуға қарсы агенттермен емдеу

19. 11 жастағы бала тамақтану кезінде ыңғайсыздық туралы шағымдармен стоматологиялық көмекке жүгінді. Объективті түрде, 8.5 тісі бұзылмаған, айналасындағы шырышты қабаттың түсібозғылт қызғылт, II дәрежелі тістің қозғалғыштығы.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. жедел іріңді периодонтит

2.физиологиялық өзгеріс

3.толық емес дистопия

4.жартылай шығып кету

5.толық шығып кету

20. Ана 9 жасар баласының сыздап ауырсыну шағымымен балалар клиникасына жүгінді. Тістің шайнау бетіне қараған кезде 5.5 тіс жегі қуысы, перкуссия ауырады, қызыл иектің шырышты қабаты гиперемияланған, ісінген. Рентгенограммада тіс түбірлерінің бифуркация аймағында сүйек тінінің сиретілуі, 5.5 тіс ұрығы фолликуласының кортикальды пластинкасының резорбциясы 1.5түбірінің? олардың ұзындығы резорбциясы.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. созылмалы периодонтиттің өршуі

2.жедел ошақты остеомиелит

3.жедел іріңді лимфаденит

4.жедел іріңді периостит

5.жедел жалпы пульпит

21. Клиникаға 6 жастағы науқас тістің қозғалғыштығы туралы шағымдармен жүгінді. Объективті түрде 85 тісбұзылмаған, III дәрежелі қозғалғыштық. Тістің айналасындағы шырышты қабат бозғылт қызғылт түсті.

Емдеу үшін қандай құрал қолданғаннеғұрлым орынды?

1. тұмсық тәрізді істікті

2.тұмсық тәрізді істігі жоқ

3.тік

4.тегістегіш

5.сол жақта S-тәрізді істікпен

22. 6 жастағы бала тіс қозғалғыштығы туралы шағымдармен клиникаға жүгінді. Объективті түрде беті симметриялы. Ауыз қуысында 8.5 тіс-интактілі, II дәрежелі қозғалғыштық. Тістің айналасындағы шырышты қабат патологиясыз.

Жұлу үшін қандай стоматологиялық құралды қолданған дұрыс?

1. тұмсық тәрізді істігі бар

2.S-тәрізді қысқыш істігі сол жақта

3.тұмсық тәрізді істігі жоқ

4.тік қысқыштар

5.кең тегістегіш

23. Ана7 жастағы баламентістеу кезінде ауырсыну шағымымен емханаға жүгінді. Ауыз қуысында: 7.5 тіс 2/3 жойылған, тістің айналасындағы шырышты қабат гиперемияланған, ісінген. Дәрігер тісті жұлуды шешті.

Уақытша тісті жұлу операциясының қай кезеңінде қысқыш пен тістің осьтері сәйкес келеді?

1. тістің шығып кетуінде

2.қысқыштардың істіктерін бекітуде

3.тісті ұяшықтан шығаруда

4.тіске қысқаш салуда

5.қысқыштардың істіктерін ось бойымен жылжытуда

24. Ана 5 жасар қызының тіс тұқылының болуына хирургиялық кабинетке жүгінді. Объективті түрде 5.1 тіс аймағында-түбір, тіс түбірінің проекциясында іріңді бөлінетін жыланкөз бар. Дәрігер тісті жұлу туралы шешім қабылдады.

Бұл тісті қандай стоматологиялық қысқыштармен алып тастаған жөн?

1. байонет

2.жазық

3.тұмсық тәрізді түбірлік

4.тұмсық тәрізді сауыттық

5.істіктері қосылатын тік

25. Стоматологиялық емханаға 7 жастағы бала ауыз қуысын санациялау үшін жүгінген. Объективті: 7.5 тіс 2/3 жойылған, түсі өзгерген, перкуссия аз ауырады. Дәрігер тісті жұлуды шешті. 7.5 тісті жұлу кезінде тістің сауыты сынды.

Осы асқынумен тіс түбірін жұлу үшін қандай стоматологиялық құралдар қолайлы?

1. кең тегістегіш

2.жазық қысқыштар

3.тұмсық тәрізді істіктері қосылатын қысқаштар

4.тұмсық тәрізді істіктері тегіс қосылмайтын қысқыштар

5.тұмсық тәрізді істіктері қосылмайтын қысқыштар

26. Балалар стоматологиялық емханасына 16 жастағы қыз ауыз қуысын санациялауға жүгінді. Ауыз қуысында: 1.6 тіс 2/3бұзылған, 1.1, 2.1, 3.6тіс жегі қуыстары, шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті.

Қандай тістердің түбірлеріжоғарғы жақ қуысы түбімен жиі шектеседі?

1. жоғарғы жақтың күрек тістері

2.жоғарғы жақ молярлары

3.төменгі жақ молярлары

4.жоғарғы жақ сүйір тістері

5.жоғарғы жақ премоларлары

27. Ана 6 жасар баласымен емханаға ауыз қуысын санациялау мақсатында жүгінді. Объективті түрде 7.5 тіс 2/3-ке жойылып, түсі өзгерген. Дәрігер тісті жұлуды ұсынды.

Тісті жұлу операциясы кезінде қандай асқыну болуы мүмкін?

1. неврит

2.қан кету

3.сауыттың сынуы

4.гаймор қуысының перфорациясы

5.нерв-тамыр шоғырының зақымдануы

28. Созылмалы периодонтит себебінен 6.5 тіс жұлу кезінде 7 жастағы балада жұлынған тіс аймағында жұмсақ тіндердің жартылуы болды.

Бұл асқынудың ең ықтимал себебі неде?

1. тегістегішті қолдану

2.шырышты қабатты жеткіліксіз ажырату

3.байонетті қысқыштарды қолдану

4.s-тәрізді істігі бар қысқыштармен жұлу

5.ѕ-тәрізді істігі жоқ қысқыштармен жұлу

29. Созылмалы периодонтит себебінен 3.6 тісті жұлу кезінде 14 жастағы жасөспірімде көрші тістің толық емес шығып кетуі болды.

Бұл асқынудың ең ықтимал себебі неде?

1. элеваторды қолдану

2.шырышты қабатты жеткіліксіз ажырату

3.тегіс қысқыштарды қолдану

4.тұмсық тәрізді істігі бар қысқыштармен жұлу

5.тұмсық тәрізді істігі жоқ қысқыштармен жұлу

30. 6 жастағы бала сыздап ауырсыну шағымымен емханаға жүгінді. Объективті түрде 6.5 тістолығымен бұзылған, шырышты қабық гиперемияланған, ісінген. Дәрігер тісті жұлу мақсатында S-тәрізді түйіспейтін қысқышты алды.

Бұл жағдайда қандай асқыну болуы мүмкін?

1.неврит

2.қан кету

3.түбірдің сынуы

4.жоғарғы жақ қуысының перфорациясы

5.нерв-тамыр шоғырының зақымдануы

31. 6,5 жастағы баласы бар ата-ана тамақтану кезінде ауырсыну туралы шағымдармен хирургиялық кабинетке жүгінді. Объективті түрде 8.5 тіс толығымен бұзылған, шырышты қабық гиперемияланған, ісінген. Дәрігер тісті жұлу үшін тұмсық тәрізді қысқыштарды алып, тісті жұлу кезінде 5.5 тісті зақымдады.

Бұл асқынудың ең ықтимал себебі неде?

1. ажыратудың жеткіліксіздігі

2.ауыздың шектеулі ашылуы

3.ротация сатысының бұзылуы

4.люксация кезеңінің бұзылуы

5.бекіту кезеңінің бұзылуы

32. Санация мақсатында ана7 жастағы баласымен емханаға жүгінді. Ауыз қуысында 8.4, 8.5 тістер толығымен бұзылған, тістің айналасындағы шырышты қабық ерекшеліксіз. Дәрігер тісті жұлу туралы шешім қабылдады және тісті шығару үшін элеваторды қолданды, бірақ сонымен бірге тіс түбірі тыныс алу жолына түсті.

Бұл жағдайда асфиксияның қай түрі болуы мүмкін?

1. аспирациялық

2.дислокациялық

3.стенотикалық

4.обтурациялық

5.клапанды

33. 5 жастағы бала емхананың хирургиялық кабинетіне төменгі жақтың сол жағындағы ісіну туралы шағымдармен жүгінді. Сыртқы тексеру кезінде: төменгі жақтың сол жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, терісі гиперемияланған. Ауыз қуысында: 7.5 тіс 2/3бұзылған, тістің айналасындағы шырышты қабық гиперемияланған, ісінген, 7.5, 7.4 тістер аймағында өтпелі қатпардың пальпациясы ауырады, тегістелген, екі тістің 2 дәрежелі қозғалғыштығы, флюктуация симптомы оң.

Кейінірек қандай асқыну болуы мүмкін?

1. төменгі жақтың дамымауы

2.сүйек тінінің резорбциясы

3.тісаралық қалқанның лизисі

4.дене салмағының төмендеуі

5.тұрақты анемия

34.Емханаға 5 жастағы қыздың ата-анасы төменгі жақтың сол жағындағы ісіну туралы шағыммен жүгінді, дене температурасы-38°C. 2 күннен бері ауырады. Объективті: сол жақ төменгі жақ аймағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Терісі кернеулі емес. Аймақтық лимфа түйіндері үлкейген, аузы еркін ашылады. 7.5 тісінде үлкен тіс жегі қуысы, оның перкуссиясы қатты ауырады. 75 тіс аймағындағы өтпелі қатпар тегістелген, тістің айналасындағы шырышты қабық ісінген, гиперемияланған, пальпация кезінде флюктуация анықталады.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. төменгі жақ асты кеңістіктің одонтогендік флегмонасы

2.төменгі жақтың жіті одонтогенді остеомиелиті

3.төменгі жақтың жіті одонтогенді периоститі

4.ауыз қуысы түбініңфлегмонасы

5.ұрт аймағының флегмонасы

35. Емханаға 4 жастағы баланың ата-анасы сол жақта төменгі жақ аймағында ісіну туралы шағымдармен жүгінді, дене температурасы 38°C. 2 күн бойы ауырады. Объективті: сол жақ төменгі жақ аймағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Терісі кернеулі емес. Аймақтық лимфа түйіндері үлкейген. 7.5 тісінде терең тіс жегі қуысы, перкуссиямен күрт ауырады. Тістің айналасындағы шырышты қабық ісінген, гиперемияланған, өтпелі қатпар тегістелген, пальпация кезінде флюктуация анықталады.

Қандай аурумен дифференциалды диагноз қою орынды?

1. жедел одонтогенді остеомиелитпен

2.жедел одонтогенді флегмонамен

3.гематогенді остеомиелитпен

4.біріншілік созылмалы периоститпен

5.радикулярлы кистамен

36. Балалар емханасына 8 жастағы баланың ата-анасы төменгі жақтың сол жағындағы ісінуге шағымданды. 3 күннен бері ауырады, бұрын тісін ашық қалдырған, периостомия жасаған, бірақ баланың жағдайы нашарлады. Объективті: дене температурасы 38,5°C. төменгі жақтың сол жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Ауыз қуысында: 7.5 тіс деңгейіндегі өтпелі қатпар тегістелген, шырышты қабат ісінген, гиперемияланған, перкуссия ауырады.

Емдеудің ең маңызды тактикасы қандай?

1. қабынуға қарсы ем тағайындау

2.иммуномодуляторларды тағайындау

3.секвестрэктомия

4.тісті жұлу

5.физиоемдеу

37. Емханаға 6 жастағы қыздың ата-анасы төменгі жақтың сол жағындағы ісінуге шағымданды. Ол 2 күннен бері ауырады, дене температурасы кешке 38°C-қа дейін көтеріледі. Объективті: төменгі жақтың сол жағындағы жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Аймақтық лимфа түйіндері үлкейген. 7.5 тісінде үлкен тіс жегі қуысы, оның перкуссиясы қатты ауырады. 7.5 тіс аймағындағы өтпелі қатпар тегістелген, шырышты қабат ісінген, гиперемияланған, пальпация кезінде флюктуация анықталады.

Емдеудің қай тактикасы ең бірінші болып табылады?

1. қабынуға қарсы ем тағайындау

2.тіс арқылы ағып кету жасау

3.периостотомия

4.тісті жұлу

5.физиоемдеу

38. 16 жастағы жасөспірім ауыз қуысын тазарту мақсатында емханаға жүгінді. Тексеру кезінде: 1.6 тіс жартылай сынған, түсі өзгерген. Рентгенде периодонтальды саңылаудың кеңеюі, тістің апикальды бөлігінде "жалын тілдері"түрінде ыдырау кездеседі.

Осыклиникалық жағдайда қандай құралдыпайдалану неғұрлым орынды?

1. сол жақта істігі бар s-тәрізді

2. тегіс істігі бар S-тәрізді

3. жақындастыратын істігі бар тік

4. қосылмайтын істігі бар S тәрізді

5. қосылмайтын істіктері бар тік

39. 2.6 жастағы жасөспірім ауыз қуысын санациялау мақсатында емханаға жүгінді. Тексеру кезінде: 2.6 тіс жартылай сынған, түсі өзгерген. Рентгенде периодонтальды саңылаудың кеңеюі, тістің апикальды бөлігінде "жалын тілдері"түрінде ыдырау кездеседі.

Осыклиникалық жағдайда қандай құралды пайдалану неғұрлым орынды?

1. оң жақта істігі бар S-тәрізді

2.тегіс істігі бар S-тәрізді

3.қосылатын істіктері бар тік

4.қосылатын істіктері бар S-тәрізді

5.қосылмайтын істіктері бар тік

41. 14 жастағы науқаста созылмалы периодонтиттің өршуіне байланысты 2.6 тіс түбірін жұлу кезінде таңдайлық түбірді жоғарғы жақ қуысына итеру орын алды. Қосымша синустың рентгенограммасында бөтен дененің көлеңкесі, жоғарғы жақсинусының түбінің аймағында анықталады.

Бұл асқынудың ең ықтимал себебі неде?

1. элеватормен дөрекі қолдану

2.созылмалы гаймориттің болуы

3.қабыну процесінің болуы

4.төменгі жаққа қатты қысым

5.контрофакт

42. 14 жастағы жасөспірім автокөлік апатында басынан ауыр жарақат алды. Жалпы жағдайы ауыр. Тексеру кезінде мұрыннан, ауыздан, құлақтан қан кету, жоғарғы жақтың фрагменттерінің түсіп кетуі, тістемнің бұзылуытөменгі көздің оң жақ жиегіндегі "саты" симптомы.

Асфиксияның қай түрі мүмкін?

1. аспирациялық

2.дислокациялық

3.обтурациялық

4.стенотикалық

5.клапанды

43. Ана10 жастағы баламен емханаға тілдің косметикалық ақауына, тілдің жүгеншесінің үнемі жыртылуына байланысты аздап қан кетуіне, сөйлеу кезінде көп сілекейге, аэрофагияға, ұйқы кезінде қорылға шағымданды. Қараған кезде: тілдің ұшына жақын бекітілген жуан, қуатты, мөлдір емес үзеңгісі, тілдің қысқа жүгеншесі. Тілдің қозғалғыштығы шектеулі, созған кезде оның ұшы қысылып, артқы жағы V әрпі түрінде көтеріледі, прогнатия, гингивит және пародонтит құбылыстары, тістердің мойындарының ашылуы, төменгі жақтағы алдыңғы тістердің гиперестезиясы.

Операцияға дейін қандай зерттеу әдісі ең қолайлы?

1. қанның жалпы талдауы, оның ұю уақыты

2.қанның лейкоциттік формуласын анықтау

3.нәжісті бактериологиялық егу

4.биохимиялық қан анализі

5.зәр анализі

44. Емханаға 11 жастағы қыз 12 тістің жарып шығуының кешігуі туралы шағымдармен жүгінді. Қарау кезінде: ауыз қуысында - кеш ауыспалы тістем, 52 тісте - 1 дәрежелі қозғалғыштық.

Әрі қарай емдеуді анықтау үшін диагностиканың қандай қосымша әдістері тиімді?

1. ортопантомография

2.электрокардиограмма

3.электроэнцефалография

4.флюорографиялық зерттеу

5.Шюллер бойынша төменгі жақтың рентгенографиясы

45. Бала жарақаттан кейін шықшыт буыны аймағындағы ауырсыну туралы шағымдармен клиникаға жүгінді, ауыздың ашылуы шектеулі.

Қосымша зерттеу әдістерінің қайсысы ең ақпаратты?

1. шықшыт буынын зерттеу

2.шықшыт буынының3 өлшемдіКТ

3.бүйірлік проекциядағы рентгенограмма

4.Парма бойынша шықшыт буынының рентгенограммасы

5.Шюллер бойынша шықшыт буынының рентгенограммасы

46. Емдеу басталғаннан бастап 3.6 тістің созылмалы периодонтитінің өршуіне байланысты бір апта ішінде дамыған бет пен бастың бір жартысының жайылмалы қабыну процесі бар ауыр жағдайдағы 9 жастағы бала клиникаға жеткізілді.

Қандай инфекция аурудың ең ықтимал қоздырғышы болып табылады?

1. аэробты инфекция

2.ішек инфекциясы

3.анаэробты инфекция

4.ашытқы тәрізді саңырауқұлақтар

5.стафилококк инфекциясы

47. 13 жастағы жасөспірім сол жақ бетінің ауырсынуына, дене температурасының көтерілуіне шағымданады. Объективті: дене температурасы 37,5оС, сол жақ ұрт аймағының ісінуіне байланысты беті асимметриялы, тері түсі өзгермеген,қатпарға жиналады, ауызы толық ашылады. Ауыз қуысында ауырсыну инфильтраты анықталады, 3.5, 3.6, 3.7 тістердің вестибулярлық жағыаймағында өтпелі қатпарлары тегістелген, шырышты қабат ісінген, гиперемияланған, флюктуация симптомы оң. 3.6 бұрын күрделі тіс жегіне байланысты емделген, перкуссия аздап ауырады.

Қандай алдын-ала диагноз болуы мүмкін?

1. төменгі жақтың сол жақтағы жедел серозды периоститі

2.төменгі жақтың сол жақты жедел іріңді периоститі

3.төменгі жақтың сол жақты жедел одонтогенді остеомиелиті

4.36 тіс аймағындағырадикулярлы киста

5.төменгі жақтың сол жақтысозылмалы оссификациялық периоститі

48. Жақ-бет хирургиясының қабылдау бөліміне 8 айлық бала дене қызуының 38.5°с-қа дейін көтерілуі туралы шағымдармен жеткізілді. Бала мазасыз; мойынның бүйір бетінде ауырсынатын диффузды инфильтрат анықталады, оның үстіндегі тері гиперемияланған.Диагноз қойылды: мойынның бүйір бетіндегі аденофлегмона.

Науқасты емдеудің келесі әдістерінің қайсысы сипатталған клиникалық көрініске сәйкес келеді?

1. антибактериалды және гипосенсибилизациялы терапия

2. жалпы анестезиямен іріңді ошақты ағызу

3. тұрғылықты жері бойынша педиатрда бақылау және емдеу

4.физиоемдеу және жылыту компресстері

5.құрғақ жылыту, ауыз қуысын шайқау

49. Жақ-бет хирургиясының қабылдау бөліміне 8 айлық бала дене қызуының 38.5°с-қа дейін көтерілуі туралы шағымдармен жеткізілді.бала мазасыз; мойынның бүйір бетінде төменгі жақтың шетінен бұғанақ үсті аймаққа дейін ауырсынатын инфильтрат анықталады, оның үстіндегі тері гиперемияланған, кернеулі, жылтыр, флюктуация симптомы оң. Анамнезден: бір апта бұрын бала ЖРВИ-мен ауырған.

Қандай алдын-ала диагноз болуы мүмкін?

1.төменгі жақ асты аймақтың одонтогендік флегмонасы

2.мойынның бүйір бетінің аденофлегмонасы

3.бүйірлік мойын кистасы

4.жақ асты абсцесі

5.одонтогенді іріңді лимфаденит

50. Анасы мен баласы 8 күн бойы құлақ маңы аймағында ісіну, дене қызуы туралы шағымдармен қабылдау бөліміне жеткізілді. Анамнезде: бір тәулік бойы ауырады, анасында мастит, баласын емізеді. Объективті: құлақ маңы аймағында екі жағынан жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, бездері тығыздалған, ауырады, сілекей безінің каналынан ірің ағу пайда болды.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. эпидемиялық паротит

2.эпидемиялық емес паротит

3.Герценберг паротиті

4.жаңа туған нәрестенің паротиті

5.вирустық сиалоаденит

51. Анабаласының 10 күн бойы құлақ маңы аймағында ісіну, дене қызуы туралы шағымдармен қабылдау бөліміне жеткізілді. Анамнезде: бір тәулік бойы ауырады, шала туылған, бала емеді. Объективті: оң жақта құлақ маңы аймағында жұмсақ тіндердің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы, бездері тығыздалған, ауырады, сілекей безінің каналынан іріңді ағу пайда болды.

Бұл аурудың пайда болуының этиологиялық факторы қандай болуы мүмкін?

1. мастит

2.рахит

3.сепсис

4.анемия

5.мерзіміне жетпей тууы

52. Жұқпалы аурулар ауруханасына құлақ маңы аймағының екі жағынан ісінуі, дене қызуы туралы шағымдармен 6,5 жастағы бала жеткізілді. Тексеру кезінде: айналадағы коллатеральді қабынудан сілекей безінің екі жағынан ұлғаюы, құлақ тесігін сыртқа итеріп, сыртқы есту жолын қысады және тарылтады, пальпациялағанда ауырады, бөлінетін сілекей мөлшері азаяды, шығару түтігінің аузы гиперемияланған.

Алдын алу үшін қандай шаралар тиімді?

1. тірі антипаротитті вакцинамен иммундау

2.тұмауға қарсы вакцинамен иммундау

3.мультивитаминдерді тағайындау

4.суық сумен құйылу

5.диспансерлік бақылау

53. Ана9,5 жастағы баласымен хирургиялық кабинетке оң жақтағы құлақ маңы-шайнау аймағының ісінуі туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезде: ЖРВИ, бетінде бір ай бұрын шыққан іріңді бөртпелер. Ісіну бірінші рет пайда болған. Объективті: пальпация кезінде тығыз, шектеулі, айқын контуры бар, ауырмайтын түзілістер, тері түсі өзгермеген. Оң құлақ маңытүтігінен мөлдір сілекей еркін шығады.

Бұл клиникалық жағдайда қандай емдеу тактикасы ең алғашқы болып табылады?

1.камфор майымен жылыту компресстері

2.ауыз қуысын антисептиктермен шаю

3.кортикостероидтарды енгізу

4.безді сүмбілеу

5.хирургиялық емдеу

54. Жақ-бет бөліміне 7,5 жастағы бала сол жақ құлақ маңы аймағында ауыру туралы шағымдармен жеткізілді. Анасының айтуынша, бір жыл бойы ауырып, компрессті қолданғаннан кейін өзін-өзі кеткен. Объективті: сол жақ құлақ маңы-шайнау аймағыжұмсақ тіндердің ісінуіесебінен беттің асимметриясы. Терініңтүсі өзгермегені. Пальпация кезінде құлақтың маңайымен шектесетін күрт ауырсынатын, тығыз және түйнек тәрізді инфильтрат анықталады. Ауыз қуысында: сол жақта Стеноновтүтігі аузының гиперемиясы.

Сиалография үшін жиі қандай рентгенконтрасттыерітінді қолданылады?

1. урографин

2.веростафин

3.йодин

4.йодинол

5.астафин

55. 12 жастағы бала емханаға жақ сүйегінің фронтальды аймағында ісінудің болуы туралы шағымдармен жүгінді. Екі жыл бұрын алдыңғы жоғарғы тістердің жарақаты болған. Жергілікті: 2.1 тістің сауыты бүлінбеген, түсі өзгерген. Вестибулярлық жағынан, тіс түбірінің жоғарғы бөлігінің проекциясындағы ісіну, 2.1, пальпация кезінде ауырмайды. R-граммда 2.1, 2.2 тістердің түбірлері аймағында айқын шекаралары бар сүйек тінінің дөңгелек ақауы анықталады.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. жоғарғы жақтың амелобластомасы

2. остеобластокластоманың кистоздық түрі

3.жоғарғы жақтың фиброзды дисплазиясы

4.2.1, 2.2тістердің созылмалы периодонтиті

5.жоғарғы жақтың одонтогенді қабыну кистасы

56. Ана 12 жастағы баламен емханаға жоғарғы сол жақеріннің шығыңқылығы туралы шағымдармен жүгінді. Тексеру кезінде: тіс қатарында орын болуымен 2.2, 2.4 тістердіңтортоанамалиясы. 2.2 сауыты2/3 бөлігінде бұзылған, тіс қуысы ашық, зондтау және перкуссия ауыриайды. Қызыл иектің шырышты қабаты бозғылт қызғылт түсті, диаметрі шамамен 2 см болатын 2.1, 2.2, 2.4 аймағында альвеолярлы өсіндінің деформациясы анықталады, пальпация ауыртпалықсыз. Альвеолярлы өсіндінің деформациясы аймағында пункция жүргізілді: сабан түсті мөлдір опалесценттік 1,5 мл сұйықтықалынды. Ауыз ішілік рентгенограммада: сол жақ жоғарғы жақтың альвеолярлы өсіндісі аймағында 2.1, 2.2, 2.4 түбірлер аймағында 1,4 см дөңгелек пішінді сүйек тінінің бұзылу ошағы анықталды, диаметрі айқын контурлары бар, 23 тістің ұрығы бар.

Қандай алдын-ала диагноз болуы мүмкін?

1. 23 тістің тіс кистасы

2. 23 тістен шыққан радикулярлы киста

3. 23 тістің парадентальды кистасы

4. 23 тістің қалдық кистасы

5. 23 тістегі фолликулярлық киста

57. 6 жасар баланың ата-анасы стоматологиялық клиникаға сол жақта төменгі жақтың ісінуіне шағымданып жүгінді. Анамнезінен: Ісіну 3 ай бұрын байқалған, баяу ұлғайған, мазаламаған. Қарау кезінде: сол жақ ұрт аймағының төменгі үштен бірінің ісінуіне байланысты беттің асимметриясы. Ісінудің үстінде тері түсі өзгермеген, қатпарға жиналады, пальпация ауыртпалықсыз. Ауыздың ашылуы шектелмеген. 7.4, 7.5 аралығындағы өтпелі қатпар тегістелген, шырышты қабаты өзгеріссіз, тығыз, сопақша пішінді пальпацияланады, сүйектің тегіс, ауыртпалықсыз ісінуі. 7.5 пломбаланған, перкуссия ауырмайды. Аймақтық лимфа түйіндері пальпацияланбайды.

Қандай алдын-ала диагноз қою мүмкін?

1. радикулярлық киста

2. примордиальды киста

3. фолликулярлық киста

4. резидуальды киста

5. дермоидты киста

**ТЕСТ ТАПСЫРМАЛАРЫНЫҢ ЖАУАПТАРЫ**

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

**Ұсынылған әдебиеттер**

1. Лекции по стоматологии детского возраста: Учебное пособие. Т.1 /Под ред.Т.К.Супиева.-Изд.2-е, перераб. и доп.- Алматы: "Тау-Самал", 2013. - 436с.
2. Супиев Т.К., Юй Р.И. Морфофункциональные особенности челюстно-лицевой области у детей и подростков (учебное пособие). Алматы, 2013. – 136с.
3. Хирургическая стоматология. Учебник./Под ред. Робустовой Т.Г.  — М.: Медицина, 2015.
4. Челюстно-лицевая хирургия. Учебник. / Под ред. Дробышева А.Ю., Янушевича О.О. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.
5. Гнойно–воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение. /Под ред. М.М. Соловьева, О.П. Большакова, Д.В. Галецкого — М., МЕДпресс–информ, 2016.
6. Пропедевтика хирургической стоматологии. / Под ред. Соловьева М.М. — М.: МЕДпресс–информ, 2010.
7. Воспалительные заболевания тканей челюстно–лицевой области и шеи. / Под ред.А.Г.Шаргородского. — М.: ГОУ ВУНМЦ, 2011.
8. Хирургическая стоматология. Учебник / Под ред. Афанасьева В. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 400 с.
9. Клиническая стоматология. Учебник/Под ред. В.Н.Трезубова и С.Д.Арутюнова. — М.: Практическая медицина, 2015.
10. Местное обезболивание в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / сост.: Григорянц А. П., Марусов И.В., Федосенко Т.Д., Антонова И.Н., Григорянц А. А. - СПб: издательство Человек, 2017.
11. Воспалительные заболевания слюнных желез / сост.: Матина В.Н. — СПб: издательство СПбГМУ, 2008.
12. Неотложная помощь при инородных телах дыхательных путей. Практическое пособие для студентов 3–5 курсов стоматологического факультета / сост.: Богданов А.Б., Молодцова В.П.— СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
13. Принципы планирования лечения больных острой одонтогенной инфекцией с учетом прогноза заболевания / сост.: Алехова Т.М. — СПб: издательство СПбГМУ, 2010.
14. Общее обезболивание в амбулаторной стоматологической практике. Практическое пособие для студентов 3–5 курсов стоматологического факультета и врачей–стоматологов факультета повышения квалификации / сост.: Богданов А.Б., Алехова Т.М., Хоровский О.Е. — СПб: издательство СПбГМУ, 2011.
15. Диагностика объемных образований шеи. Методическое пособие / сост.: Плужников М.С.,Петров Н.Л., Климанцев С.А., Добромыслова Н.А. — СПб: фармацевтическое издательство «Фарос Плюс», 2001.
16. Осложнения при прорезывании нижних третьих моляров (клиника, диагностика, лечение). Пособие для занятий со студентами 3–5 курсов стоматологического факультета /сост.:Андреищев А.Р. — СПб: издательство СПбГМУ, 2012.
17. Стоматология. Учебник./Под ред. В.Н.Трезубова и С.Д.Арутюнова. — М.: Медицинская книга, 2014.
18. Пути разрешения конфликтов при оказании хирургической стоматологической помощи. Пособие для стоматологов / сост.: Алехова Т.М., Федосенко Т.Д., Ленская П.А. — СПб: издательство СПбГМУ, 2004.
19. Методы комплексного обследования и лечения больных с заболеваниями височно–нижнечелюстного сустава /сост.: Матина В.Н., Сакович А.А., Самедов Т.И., Лопотко А.И.,Серебрякова С.В., Беляев В.В., Калакуцкий И.Н. — СПб: издательство СПбГМУ, 2014.
20. Типовые задачи для итоговой государственной междисциплинарной аттестации по хирургической стоматологии. Учебное пособие /сост.: Соловьев М.М., Алехова Т.М. – СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
21. Общее обезболивание в стоматологии. Практическое пособие для студентов 3–5 курсов стоматологического факультета и врачей–стоматологов факультета повышения квалификации /сост.: Богданов А.Б., Алехова Т.М., Хоровский О.Е. — СПб: издательство СПбГМУ, 2017.
22. Врожденные кисты и свищи челюстно–лицевой локализации и шеи /сост.: Криволуцкая Е.Г.,Матина В.Н., Соколов А.В. — СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
23. Топографо–анатомические основы проведения местных анестезий в челюстно-лицевой области /сост.: Ламден Д.К., Галецкий Д.В. — СПб: издательство СПбГМУ, 2011.
24. Одонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. Пособие для студентов 3–5 курсов стоматологического факультета и врачей–стоматологов постдипломного образования /сост.: Соловьев М.М., Алехова Т.М., Макошина Е.С. – СПб: издательство СПбГМУ, 2007.
25. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (часть I). Указания к практическим занятиям и самостоятельной подготовке для студентов 3 курса стоматологического факультета /сост.: Алехова Т.М., Яременко А.И., Федосенко Т.Д., Макошина Е.С. – СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
26. Синдромальная диагностика заболеваний челюстно–лицевой области. Учебное пособие для семейного врача, врача общей практики и врачей–стоматологов /сост.: Соловьев М.М.,Алехова Т.М., Иванова Е.А. — СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
27. Двигательная дисфункция нижней челюсти. Руководство для врачей /сост.: Самедов Т.И.,Иванов Ю.В. — СПб: СпецЛит, 2008.
28. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области (часть II). Указания к практическим занятиям и самостоятельной подготовке для студентов 4 курса стоматологического факультета /сост.: Алехова Т.М., Яременко А.И., Федосенко Т.Д., Макошина Е.С. — СПб: издательство СПбГМУ, 2018.
29. Оперативная хирургия и топографическая анатомия головы и шеи. Пособие для стоматологического факультета /сост.: Семенов Г.М. — СПб: издательство СПбГМУ, 2010.
30. Хирургическая анатомия и оперативная хирургия головы и шеи. Пособие для стоматологического факультета /сост.: Большаков О.П. — СПб: издательство СПбГМУ, 2008.
31. Диагностика заболеваний лимфатических узлов челюстно-лицевой области и шеи. Методическое пособие для студентов 3–4 курсов стоматологического и лечебного факультета и врачей /сост.: Петров Н.Л., Яременко А.И., Добромыслова Н.А. — СПб: издательство СПбГМУ, 2009.
32. Неотложная помощь в амбулаторной стоматологической практике. Практическое пособие для врачей–стоматологов факультета повышения квалификации, клинических ординаторов, интернов и студентов 4–5 курсов стоматологического факультета /сост.: Богданов А.Б.,Корячкин В.А., Алехова Т.М. — СПб: издательство СПбГМУ, 2010.
33. Детская терапевтическая стоматология [Текст]: Национальное руководство /Под.ред. акад. РАМН В.К.Леонтьева, проф.Л.П. Кисельниковой - Москва: ГЭОТАР-МЕДИА, 2010.- 896с.
34. Стоматология детского возраста: учебник в 3 ч. – 2-е изд., перераб. и доп. /В.М.Елизарова [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – Ч.II. Хирургия. – 300с.
35. Харьков Л.В., Яковенко Л.Н., Чехова И.Л. Хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия детского возраста /Под ред.Л.В.Харькова. - М.: «Книга плюс». 2015 - 580 с.
36. Ральф Е. Мак-Дональд. Дэвид Р. Эйвери: перевод с английского проф.Т.Ф.Виноградовой. Стоматология детей и подростков. МИА: М., 2003.
37. Супиев Т.К. Гнойно-воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. – М.: Медпрес, 2011. – 160 с.
38. Хоменко Л.А. Терапевтическая стоматология детского возраста. Киев-Книга-плюс-2009г. 815стр
39. Детская хирургическая стоматология и челюстно-лицевая хирургия. Сборник иллюстрированных клинических задач и тестов /Под ред.О.З.Топольницкого и др. - М.:ГЭОТАР-медиа. 2011.-192с.
40. Топольницкий О.З. Атлас по детской хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии /О.З.Топольницкий, А.Ю.Васильев - М.: ГЭОТАР-Медиа. 2011.-264с.
41. Пропедевтическая стоматология.учеб. для студентов, обучающихся по специальности 060201.65 " Стоматология" /под. ред. Э.А.Базикяна, О.о. Янушевича.- 2-е изд., доп. и перераб.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2012.- 640 с.:ил.
42. Сущенко А.В., Алферова Е.А., Красникова О.П., Олейник О.И., Вусатая Е.В. общее обезболивание как метод выбора анестезии при полной санации полости рта //Молодой ученый.-2016.-№ 3.- С. 308-310.
43. Al-Haroni, M.; Skaug, N.; Bakken, V.&Cash, P. Proteomicanalysisofampicillin-resistant oral Fusobacteriumnucleatum. Oral Microbiol.Immunol., 23:36-42, 2009.
44. Baltensperger, M.; Grätz, K.; Bruder, E.; Lebeda, R.; Makek, M. &Eyrich, G. Is primary chronic osteomyelitis a uniform disease? Proposal of a classification based on a retrospective analysis of patients treated in the past 30 years. J. CranioMaxillofac. Surg., 32:43-50, 2014.
45. Betts, N. J.; Abaza, N. A. &Kazemi, A. An expansile bony lesion of the posterior mandible in a 12, yearold girl. J. Oral Maxillofac. Surg., 54:203-9, 2010.
46. Brady, B. A.; Leid, J. G.; Costerton, J. W. &Shirtliff, M. E. Osteomyelitis: clinical overview and mechanisms of infection persistence. Clin.Microbiol. Newsletter, 28:65-72, 2016.
47. Brook, I. Actinomycosis: diagnosis and management. Southern Med. J., 101:1019-23, 2008a. Brook, I. Anaerobic osteomyelitis in children.Pediatr.Infect. Dis., 5:550-6, 2008.
48. Brook, I. Microbiology and management of joint and bone infections due to anaerobic bacteria. J.Orthop. Sci, 13:160-9, 2008.
49. Coviello, V. & Stevens, M. R. Contemporary concepts in the treatment of chronicosteomyelitis. OralMaxillofacial. Surg. Clin. North Amer., 19:523-34,2009.
50. Gaetti-Jardim, E. Jr.; Landucci, L. F.; Lins, S. A.; Vieira, E. M. & Oliveira, S. R. Susceptibility of strict and facultative anaerobes isolated from endodontic

infection to metronidazole and beta-lactams. J.Appl. Oral Sci., 15: 539-45, 2010.

1. Gutierrez, K. Bone and joint infections in children. Pediatr.Clin. North Amer., 779-94, 2005.Handal, T.; Olsen, I.; Walker, C. B.; &Caugant, D. A. bLactamase production and antimicrobial susceptibility of subgingival bacteria from refractory periodontitis. OralMicrobiol.Immunol., 19:303-8, 2104.
2. Kim, S-G. & Jang, H-S. Treatment of chronic osteomyelitis in Korea. Oral Surg. Oral Med. OralPathol.Oral Radiol.Endod., 92:394-8, 2011.