

**Частное образовательное учреждение высшего образования  
Новосибирский медико-стоматологический институт  
ДЕНТМАСТЕР  
(ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»)**

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО  
ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ)  
ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

по основной профессиональной  
образовательной программе  
высшего образования - программе подготовки кадров  
высшей квалификации  
в ординатуре по специальности  
**31.08.75 Стоматология ортопедическая**

Квалификация  
**«Врач – стоматолог-ортопед»**  
Виды профессиональной деятельности,  
к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:  
профилактическая;  
диагностическая;  
лечебная;  
реабилитационная;  
психолого-педагогическая;  
организационно-управленческая  
форма обучения - очная  
срок получения образования по программе ординатуры – 2 года

**на 2024-2025 учебный год**

Новосибирск, 2024

**СОГЛАСОВАНО:**  
Ученым советом  
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

Протокол № 3 от «25» марта 2024 г



**КЛЮЧИ**  
**К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО ПРОГРАММЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ**  
**(КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

**1. ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ**  
**АТТЕСТАЦИИ ОБУЧАЮЩИХСЯ (ОРДИНАТОРОВ) ПО ПРОГРАММЕ**  
**ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКИ**  
**(ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**

**1.1 Ключи к вопросам для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ор-**  
**динаторов) по программе производственной (клинической) практики**  
**(вариативная часть)**

Вопросы для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть) находятся в документе «**Оценочные материалы по программе Б2.В.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**» (см. пункт 6.1.1, стр. 10-12).

**Ответ к вопросу № 1**

*Асептика* – система профилактических мероприятий, направленных на предупреждение попадания микроорганизмов в рану, органы и ткани больного в процессе любых врачебных мероприятий.

Асептика включает стерилизацию инструментов, приборов и пр., специальную обработку рук хирурга, соблюдение особых приемов во время лечебных процедур, осуществление специальных гигиенических и организационных мероприятий.

**Ответ к вопросу № 2**

*Антисептика* – система мероприятий, направленных на уменьшение количества микроорганизмов в операционном поле, ран

Важным элементом асептики является стерилизация. *Стерилизация* – это совокупность физических и химических способов полного освобождения объектов внешней среды (инструменты, перевязочный материал и др.) от микроорганизмов и их спор. Стерилизации подвергаются все изделия, соприкасающиеся с раневой поверхностью, кровью, инъекцируемыми препаратами и т. д.

Процесс стерилизации включает несколько этапов:

- дезинфекция;
- предстерилизационная очистка;
- стерилизация;
- хранение стерильных инструментов и материала.

**Ответ к вопросу № 3**

*Местная анестезия* – это вид обезболивания в стоматологии, при котором в ткани вводится

раствор анестетика, блокирующий чувствительность нервных окончаний и передачу болевых импульсов по чувствительным (афферентным) нервным волокнам. Вариантами проведения местного обезболивания в стоматологии являются – *инфильтрационная, проводниковая или аппликационная анестезия.*

*Аппликационная анестезия* в стоматологии используется только для обезболивания слизистой оболочки полости рта.

*При инфильтрационной анестезии* анестетик вводится под слизистую оболочку в области переходной складки (т.е. в проекции верхушек корня зуба).

*Проводниковая анестезия* – в стоматологии используется чаще всего только для обезболивания 6-7-8 нижних зубов. Для обезболивания 6-7-8 нижних зубов используются следующие виды проводниковой анестезии – торусальная анестезия и мандибулярная анестезия.

#### **Ответ к вопросу № 4**

На данный момент наиболее современными анестетиками в стоматологии считаются препараты на основе артикаина гидрохлорида. К этой группе относятся Ультракаин, Убистезин, Септанест и другие. Анестетики с артикаином превосходят по эффективности Лидокаин – в 2 раза, а Новокаин – в 5-6 раз. Что касается длительности анестезии, то она будет зависеть от концентрации вазоконстриктора в составе препарата.

Вазоконстрикторы вызывают спазм сосудов в зоне инъекции анестетика. В результате уменьшается капиллярный кровоток, а значит и скорость вымывания анестетика из тканей. В качестве вазоконстриктора чаще всего используется эпинефрин – в концентрациях 1:100 000 или 1:200 000, но для пациентов групп риска существует форма выпуска и вовсе без содержания вазоконстриктора.

#### **Ответ к вопросу № 5**

Осложнения местного обезболивания – это нежелательные реакции, возникающие в результате введения местного анестезирующего препарата.

*К местным осложнениям относятся:*

1. Повреждение стенки кровеносного сосуда приводит к образованию гематомы и болезненной припухлости
2. Ишемия мягких тканей
3. Парез нервных окончаний мимической мускулатуры
4. Кровотечение из раневого канала
5. Возможно кровотечение из носа при неаккуратном проведении резцовой анестезии
6. Развитие мышечной контрактуры
7. Диплопия при попадании иглы в канал глазного нерва при выполнении инфраорбитальной анестезии
8. Перелом иглы
9. Воздушная эмфизема ткани
10. Инфицирование мягких тканей при выполнении манипуляций нестерильными инструментами
11. Ошибочное введение других растворов вместо анестетика

#### **Ответ к вопросу № 6**

*К общим осложнениям относятся:*

1. Психогенная реакция
2. Аллергические реакции включают в себя:
  - Крапивница
  - Отёк Квинке
  - Анафилактический шок
1. Обморок
2. Коллапс

3. Токсические реакции на раствор анестетика
4. Гипертонический криз
5. Ишемия миокарда
6. Аритмия
7. Астматический статус
8. Судорожные состояния;
9. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома
10. Острая дыхательная недостаточность

### **Ответ к вопросу № 7**

Удаление зуба является одной из самых распространенных операций в стоматологической практике.

Как правило, это вмешательство производят, прилагая силу извне. Щипцы и элеваторы действуют как рычаг. При этом происходит нарушение целостности слизистой оболочки, покрывающей зубочелюстной сегмент, травмируется надкостница, пародонт и находящиеся в нем сосуды и нервы, а также повреждается надкостница и костная ткань альвеолы.

*К срочному удалению зуба* прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте. По неотложным показаниям удаляют зубы, являющиеся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околоушном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности.

*В порядке неотложной помощи* удаляют зуб при продольном его переломе, переломе коронковой части с обнажением пульпы, если коронку его невозможно восстановить путем пломбирования или ортопедического лечения.

### **Ответ к вопросу № 8**

*Показания к плановому удалению зуба следующие:*

- безуспешность эндодонтического лечения при наличии хронического воспалительного очага в периодонте и окружающей кости;
- невозможность консервативного лечения из-за значительного разрушения коронки зуба или технических трудностей, связанных с анатомическими особенностями (непроходимые или искривленные каналы корней); погрешности лечения, вызвавшие перфорацию корня или полости зуба;
- полное разрушение коронковой части зуба, невозможность использовать оставшийся корень для зубного протезирования;
- подвижность III степени и выдвигание зуба вследствие резорбции кости вокруг альвеолы при тяжелой форме пародонтита и пародонтоза;
- неправильно расположенные зубы, травмирующие слизистую оболочку рта, языка и не подлежащие ортодонтическому лечению;
- не прорезавшиеся в срок или частично прорезавшиеся зубы, вызывающие воспалительный процесс в окружающих тканях, который ликвидировать другим путем невозможно;
- расположенные в щели перелома зубы, мешающие репозиции отломков и не подлежащие консервативному лечению;
- сверхкомплектные зубы;
- выдвинувшиеся в результате потери антагониста зубы.

### **Ответ к вопросу № 9**

*Противопоказания:*

- сердечно-сосудистые (прединфарктное состояние и время в течение 3-6 мес после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь II и III степени, в том числе в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);

- острые заболевания паренхиматозных органов - печени, почек, поджелудочной железы;
- геморрагические диатезы; заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);
- острые инфекционные заболевания;
- заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

### **Ответ к вопросу № 10**

*Местными противопоказаниями к удалению зуба являются:*

- острая лучевая болезнь I-III стадии;
- заболевания слизистой оболочки полости рта (язвенно-некротические гингивиты, стоматиты);
- поражения слизистой оболочки полости рта при таких заболеваниях, как скарлатина, туберкулез, сифилис, лепра, вирусные процессы (герпесы, ВИЧ-инфекция, грибковые инфекции);
- аллергические и токсикоаллергические заболевания;
- предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

### **Ответ к вопросу № 11**

После удаления зуба рана заживает вторичным натяжением. Образуется кровяной сгусток в лунке, который замещается грануляционной, затем остеоидной тканью. К 7 - 8-му дню грануляционная ткань замещает значительную часть кровяного сгустка, который сохраняется только в центральной части лунки. Первые признаки эпителизации раны выявляют уже на 3-й день после удаления зуба. Полная эпителизация поверхности раны (в зависимости от ее размеров) завершается к 14 - 18-му дню.

При воспалительных явлениях в лунке процесс заживления раны после удаления такого зуба происходит в более поздние сроки, в 10-14 дней.

Более значительно выражена задержка образования кости и эпителизации раны при травматичном удалении зуба с разрывом десны и повреждением стенок лунки. Эпителизация раны часто завершается только на 30 - 50-е сутки.

### **Ответ к вопросу № 12**

Перелом коронки или корня удаляемого зуба - самое частое из всех местных осложнений. В некоторых случаях оно связано со значительным поражением зуба кариозным процессом, иногда зависит от анатомических особенностей строения корня и окружающей костной ткани (длинные, тонкие или сильно изогнутые корни при толстых межкорневых перегородках и неподатливых стенках лунки, неравномерное утолщение или значительное расхождение корней). Довольно часто это осложнение возникает вследствие нарушения техники операции: неправильного наложения щипцов, недостаточно глубокого их продвижения, резких движений во время вывихивания зуба, грубого и неправильного применения элеватора и т.д.

При переломе корня зуба необходимо продолжить вмешательство и удалить его.

### **Ответ к вопросу № 13**

Перелом и вывих соседнего зуба могут произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе

следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе произвести реплантацию. Если при реплантации зуб подвижен, можно попытаться укрепить его в кости эндодонтоэндоексальным имплантатом - стабилизатором. Также при невозможности сохранить зуб его удаляют с немедленной установкой имплантата в альвеолу.

#### **Ответ к вопросу № 14**

При прободении верхнечелюстной пазухи из лунки удаленного зуба выделяется кровь с пузырьками воздуха. Во время выдоха через нос, зажатый пальцами, воздух со свистом выходит из лунки. Хирургическая ложка беспрепятственно погружается на большую глубину. В отдельных случаях возможно кровотечение из соответствующей половины носа. При гнойном процессе в пазухе из лунки зуба выделяется гной.

При вскрытии верхнечелюстной пазухи и отсутствии в ней воспалительного процесса следует добиться образования в лунке кровяного сгустка. Для предохранения его от механического повреждения и инфицирования лунку прикрывают йодоформной турундой, губкой с гентамицином, турундой с обезболивающим и противовоспалительным препаратом «Alvogyl».

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на ее устье накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его шелковыми швами к краям десны или делают каппу. Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью, образуется сгусток. Тампон сохраняется в течение 5 - 7 дней. В этот период сгусток в лунке организуется, разорванная слизистая оболочка пазухи спаивается и начинает рубцеваться.

#### **Ответ к вопросу № 15**

*Цитологический метод* - исследование можно провести независимо от стадии и течения воспалительного процесса в амбулаторных условиях. Материалом для цитологического исследования могут быть мазок-отпечаток, мазок-перепечаток, мазок-соскоб с поверхности слизистой оболочки, эрозии, язвы, свищей, пародонтальных карманов, а также осадок промывной жидкости полости рта и пунктат участка, расположенного в глуболежащих тканях.

*Пункцию* применяют при необходимости получить материал с участка уплотнения, увеличенных лимфатических узлов и пр.

*Биопсия* – прижизненное иссечение тканей для микроскопического исследования с диагностической целью. Эта методика позволяет с большей точностью диагностировать патологический процесс. Для биопсии достаточно взять кусочек ткани диаметром 5-6 мм.

*Бактериологическое исследование* – бактериоскопия материала, получаемого с поверхности слизистой оболочки рта, язв, эрозий. Это исследование проводят во всех случаях, когда нужно уточнить причину поражения слизистой оболочки, при специфических заболеваниях, гнойных процессах, для определения бациллоносительства

#### **Ответ к вопросу № 16**

*Внутриротовая рентгенография* используется для изучения состояния периапикальных тканей, полости зуба, корневых каналов, периодонтальной щели.

*Ортопантомография* - наиболее эффективная методика для диагностики заболеваний пародонта, которая дает широкий обзор всей зубочелюстной системы, позволяя одновременно увидеть оба зубных ряда и альвеолярных отростка, а также установить характер межзубных контактов.

*Телерентгенография* – это рентгенография на расстоянии. Этот метод обычно применяется в ортодонтии и позволяет выявить особенности строения лицевого черепа, определить размеры и расположение челюстей по отношению друг к другу и к другим костям черепа, изучить динамику роста костей лицевого скелета, уточнить местоположение отклонений и проследить за изменениями, происходящими в процессе роста под влиянием ортодонтического лечения.

*Томография* – это послойная рентгенография, применяется обычно с целью изучения особенностей строения височно-нижнечелюстного сустава и выявления болезненных изменений. Этот способ дает возможность делать снимки костей, залегающих на разной глубине.

*Сиалография* - рентгенологическое исследование состояния протоков слюнных желез с помощью наливки контрастного вещества.

*Компьютерная томография (КТ)* - принцип метода заключается в регистрации рентгеновского излучения полупроводниковым детекторами с последующей обработкой информации на ЭВМ и воспроизведением ее на экране дисплея в виде среза изучаемой части тела.

### **Ответ к вопросу № 17**

*Лимфография* – это метод диагностики состояния лимфатической системы человека при помощи контрастного вещества и рентгеновского аппарата.

*Показания:*

- Патологии развития лимфатических сосудов.
- Воспаление лимфатических сосудов.
- Отеки ног и рук.
- Нарушение кровоотока по венам рук и ног.

*Противопоказания:*

- Общее тяжелое состояние организма больного.
- Острые инфекционные заболевания.
- Заболевания сердца, почек, легких, печени.
- Инфекционные заболевания.
- Непереносимость йодсодержащих препаратов.
- Кахексия

### **Ответ к вопросу № 18**

*Верхняя челюсть* – парная кость лицевого черепа. Она имеет тело и 4 отростка: лобный; альвеолярный; небный отросток и скуловой отросток. Тело верхней челюсти содержит верхнечелюстную (гайморову) пазуху и имеет 4 поверхности: переднюю, глазничную, носовую и подвисочную. Передняя поверхность расположена ниже глазницы. На ней имеются подглазничное отверстие и клыковая ямка. От глазницы она отделяется подглазничным краем, а от носовой поверхности - носовой вырезкой.

*Нижняя челюсть* – непарная, подвижная кость лицевого черепа. Кость имеет части: тело нижней челюсти и 2 ветви

### **Ответ к вопросу № 19**

*Небная кость* парная. Состоит из двух пластинок и 3 отростков. Перпендикулярная пластинка входит в состав боковой стенки полости носа, вверху заканчивается двумя отростками – глазничным и клиновидным. Горизонтальная пластинка является частью твердого неба, кзади от нее отходит пирамидальный отросток.

*Сошник* – непарная кость трапецевидной формы, образует задненижнюю часть костной перегородки носа. Сошник соединяется вверху с клиновидной костью, внизу соединяется с костным небом, спереди – с перпендикулярной пластинкой решетчатой кости. Задний край сошника свободен и разделяет задние отверстия полости носа - хоаны.

### **Ответ к вопросу № 20**

*Скуловая кость* – парная. Спереди соединяется со скуловым отростком верхней челюсти, сзади – со скуловым отростком височной кости, образуя скуловую дугу.

*Нижняя носовая раковина* – парная кость, на боковой стенке носовой полости, под ней находится нижний носовой ход

*Носовая кость* – парная кость, в виде прямоугольной пластинки образует верхнюю часть

спинки носа. Сверху носовая кость соединена с лобной костью, медиально – с носовой костью противоположной стороны, латерально – с лобным отростком верхней челюсти.

*Слезная кость* – парная кость, имеет форму прямоугольника и располагается в переднем отделе медиальной стенки глазницы.

*Подъязычная кость* – непарная, подковообразной формы, расположена на шее книзу и кзади от нижней челюсти. Она имеет тело, большие рога и малые рога

### **Ответ к вопросу № 21**

*Мимические мышцы:* эта группа мышц отличается от других отсутствием фасций. Сокращаясь, они вызывают сдвиг кожи, образование складок, морщин и определяют мимику лица. *Надчерепная мышца* покрывает свод черепа и представляет собой единый мышечно-апоневротический пласт, который находится под кожей головы. В мышце различают следующие части: затылочно-лобную, височно-теменную мышцы, сухожильный шлем (надчерепной апоневроз).

*Затылочно-лобная мышца* имеет лобное и затылочное брюшка, которые соединяются между собой апоневрозом и образуют сухожильный шлем. При сокращении затылочного брюшка шлем натягивается назад, а лобного — образует поперечные складки на лбу, расширяет глазную щель.

### **Ответ к вопросу № 22**

*Височно-теменная мышца* находится на боковой поверхности черепа, слабо развита, действует невыраженно, оттягивает кожу головы назад и кверху, образует поперечные складки на лбу, поднимает брови.

*Круговая мышца глаза* плоская, эллипсоидная, располагается в толще век и на костях глазницы. Состоит из глазничной, вековой и слезной частей. При сокращении смыкает веки, регулирует отток слезной жидкости, смещает бровь вниз, разглаживает складки на лбу.

*Круговая мышца рта* образуется круговыми мышечными пучками, расположенными в толще губ; начинается с угла рта и прикрепляется около срединной линии; закрывает ротовую щель, вытягивает губу вперед.

### **Ответ к вопросу № 23**

*Мышца, поднимающая угол рта,* берет начало от верхней челюсти; прикрепляется к коже угла рта; поднимает верхнюю губу, тянет угол рта вверх.

*Мышца, опускающая угол рта,* начинается от нижней челюсти; прикрепляется к коже угла рта; тянет угол рта вниз и в сторону.

*Мышца, поднимающая верхнюю губу,* начинается от верхней челюсти и прикрепляется к коже носогубной складки; поднимает верхнюю губу, углубляет носогубную складку

*Мышца, опускающая нижнюю губу,* берет начало от основания нижней челюсти и прикрепляется к коже нижней губы; тянет нижнюю губу вниз.

### **Ответ к вопросу № 24**

*Большая и малая скуловые мышцы* начинаются от верхней челюсти и скуловой кости и прикрепляются к коже угла рта; тянут угол рта вверх и кнаружи.

*Щечная мышца* образует основу щек, берет начало от задних отделов челюстей, идет в поперечном направлении и входит в кожу щеки и губ; тянет угол рта назад, прижимает щеки к зубам и к альвеолярным отросткам челюстей.

### **Ответ к вопросу № 25**

*Жевательные мышцы* представлены четырьмя парами сильных мышц, две из которых — поверхностными мышцами (жевательная и височная) и две — глубокими (латеральная и медиальная крыловидные мышцы). Все жевательные мышцы начинаются на костях черепа и прикрепляются к разным участкам нижней челюсти.



*Жевательная мышца* четырехугольная, начинается от нижнего края скуловой дуги; прикрепляется к наружной поверхности угла нижней челюсти, поднимает нижнюю челюсть.  
*Височная мышца* начинается веерообразно от теменной и височной костей; прикрепляется к венечному отростку нижней челюсти. Сокращаясь, она поднимает нижнюю челюсть; передние пучки тянут челюсть вверх и вперед, а задние — назад.

### **Ответ к вопросу № 26**

*Латеральная крыловидная мышца* толстая, короткая, имеет две головки; начинается на верхнечелюстной поверхности и гребне большого крыла клиновидной кости; прикрепляется к передней поверхности шейки нижней челюсти и к суставной капсуле височно-нижнечелюстного сустава. При двустороннем сокращении нижняя челюсть выдвигается вперед, а при одностороннем — смещается в противоположную сторону

*Медиальная крыловидная мышца* — толстая мышца четырехугольной формы. Берет начало от крыловидной ямки одноименного отростка клиновидной кости; прикрепляется к углу нижней челюсти. Поднимает нижнюю челюсть, вытягивает ее вперед.

### **Ответ к вопросу № 27**

#### ***Поверхностные мышцы шеи:***

*Подкожная мышца* — тонкая пластинка, располагающаяся под кожей шеи. Начинается от фасции головы ниже ключицы и прикрепляется к углу рта, телу нижней челюсти и жевательной фасции. Сокращаясь, поднимает кожу шеи, защищает от сдавления поверхностные вены, оттягивает угол рта вниз.

*Грудино-ключично-сосцевидная мышца* начинается двумя частями от грудины и ключицы и прикрепляется к сосцевидному отростку височной кости. При одностороннем сокращении мышца поворачивает голову в противоположную сторону, при двустороннем — забрасывает голову назад, поворачивает лицо в противоположную сторону.

### **Ответ к вопросу №28**

Челюстно-лицевая область получает иннервацию от двигательных, чувствительных и вегетативных (симпатических, парасимпатических) нервов. Из двенадцати пар черепномозговых нервов в иннервации челюстно-лицевой области участвуют пятая (тройничный), седьмая (лицевой), девятая (языкоглоточный), десятая (блуждающий) и двенадцатая (подъязычный) пары. Чувство вкуса связано с первой парой - обонятельным нервом.

### **Ответ к вопросу №29**

*Лицевой нерв* - седьмая пара черепно-мозговых нервов. Является двигательным нервом, иннервирующим мимические мышцы лица, мышцы свода черепа, мышцу стремени, подкожную мышцу шеи, шилоподъязычную мышцу и заднее брюшко двухбрюшной мышцы.

Кроме двигательных волокон нерв несет вкусовые (для языка) и секреторные волокна (для слюнных желез дна полости рта).

Лицевой нерв выходит из черепа через шилососцевидное отверстие, идет ниже наружного слухового прохода и латерально от заднего брюшка двухбрюшной мышцы, наружной сонной артерии к околоушной железе, которую прободает.

### **Ответ к вопросу № 30**

*Верхнечелюстной нерв* - вторая чувствительная ветвь тройничного нерва. Выходит из полости черепа через круглое отверстие и вступает в крылонёбную ямку. В последней верхнечелюстной нерв разделяется на скуловую, подглазничный и ветви, направляющиеся к крылонёбному узлу.

*Скуловой нерв* входит в глазницу через нижнюю глазничную щель и делится в скуловом канале на скуловисочную и скулолицевую ветви, которые выходят через соответствующие отверстия в скуловой кости и направляются к коже этой области.

*Подглазничный нерв* иннервирует кожу нижнего века, слизистую оболочку преддверия носа, крыльев носа, верхней губы, кожу, слизистую оболочку и переднюю поверхность десен.

### **Ответ к вопросу № 31**

*Нижнечелюстной нерв* является третьей ветвью тройничного нерва. Смешанный, так как состоит из меньшей (передней) части, почти исключительно двигательной и большей (задней) части, почти исключительно чувствительной.

От передней ветви отходят жевательный нерв, глубокие височные нервы, латеральный крыловидный нерв, щечный нерв. Таким образом, передняя часть (ветвь) нижнечелюстного нерва является преимущественно двигательной.

Задняя часть нижнечелюстного нерва состоит как из двигательных волокон - медиальный крыловидный нерв, нерв, напрягающий небную занавеску и нерв мышцы, напрягающей барабанную перепонку, так и трех крупных чувствительных нервов - ушно-височного, нижнеальвеолярного и язычного.

### **Ответ к вопросу № 32**

Одонтогенные инфекции (ОИ) – это острые или хронические гнойно-воспалительные заболевания, причиной которых становятся патологические процессы в тканях зуба (периодонте). Из стоматогенного очага микроорганизмы могут распространяться не только на близлежащие структуры (надкостницу, челюстную кость, придаточные пазухи), но и на органы и ткани, удаленные от источника инфекции (шею, средостение, оболочки головного мозга). Частота острых одонтогенных процессов среди инфекционных поражений челюстно-лицевой области достигает 69,5%.

#### *Причины*

Микробная флора, вызывающая одонтогенную инфекцию, чаще представлена кокками. Также из очагов инфекции могут высеваться бактероиды, актиномицеты, спирохеты, протей, клостридии, кандиды. Микробный пейзаж при одонтогенных инфекциях обычно носит смешанный характер.

Источниками ОИ выступают различные локальные патологические процессы в полости рта. Чаще всего ими становятся дефекты твердых зубных тканей и периодонта:

- глубокий кариес;
- абсцессы полости рта: пульпарный (гнойный пульпит), пародонтальный, периапикальный;
- хронический гангренозный пульпит;
- острый апикальный или хронический периодонтит;
- нагноившаяся киста зуба, одонтома;
- перикоронарит;
- альвеолит.

### **Ответ к вопросу № 33**

#### *Факторы риска*

Пусковыми факторами, приводящими к развитию одонтогенных патологических процессов, могут являться переохлаждение, переутомление, стрессы, кровопотеря, инсоляция. ОИ чаще развиваются у пациентов с отягощенным соматическим фоном. Наибольшее значение имеют следующие сопутствующие патологии:

- сахарный диабет;
- инфекции (грипп, туберкулез, гепатит, ВИЧ);
- онкологические заболевания;
- химические зависимости (алкогольная, наркотическая, токсическая).

**Ответ к вопросу № 34**

На развитие одонтогенной инфекции влияют вирулентность и количество микроорганизмов в первичном очаге, а также состояние макроорганизма. Распространение инфекционных патогенов из первичного стоматогенного очага в большинстве случаев происходит контактным путем. При определенных условиях (высокая степень патогенности, снижение местной и общей резистентности) возбудители проникают в лимфатическое и кровеносное русло, мигрируют по организму.

В области инфекционного очага в полости рта создаются условия для беспрепятственного размножения микроорганизмов. Через верхушку корня зуба патогены могут выходить за пределы очага через межмышечное, поднадкостничное, клетчаточное пространство. Так возникают одонтогенные периоститы, оститы, гаймориты, остеомиелиты.

Кроме этого, микробные токсины вызывают усиление сосудистой проницаемости, что в условиях хорошей васкуляризации околочелюстных тканей облегчает проникновение бактериальных агентов в сосудистое русло. Таким путем формируются околочелюстные абсцессы и флегмоны. Оседание микроорганизмов в лимфатических узлах при нарушении барьерной функции последних сопровождается развитием регионарного лимфаденита.

**Ответ к вопросу № 35***Одонтогенный периостит*

В области пораженного зуба— ощущается боль, иррадирующая в ухо, висок. Нередко визуально заметна припухлость щеки, асимметрия лица за счет одностороннего отека мягких тканей. Затруднено открывание рта.

При одонтогенном периостите страдает общее самочувствие: беспокоит слабость, фебрильная температура, головная боль, нарушение сна и приема пищи. Регионарные лимфоузлы увеличены и болезненны.

**Ответ к вопросу № 36***Одонтогенный остеомиелит*

Чаще диагностируется у мужчин в возрастной группе 20-40 лет, в 68% случаев поражает нижнюю челюсть. На фоне резко выраженного интоксикационного синдрома беспокоит интенсивная локальная боль в зубе или разлитая боль во всей челюсти, которая распространяется на соответствующую половину головы. Конфигурация лица изменена за счет припухлости на стороне воспаления.

Отмечаются трудности при открывании рта, боль при пережевывании и глотании пищи, нарушение речевой функции, парестезии верхней или нижней губы. Может ощущаться гнилостный запах изо рта. Температурная кривая при одонтогенном остеомиелите колеблется от 37,5 до 39-40°С.

**Ответ к вопросу № 37***Одонтогенный синусит*

На долю одонтогенного гайморита приходится от 10 до 30% случаев всех инфекций верхнечелюстных пазух. Острый синусит манифестирует с головной боли, температурной реакции, ощущения давления в проекции соответствующей пазухи. Нарастает отечность полости носа, затрудняется дыхание, снижается обоняние. Через некоторое время из пазухи начинает отделяться слизисто-гнойный или гнойный секрет. Мягкие ткани подглазничной области и щеки выглядят припухшими.

**Ответ к вопросу № 38***Одонтогенные абсцессы и флегмоны*

Около 57% гнойных инфекций мягких тканей головы и шеи имеют стоматогенную этиологию. Одонтогенные абсцессы обычно локализуются в подглазничной, щечной, подчелюстной, около-ушной области. Сопровождаются появлением припухлости в области лица или

шеи, гиперемией кожи над гнойником. При поверхностном абсцессе ощущается симптом флюктуации. Отмечается локальная боль и пульсация в проекции гнойника. Признаки интоксикации выражены умеренно.

По локализации выделяют одонтогенные флегмоны дна полости рта, подчелюстного, подподбородочного, окологлоточного пространства, области шеи. Возникает припухлость мягких тканей без четких границ с наличием плотного болезненного инфильтрата. Боль самопроизвольная, разлитая, присутствует постоянно. В зависимости от локализации флегмоны нарушается жевание, глотание, дыхание, речь. Характерно выраженное ухудшение общего самочувствия, фебрильная лихорадка, ознобы.

### **Ответ к вопросу № 39**

#### *Одонтогенный лимфаденит*

Обычно развивается в области подчелюстных или шейных лимфоузлов. Характеризуется их локальной припухлостью, болезненностью, плотной консистенцией. Возникает асимметрия лица. При абсцедировании лимфоузлов повышается температура тела, появляется озноб, недомогание. При пальпации гнойного очага ощущается флюктуация.

### **Ответ к вопросу № 40**

#### *Хирургическое лечение*

Лечение любых форм ОИ необходимо начинать с устранения первичного патологического очага. При этом может выполняться лечение пульпита или периодонтита, удаление зуба или импланта, вскрытие абсцесса, резекция верхушки корня. В дальнейшем проводится активное лечение вторичной патологии. При необходимости осуществляется госпитализация пациента в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Периостит и остеомиелит. Показана периостотомия, дополненная компактостеотомией для лучшего оттока гнойного содержимого. После операции проводят промывание раны антисептическими растворами. При хроническом остеомиелите может потребоваться секвестрэктомия.

Синусит. Выполняют инстилляцию сосудосуживающих препаратов в носовые ходы, лечебные пункции или дренирование околоносовых пазух с промываниями, введением антибиотиков. В случае необходимости осуществляют гайморотомию, закрытие ороантрального сообщения.

Воспаление мягких тканей. Производят вскрытие абсцесса/флегмоны внутриротовым или наружным доступом, некрэктомия. Рану дренируют, налаживают фракционный или непрерывный диализ.

### **Ответ к вопросу № 41**

Основными задачами профилактики является устранение причин и условий возникновения и развития заболеваний, а также повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды. Основной целью индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний является оздоровление населения, через осознание роли и значимости гигиенических процедур, повышения уровня стоматологических знаний, выработки мотивации сохранения здоровья зубов

### **Ответ к вопросу № 42**

#### *Основные средства индивидуальной гигиены полости рта:*

- зубные пасты, гели, зубные порошки;
- зубные щетки.

#### *Дополнительные средства гигиены полости рта:*

- флоссы;
- межзубные ершики;
- ирригаторы;

- средства для чистки языка: скребки, щетки-скребки;
- ополаскиватели для полости рта;
- порошки для обработки зубных протезов

#### **Ответ к вопросу № 43**

Профессиональная гигиена полости рта - регулярный комплекс мероприятий, проводимых специалистом-стоматологом (гигиенистом), направленный на предотвращение развития кариеса и заболеваний пародонта и включающий профессиональную чистку зубов, контролируемую индивидуальную гигиену полости рта (оценка гигиенического состояния полости рта, стоматологическое просвещение с созданием мотивации соблюдения профилактических процедур, подбор индивидуальных методов и средств гигиены полости рта, контроль эффективности гигиенических мероприятий), применение минерализующих составов и средств, снижающих чувствительность зубов, герметизацию фиссур.

#### **Ответ к вопросу № 44**

Профилактика кариеса требует комплексного подхода, который осуществляется по двум основным направлениям: устранение уже существующего кариеса в полости рта и повышение резистентности тканей зуба. Многочисленными клиническими исследованиями доказано, что фториды стабилизируют деминерализацию и ускоряют процесс реминерализации твердых тканей зубов.

#### **Ответ к вопросу № 45**

В качестве фторидсодержащих средств для местного применения используют зубные пасты, лаки, растворы для полосканий, растворы и гели для аппликаций.

*Зубные пасты.* Снижение заболеваемости кариесом в большинстве развитых стран за последние 20 лет в основном объясняется широким использованием фторидсодержащих зубных паст.

*Фторидсодержащие лаки* образуют прилегающую к эмали пленку, остающуюся на зубах в течение нескольких часов, а в фиссурах, щелях и микропространствах — в течение нескольких дней и даже недель.

*Фторидсодержащие растворы и гели* для профессионального применения. В стоматологических клиниках применяют препараты с достаточно высокой концентрацией фторида натрия.

#### **Ответ к вопросу № 46**

Данный метод лечения заключается в наполнении зубной эмали необходимыми минеральными веществами. Так как к основным элементам структуры зубов относятся фосфор и кальций, то именно они составляют основу реминерализующих составов. При этом фтор оказывает влияние на образование кислотоустойчивых форм основного вещества зубной эмали – апатита. Чтобы повысить эффективность процедуры ее сочетают с применением фторсодержащих средств, которые назначаются после окончания курса реминерализации. Реминерализующая терапия препаратами кальция обладает следующими преимуществами:

#### **Ответ к вопросу № 47**

Герметизация, или запечатывание, фиссур — это специфический метод первичной профилактики кариеса зубов у детей. Механизм метода герметизации заключается в изоляции фиссуры в период созревания эмали путем создания физического барьера, предотвращающего попадание в ретенционные участки эмали микроорганизмов полости рта и конечных продуктов их жизнедеятельности — органических кислот, способных вызывать деминерализацию.

**Ответ к вопросу № 48**

Показания к проведению метода герметизации:

- возрастные:
  - 6—7 лет — для первых постоянных моляров;
  - 10—11 лет — для премоляров; 12—13 лет — для вторых постоянных моляров;
- анатомические особенности жевательной поверхности зуба: наличие глубоких и с выраженным рельефом фиссур и ямок, которые не могут быть очищены обычными средствами и предметами гигиены;
- положение зуба в состоянии неполной окклюзии;
- низкий уровень гигиены полости рта пациента.

**Ответ к вопросу № 49**

Стоматологическое просвещение – предоставление населению любых познавательных возможностей для самооценки и выработки правил поведения и привычек, максимально исключающих факторы риска возникновения заболеваний и поддерживающих приемлемый уровень стоматологического здоровья.

**Ответ к вопросу № 50**

Гипоплазия- заболевание представляет собой порок развития, заключающийся в недоразвитии зуба или его тканей.

*Клиника:* больные предъявляют жалобы на наличие дефекта твердых тканей зуба в виде измененного цвета или структуры эмали - в зависимости от формы гипоплазии. Болевых ощущений нет. Только при отсутствии эмали на всей коронке или в отдельных ее частях – в области борозд, углублений, может отмечаться боль от раздражителей, проходящая после их устранения.

**Ответ к вопросу № 51**

Название этого патологического процесса обусловлено формой дефекта – в виде клина; он чаще встречается у лиц среднего и пожилого возраста – от 40 до 60 лет.

Лечение клиновидного дефекта включает в себя местную и общую терапию. Общее лечение предполагает обязательное лечение общего заболевания. Внутри назначаются препараты, содержащие кальций, фосфор, микроэлементы, витамины.

При глубине дефекта 2 мм и более проводится восстановление тканей зуба композиционными материалами.

**Ответ к вопросу № 52**

Различают физиологическое стирание в результате жевания. Оно проявляется на буграх премоляров и моляров, по режущему краю резцов и буграм клыков.

Причины патологической стираемости:

- патология прикуса;
- потеря части зубов, функциональная перегрузка оставшихся зубов;
- вредные привычки;
- неправильная конструкция съёмных и несъёмных протезов (кламмер на зубе без коронки);
- частицы пыли и сажи на вредных производствах и другие профессиональные вредности;
- эндокринные расстройства при нарушении функций щитовидной, паращитовидной желез, гипопаратиреоза;
- некариозные поражения: флюороз, кислотный некроз, синдром Стентона-Капдепона, несовершенный амелогенез.
- имеют значение состояние желудочно-кишечного тракта, нервной системы, метод чистки зубов.

**Ответ к вопросу № 53**

Клиника флюороза зависит от тяжести проявлений, поэтому выделяют следующие формы: пятнистую, штриховую, меловидно-крапчатую, эрозивную и деструктивную.

Последние две формы протекают с потерей тканей зуба. Пятна и полости могут быть меловидного цвета или пигментированными: жёлтыми, коричневыми. При незначительном превышении фтора поражаются только резцы, при большом - все зубы.

**Ответ к вопросу № 54**

Жалобы на локальные изменения цвета зуба, возможно появление чувства оскомины. Белое пятно, характерное для острого течения кариеса, это — прогрессирующая деминерализация эмали. Пигментированное пятно интермиттирующая или приостановившаяся деминерализация, наблюдающаяся при хроническом течении.

**Ответ к вопросу № 55**

*Дифференциальная диагностика* проводится с начальными формами гипоплазии и флюороза. Учитываются следующие данные: время возникновения поражений, их динамика, локализация, число и цвет, результаты зондирования, размер и форма, размягчение, способность поглощать краситель, гигиенический статус, условия жизни.

**Ответ к вопросу № 56**

Лечение начального кариеса в стадии белого пятна направлено на повышение резистентности твердых тканей зуба, осуществляемой путем применения реминерализующих препаратов. Основным условием для проведения такого лечения является сохранение органического (белкового) матрикса эмали.

Наряду с реминерализующей терапией обязательным условием успешного лечения очаговой деминерализации является хороший и регулярный гигиенический уход за полостью рта.

**Ответ к вопросу № 57**

При среднем кариесе кариозный процесс, разрушая дентиноэмалевую границу, переходит в дентин. Так как в дентине содержится больше органических веществ, а сам дентин пронизан системой дентинных канальцев, то кариозный процесс протекает более бурно.

При среднем кариесе больные могут не предъявлять жалоб, но иногда от воздействия термических и химических раздражителей могут возникать кратковременные боли, которые быстро проходят после устранения раздражителей. При объективном исследовании видна кариозная полость, глубина которой при зондировании достигает 2–2,5 мм. Полость заполнена пищевыми остатками, пигментированным и размягченным дентином. Зондирование полости болезненно в области дентиноэмалевой границы.

**Ответ к вопросу № 58**

Средний кариес дифференцируют от глубокого кариеса, хронического периодонтита и клиновидного дефекта.

При глубоком кариесе боли от всех видов раздражителей – быстро проходящие после устранения раздражителей. При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют.

При клиновидном дефекте боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Жалобы больной предъявляет чаще всего на нарушение эстетики.

**Ответ к вопросу № 59**

Первым этапом лечения является препарирование кариозной полости, предварительно проводится обезболивание.

*I. Препарирование кариозной полости осуществляется в следующем порядке:*

1. Раскрытие кариозной полости.

2. Расширение полости.
3. Некрэктомия.
4. Формирование полости.
5. Финирование краев эмали

*II. Медикаментозная обработка кариозной полости*

*III. Пломбирование полости*

*IV. Финишная обработка пломбы:*

1. макроконтурирование
2. микроконтурирование
3. шлифование и полирование пломбы

### **Ответ к вопросу № 60**

Критерии оценки качества полирования пломбы:

- отполированная поверхность реставрации должна блестеть после высушивания воздухом;
- реставрация не должна содержать поверхностных и подповерхностных пор;
- диагностический зонд должен без задержек скользить по всей поверхности, включая линии перехода «композит/эмаль» и «композит/цемент»;
- флосс должен с усилием вводиться в межзубной промежуток, без задержек скользить по контактной поверхности и с большим усилием выводиться; флосс не должен рваться и застревать.

Качественные показатели пломбы – это сопоставления окклюзии. Пломба не должна превышать прикус, пациент не должен ее чувствовать, при необходимости необходимо повторить шлифовку.

### **Ответ к вопросу № 61**

При глубоком кариесе больные жалуются на острую кратковременную боль от температурных, химических и механических раздражителей. С устранением раздражителя, как правило, боль сразу исчезает. При осмотре и зондировании определяется глубокая кариозная полость с большим количеством размягченного дентина. Зондирование дна кариозной полости болезненно, но боль быстро проходит. Из-за близости пульпы возникает опасность ее вскрытия, поэтому зондирование следует проводить с большой осторожностью. Возникающие болевые ощущения являются ответной реакцией пульпы на раздражитель. Перкусия зуба безболезненная. Пальпация переходной складки безболезненная. Термометрия положительная. На рентгенограмме изменения в области верхушки корня не характерны.

### **Ответ к вопросу № 62**

Глубокий кариес в первую очередь необходимо дифференцировать от среднего кариеса, хронических форм пульпита и острого очагового пульпита.

При среднем кариесе больные жалуются на кратковременную боль от температурных и химических раздражителей, которая исчезает после устранения раздражителей.

При хронических пульпитах больной жалуется на самопроизвольную боль и боль от всех раздражителей.

При остром очаговом пульпите больные жалуются на боль самопроизвольного характера, усиливающуюся при действии всех раздражителей.

При хроническом периодонтите боли от всех видов раздражителей отсутствуют. Больные жалуются на незначительную боль при накусывании.

### **Ответ к вопросу № 63**

Независимо от типа применяемого композитного материала необходимо проведение предварительного кислотного протравливания поверхности эмали. Оно производится путем нанесения на скошенную поверхность эмали геля, основу которых составляет 35–37 % раствор фосфорной кислоты.



**Ответ к вопросу № 64**

Смола, входящая в дентинный адгезив, проникает в дентинные каналы, пространства, занятые ранее гидроксиапатитом, инкапсулирует коллагеновые волокна. После полимеризации образуется тонкий слой нового материала, состоящий из смолы и коллагеновых волокон дентина. Он и называется гибридным слоем.

**Ответ к вопросу № 65**

Превалирующими этиологическими факторами обычно являются микроорганизмы, продукты их жизнедеятельности – токсины, распад органического вещества дентина, химические, токсические вещества экзогенного происхождения (кислоты, щелочи), температурные, механические, физические и другие раздражители.

К возникновению пульпита приводят различные травматические ситуации, химические факторы (при лечении кариеса), температурное влияние.

**Ответ к вопросу № 66**

Характерным симптомом острого воспаления пульпы является острая спонтанная, иррадирующая боль, усиливающаяся ночью. Она возникает внезапно, независимо от внешних факторов влияния: иногда возникновение боли провоцируют химические, термические и механические агенты.

**Ответ к вопросу № 67**

При хроническом фиброзном пульпите в зубе ощущается постоянная тяжесть. Боль же появляется в ответ на действие термических, химических и механических раздражителей, интенсивность которых обычно связана с размещением кариозной полости.

**Ответ к вопросу № 68**

Эта форма пульпита часто встречается у детей и лиц молодого возраста. Больные жалуются на боль и появление крови из кариозной полости во время приема пищи от травмы пищевым комком. Объективно большая кариозная полость заполнена мясистым опухолеподобным образованием. Ткань разросшейся пульпы при ее зондировании малочувствительная извне, но болезненна в области устьев корневых каналов, значительно кровоточит. После холодного раздражителя возникает нерезкая боль, которая быстро проходит.

**Ответ к вопросу № 69**

1. Возраст менее 45 лет.
2. Хороший уровень гигиены, снижающий вероятность частого кариеса.
3. При препарировании или в результате травмы произошло случайное вскрытие пульповой камеры.
4. Выявлены первые признаки начала пульпита в виде гиперемии пульпы, кратковременных болезненных ощущений на раздражители не более 2–3 минут.
5. Самопроизвольная боль отсутствует, нет положительной реакции при перкуссии.
6. На прицельном снимке или КТ наблюдается полное отсутствие патологических изменений в тканях периодонта.
7. В области зуба не выявлено патологий слизистой, воспаления пародонта, пародонтальных карманов.

**Ответ к вопросу № 70**

*Показания.*

- гиперемия пульпы;
- острый ограниченный пульпит;
- острый диффузный пульпит;

хронический фиброзный и хронический гипертрофический пульпит;  
острый и хронический пульпит временных зубов в период резорбции корней и постоянных зубов с незаконченным ростом корней.

Для выбора ампутиационного метода большое значение имеет возраст пациента и общее состояние больного.

#### **Ответ к вопросу № 71**

Серозное воспаление периодонта начинается с гиперемии, воспалительного отека и небольшой инфильтрации лейкоцитами. В фазу выраженного острого воспаления наблюдается обильная инфильтрация периодонта полиморфно-ядерными лейкоцитами, что ведет к расплавлению ткани и образованию гноя. Ближайшие участки периодонта, кость челюсти, а также десна и мягкие ткани щеки находятся в состоянии реактивного воспаления в виде воспалительной гиперемии и воспалительного отека. Надкостница утолщена, гиперемирована, иногда отслоена гноем. Микроскопически определяется резкое полнокровие костного мозга, очаговые нагноения в нем.

#### **Ответ к вопросу № 72**

В начальной стадии острого периодонтита больные жалуются на не резко выраженную ноющую боль. Она обычно локализована с ощущением «выросшего» зуба. Больной точно указывает на зуб, так как боль не иррадирует.

Объективно: зуб интактный или же с разрушенной кариозным процессом коронкой, реже наблюдается травматическое повреждение твердых тканей. Кариозная полость не всегда сообщается с полостью зуба, зондирование дна и реакция на холод безболезненны. Реакция на перкуссию слабо выражена. Десна в области переходной складки может быть без изменений или слегка гиперемирована, отечна.

#### **Ответ к вопросу № 73**

Острый апикальный периодонтит характеризуется появлением постоянных, постепенно усиливающихся болей. Они имеют четкую локализацию, и пациент точно указывает на пораженный зуб («симптом выросшего зуба»). Зуб мог ранее подвергаться лечению по поводу кариеса и быть запломбирован. Иногда боли возникают после лечения по поводу пульпита и пломбирования канала, но, как правило, при частичном его заполнении. При осмотре слизистая оболочка чаще не изменена, пальпация и перкуссия зуба умеренно болезненны. Рентгенологически изменения в периодонте в большинстве случаев не выявляются, что указывает на краткосрочность развития воспаления.

#### **Ответ к вопросу № 74**

*Клиническая картина.* Ведущий признак гиперпластического гингивита — необычный вид десны вследствие ее разрастания, деформации межзубных десневых сосочков и маргинальной десны. При фиброзной форме такое состояние не сопровождается кровоточивостью десны и неприятными ощущениями, при отечной — пациенты указывают на кровоточивость при чистке зубов, приеме пищи, реже спонтанную кровоточивость, иногда — незначительные болевые ощущения. Десневые сосочки и десневой край не только гипертрофированы, но и гиперемированы. При этом целостность зубодесневого соединения не нарушена, определяются лишь «ложные» карманы.

#### **Ответ к вопросу № 75**

Пародонтит — это воспаление тканей пародонта, характеризующееся деструкцией связочного аппарата периодонта и альвеолярной кости.

Главную роль в развитии заболевания играют неудовлетворительная гигиена полости рта, состояние иммунной системы и неспецифические факторы защиты.

**Ответ к вопросу № 76**

Лечение заболеваний пародонта целесообразно проводить комплексно с применением общей и местной терапии. Хирургический метод в комплексном лечении подавляющего большинства заболеваний пародонта является приоритетным. Оно проводится после консервативной терапии и направлено на ликвидацию местных причин, поддерживающих воспаление: удаление зубных отложений, в том числе поддесневых. Выскабливание грануляций и деэпитализацию десневого кармана.

**Ответ к вопросу № 77**

В происхождении пародонтоза, по-видимому, ведущее значение имеют общие (системные) факторы. Именно поэтому изменения в тканях пародонта — местное проявление системной дистрофии. В число системных факторов могут входить заболевания внутренних органов и систем (атеросклероз, гипертоническая болезнь и др.), нейрогенные дистрофии, а также проявления системной, в том числе при экстремальных воздействиях (гипоксия, гиподинамия и др.). Патогенетические механизмы пародонтоза заключаются в нарушении трофики костной ткани, периодонта (задержка обновления тканевых структур, нарушение метаболизма белка, минерального и других видов обмена). В отличие от воспалительных заболеваний, при пародонтозе гипоксия первична.

**Ответ к вопросу № 78**

Пародонтоз не вызывает болевых и других ощущений, поэтому больные, как правило, не обращаются к врачу. При средней и тяжелой степени заболевание может осложниться воспалением десны и фактически трансформируется в пародонтит, который характеризуется преимущественно горизонтальной, достаточно равномерной атрофией кости, равномерным обнажением шеек зубов, клиновидными дефектами и неглубокими, приблизительно равной глубины пародонтальными карманами.

**Ответ к вопросу № 79**

Для всех идиопатических заболеваний характерно образование зубодесневых карманов с серозно-гнойным отделяемым, подвижность зубов, клиническая картина может быть схожа с клиникой пародонтита. В ряде случаев наблюдается симметричность поражений пародонта. При рентгеновском исследовании обнаруживается выраженный остеопороз и разрушение костной ткани альвеолы ограниченного или диффузного характера. Остеопороз может выявляться и в других костях скелета

**Ответ к вопросу № 80**

Слизистая оболочка полости рта поражается при всех формах сифилиса. Сифилитические проявления на слизистой оболочке являются наиболее опасными с эпидемиологической точки зрения, особенно на ранних стадиях заболевания. Этому способствуют частые эрозии и изъязвления сифилитических высыпаний, выделения которых содержат большое количество бледных трепонем. Слизистая оболочка часто травмируется уксусом, порезом острыми краями кариеса или плохо отполированными пломбами, съемными и несъемными зубными протезами. Несчастные случаи возможны при ортопедических, терапевтических и хирургических вмешательствах, а также при ортодонтическом лечении.

**Ответ к вопросу № 81**

Механическая травма слизистой оболочки полости рта может быть как острой, так и хронической.

Клиника острой механической травмы сопровождается незначительной болезненностью. На месте острой механической травмы может быть либо эрозия, либо язва, либо участок кровоизлияния. Часто эрозия и язва неправильной формы, с нечеткими краями. Эрозия на слизистой оболочке полости рта быстро заживает, однако при вторичном инфицировании

эрозия превращается в язву.

Лечение острой механической травмы слизистой оболочки полости рта не представляет никаких трудностей. Итак, если есть кровотечение – использовать перекись водорода 1,5%; участок повреждения обработать теплым раствором антисептика, при значительной болезненности можно использовать анестетик. Пациенту назначают ротовые ванночки с теплым раствором антисептика, аппликации пенных аэрозолей (пентанол, гипозоль). Если рана была очень глубокой, то следует накладывать швы.

### **Ответ к вопросу № 82**

Хроническая травма слизистой оболочки полости рта подразумевает воздействие раздражающего фактора в течение длительного времени. Главными причинами в возникновении хронической травмы слизистой оболочки полости рта считают:

- нависающие края пломб;
- невосстановленный контактный пункт;
- некачественные протезы;
- зубочелюстные аномалии (зубы вне зубной дуги, глубокий, открытый, перекрестный прикус);
- металлические лигатуры;
- некачественные шины;
- вредные привычки.

### **Ответ к вопросу № 83**

В первую очередь лечение хронической механической травмы слизистой оболочки полости рта должно быть направлено на устранение раздражающего фактора. Все пломбы должны быть восстановлены, протезы откорректированы (на время лечения язв протезы в принципе не рекомендуется носить). При болезненности следует обработать эрозию/язву теплым раствором анестетика. Для облегчения снятия некротических или фибриновых пленок нужно перед началом этой процедуры обработать рану протеолитическими ферментами в течение 1-2 минут. Накладываются пенные аэрозоли, заживляющие мази типа солкосерила, кератопластические средства (масло облепихи, шиповника).

### **Ответ к вопросу № 84**

Агранулоцитоз - заболевание, характеризующееся резким уменьшением или полным исчезновением из крови нейтрофильных лейкоцитов - гранулоцитов.

*Клинические проявления.* Агранулоцитоз характеризуется резкой бледностью слизистой оболочки, развитием язвенно-некротических процессов в полости рта (на нёбе, миндалинах, губах, деснах, языке) с тенденцией к углублению (вплоть до кости), сопровождающихся резкой болезненностью. Аналогичные изменения могут проявляться по ходу пищеварительного тракта. Процесс сопровождается высокой температурой, слабостью.

### **Ответ к вопросу № 85**

В продромальном периоде у детей отмечают чувство жжения, кратковременную болезненность. При осмотре слизистой оболочки полости рта видны участки гиперемии, незначительная отечность. Через несколько часов появляется морфологический элемент – афта. Она располагается на фоне гиперемированного пятна, округлой или овальной формы, покрыта фибринозным налетом. Афты заживают без рубца через 5–7 дней. У некоторых больных некротизируется верхний слой собственно слизистой оболочки и афты углубляются. Афты локализуются на различных участках слизистой оболочки, но чаще на слизистой губ, щек, переходных складок верхней и нижней челюстей, боковой поверхности и спинке языка.

**Ответ к вопросу № 86**

В общее лечение включают десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию, иммуномодулирующую терапию, средства, нормализующие микрофлору кишечника.

К местной терапии следует отнести обезболивание слизистой оболочки полости рта, аппликации протеолитических ферментов, обработку антисептиками и противовоспалительными средствами, нанесение кератопластических средств.

Одним из наиболее эффективных антисептических и противовоспалительных средств является «Метрогил–Дента».

Комбинация метронидазола и хлоргексидина эффективно подавляет аэробные и анаэробные микроорганизмы, вызывающие заболевания ротовой полости.

**Ответ к вопросу № 87**

Кандидоз - это острое или хроническое, иногда рецидивирующее заболевание, которое вызывается грибами рода *Candida*.

Оральный кандидоз характеризуется значительным разнообразием клинических форм - стоматиты, глосситы, гингивиты, заеды, хейлиты, ангины.

При постановке диагноза кандидоза основываются на типичных жалобах больных, клинической картине, данных лабораторных исследований (микроскопическое исследование соскоба с поверхности слизистой оболочки рта), результатах клинического анализа крови. Во всех вариантах хронического кандидоза, особенно рецидивирующего, необходимо проводить исследование крови на содержание глюкозы для исключения сахарного диабета. Производят осмотр кожи и ногтей, по показаниям направляют больного на консультацию к микологу, эндокринологу, гинекологу.

В случае особого затруднения постановки диагноза прибегают к биопсии.

**1.2 Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть)**

Ситуационные задачи для проведения промежуточной аттестации обучающихся (ординаторов) по программе производственной (клинической) практики (вариативная часть) находятся в документе «**Оценочные материалы по программе Б2.В.01 ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)**» (см. пункт 6.1.2, стр. 12-23).

**Ответ к ситуационной задаче №1**

1. Анамнез больного, общее состояние, клиническая картина (подвижность группы зубов, отек и гиперемия слизистой оболочки с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева) позволяют поставить диагноз острого одонтогенного остеомиелита нижней челюсти слева.

2. План лечения: удаление зубов, явившихся причиной заболевания, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, и терапия гипербарической оксигенацией.

3. Нехарактерным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке щечной области слева.

**Ответ к ситуационной задаче №2**

1. Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти подбородочной области.

2. Для постановки окончательного диагноза надо определить состояние зубов в очаге

воспаления: болезненность при перкуссии, подвижность, наличие кариозных полостей, состояние околочелюстных мягких тканей в области верхней челюсти слева, цвет, при пальпации следует определить наличие болезненности и участков флюктуации, общий анализ крови и мочи.

3. План лечения: удаление причинных разрушенных зубов в области воспаления, вскрытие абсцессов с вестибулярной и язычной сторон альвеолярного отростка нижней челюсти слева и дренирование ран. Госпитализация больного. Лечение комплексное. Назначается противовоспалительная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапии, витаминотерапия, симптоматическое лечение, терапия гипербарической оксигенацией.

4. Несущественным признаком является имеющееся новообразование на слизистой оболочке красной каймы нижней губы справа. Для составления плана лечения остеомиелита подбородочного отдела нижней челюсти оно значения не имеет.

### **Ответ к ситуационной задаче №3**

1. Диагноз: абсцесс подвисочной ямки. План лечения: удаление 27 зуба, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.

2. Под местной инфильтрационной или туберальной анестезией с премедикацией производится разрез слизистой оболочки переходной складки с вестибулярной стороны на уровне 25, 26, 27, 28 зубов. Затем тупым путем, используя изогнутый по плоскости кровостанавливающий зажим (типа Бильрот), очень осторожно, чтобы не вызвать кровотечения из крыловидного венозного сплетения нужно проникнуть в подвисочную ямку. Для этого, ориентируясь на бугор верхней челюсти, инструмент проводится кзади, кверху и кнутри. После вскрытия абсцесса, в рану вводится резиновый выпускник. Местно: больному назначаются теплые ротовые ванночки с гипертоническими растворами. Дренажи в последующем не меняются, а лишь подтягиваются до момента прекращения гноетечения.

3. Ограничение открывания рта и болезненность при глотании связаны с тем, что воспалительный процесс локализуется в области медиальной и латеральной крыловидных мышц, принимающих участие в движениях нижней челюсти, а также в области верхних отделов боковой стенки глотки.

### **Ответ к ситуационной задаче №4**

1. Прежде всего необходимо уточнить жалобы больного: точная локализация, характер боли, степень и характер нарушения функций, общее самочувствие. Не достает анамнестических данных: когда, в связи с чем возникло заболевание, динамика его развития до момента обращения, какое лечение проводилось? Не достает данных клинического обследования, прежде всего, касающихся степени и характера нарушения функций. Необходимо выяснить, имеются ли еще какие-либо признаки воспаления в тканях соседних областей. Нет данных, указывающих на причину развития воспаления. Нет данных рентгенологического обследования: состояние зубочелюстной системы, состояние костей мозгового черепа.

2. Флегмона височной области слева.

3. Необходимо исключить или подтвердить наличие воспалительного процесса в подвисочной и крылонебной ямках, так как изолированно флегмона височной области встречается крайне редко - при непосредственной травме или инфицировании данной области. Чаще всего флегмона височной области возникает при распространении гноя из подвисочной области. Необходимо выяснить следующие данные: нарушение и болезненность глотания, наличие воспалительной инфильтрации тканей за бугром верхней челюсти. При распространении гнойного отделяемого в крылонебную ямку может присоединиться отек век.

4. Необходимо учитывать два обстоятельства:

- а) наличие и характер причин развития воспаления;
- б) точная локализация и распространенность острого гнойного воспалительного процесса.

**Ответ к ситуационной задаче №5**

1. Флегмона дна полости рта. Диагноз ставится на основании локализации воспалительного инфильтрата, занимающего несколько клетчаточных пространств дна полости рта: обе поднижнечелюстные, подподбородочную области, челюстно-язычный желобок справа, область корня языка.
2. Для данного заболевания нехарактерно наличие на рентгенограмме участка уплотнения костной ткани. Это может быть связано с наличием одонтогенной или неодонтогенной костной опухоли: одонтомы или остеомы.
3. Методика оперативного вмешательства: под местным инфильтрационным обезболиванием с премедикацией или под наркозом производится разрез кожи параллельно краю нижней челюсти, отступая от него на 2,0 см. Разрез начинается в поднижнечелюстной области с одной стороны, ведется через подподбородочную область, заканчиваясь в поднижнечелюстной области, с другой стороны. Рассекается кожа, подкожная клетчатка, подкожная мышца и фасция, затем по желобоватому зонду или между браншами кровоостанавливающего зажима рассекается поверхностный листок собственной фасции шеи. Далее тупым путем необходимо проникнуть в клетчаточные пространства поднижнечелюстных, подподбородочной областей, к корню языка, в оба челюстно-язычных желобка, подъязычную область. После широкого раскрытия клетчаточных пространств в каждое из них вводятся перфорированные резиновые или пластиковые трубки, фиксирующиеся йодоформным тампоном. Накладывается асептическая повязка.

**Ответ к ситуационной задаче №6**

1. Ретенированный зуб 48
2. Проводниковая и инфильтрационная анестезия 1/200000, формирование слизисто-надкостничного лоскута, формирование костного окна турбинным наконечником, либо с помощью пьезоаппарата, сепарация коронковой части зуба турбинным наконечником, удаление коронковой части хирургическим инструментарием: элеватор прямой, элеватор угловой, хирургический зажим москиты и т.д., фрагментация корней зуба твердосплавным бором, прямой элеватор, последовательное удаление корней зуба, ревизия лунки, гемостаз, ушивание раны.  
Контрольный осмотр стоматологом-хирургом на 2 – 3 сутки.  
Снятие швов на 7-10 день.
3. Возможные осложнения: Парестезия, отек, температура, гематома, альвеолит.

**Ответ к ситуационной задаче №7**

1. Острый перикоронит зуба 48
2. Консервативное лечение для устранения острого процесса: Амоксиклав 1000 мг \*2 раза в день в течении 7 дней, Кетанов при болях, сода-солевые полоскания 5-6 раз в день по 30 секунд 3-4 дня, плановое удаление зуба на 4-е сутки антибактериальной терапии, наблюдение в течении первой недели.
3. Проводниковая и инфильтрационная анестезия 1/200000, формирование слизисто-надкостничного лоскута, формирование костного окна турбинным наконечником, либо пьезоаппаратом, сепарация коронковой части зуба твердосплавным бором, удаление коронковой части: элеватор прямой, угловой, москиты и т.д., фрагментация корней зуба твердосплавным бором, прямой элеватор, последовательное удаление корней зуба, ревизия лунки, гемостаз, ушивание раны Осмотр стоматологом- хирургом через 2 – 3 суток. Снятие швов на 7-10 день.

**Ответ к ситуационной задаче №8**

1. Альвеолит челюстей

2. При альвеолите проводят комплексное лечение, включающее ревизию лунки удаленного зуба, местное лечение с помощью водного раствора хлоргексидина биглюконата

#### **Ответ к ситуационной задаче №9**

1. Сиалолитиаз правой поднижнечелюстной слюнной железы
2. Для уточнения диагноза «слюнно-каменная болезнь» необходимо провести: сиалографию, рентгенографию поднижнечелюстной железы в боковой проекции, зондирование протока
3. Слюнная железа удаляется в случае расположения камня во внутри-железистых протоках, при частом рецидивировании заболевания

#### **Ответ к ситуационной задаче №10**

1. К основным методам обследования для постановки диагноза относятся: клинический внеротовой осмотр и клинический внутриротовой осмотр
2. Диагноз: Острый гнойный периостит верхней челюсти
3. При периостотомии необходимо выполнить разрез через всю толщу мягких тканей до кости по переходной складке на протяжении трех зубов (причинного и рядом стоящих)

#### **Ответ к ситуационной задаче №11**

1. Рентгенологическое исследование
2. Хронический одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева
3. В данном случае хирургическое лечение заключается в удалении сформировавшихся секвестров, иссечении некрозов, свищей, а также резекции остеомиелитического очага

#### **Ответ к ситуационной задаче №12**

1. Сбор анамнеза, клинический осмотр, КЛКТ, УЗИ, диагностическая пункция
2. Острый верхнечелюстной синусит
3. Пациенту показано комплексное лечение: удаление 25 зуба, гайморотомия, этиопатогенетическое и симптоматическое лечения

#### **Ответ к ситуационной задаче №13**

1. Острый одонтогенный верхнечелюстной синусит
2. Перед началом лечения необходимо провести рентгенологическое исследование, получить консультацию оториноларинголога
3. Пациенту показано вмешательство в следующем объеме: удаление зуба 16, гайморотомия, этиопатогенетическая и симптоматическая терапия

#### **Ответ к ситуационной задаче №14**

1. Важным клиническим признаком при постановке диагноза является некротизированный участок ткани на верхушке инфильтрата
2. Фурункул правого носогубного треугольника
3. В данном случае показано вскрытие инфильтрата, так как вскрытие очага воспаления и дренирование приведет к оттоку гнойного экссудата и к стиханию воспалительных явлений. Для проведения хирургического вмешательства необходимым и достаточным набором инструментов является: скальпель, ножницы, пинцет хирургический, зажим хирургический «москит», бильрот, кюретажная ложка, гладилка хирургическая.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 15**

1. Острый очаговый пульпит.
2. Острый очаговый пульпит, острый диффузный пульпит, обострение хронического пульпита.



3. Анестезия, препарирование кариозной полости, препарирование полости зуба, ампутация, экстирпация, механическая и медикаментозная обработка корневых каналов, пломбирование корневых каналов и кариозной полости. Наблюдение в течение 2 лет.
4. Санация полости рта, проведение профессиональной гигиены полости рта, рекомендации по индивидуальной гигиене, подбор средств, мотивация на соблюдение гигиены полости рта и прохождение профилактических осмотров 1 раз в 6 месяцев.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 16**

1. К группе воспалительных заболеваний пародонта.
2. Причиной патологических изменений десны у этого пациента является микробная бляшка, которая не полностью удаляется с поверхности зубов при их ежедневной чистке.
3. Индекс РМА в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3 равен 66,6(6) %.
4. Предварительный диагноз: хронический локальный пародонтит лёгкой степени в области 1.3, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 2.3. Для уточнения диагноза необходимо применить рентгенологический метод исследования - панорамную рентгенографию верхней и нижней челюстей.
5. План лечения и реабилитации:
  - удаление зубных отложений;
  - коррекция и контроль гигиены полости рта;
  - местная противовоспалительная терапия;
  - санация полости рта

#### **Ответ к ситуационной задаче № 17**

1. Клиновидный дефект, средний кариес.
2. Клиновидный дефект
3. Имеются дефекты тканей с гладкими отполированными стенками, сходящимися под углом 60° в сторону полости зуба
4. Пломбирование адгезивными материалами, реминерализующая терапия, коррекция окклюзии.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 18**

1. Эндемический флюороз, начальный кариес, гипоплазия
2. Эндемический флюороз
3. Содержание фтора в питьевой воде 1,0 мг/л, меловидные пятна с блестящей поверхностью. Пятна существуют с момента прорезывания зубов.
4. Микроабразия, реминерализующая терапия, отбеливание, эстетическое протезирование.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 19**

1. Основным диагнозом в данной клинической ситуации является острый апикальный периодонтит пульпарного происхождения 4.5 зуба
2. Раскрытие полости зуба, прохождение канала, определение рабочей длины корневого канала, механическую обработку корневых каналов
3. Критерием качества obturation корневых каналов является равномерная плотность пломбировочного материала на всем протяжении
4. К противопоказаниям проведения постоянной obturation корневых каналов относят: болевые симптомы в области зуба, выделение экссудата, чувствительность при перкуссии.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 20**

1. Простой маргинальный гингивит
2. Для оценки степени воспаления десны используют индекс папиллярно-маргинально-альвеолярный (РМА)

3. Оптимальным вариантом лечения указанного заболевания является профессиональная гигиена полости рта

#### **Ответ к ситуационной задаче № 21**

1. Хронический пародонтит генерализованный
2. Терапевтическое лечение хронического пародонтита в данной клинической ситуации начинают с кюретажа пародонтальных карманов
3. К инструментам для сглаживания поверхности корня зуба ниже уровня десны относят кюреты Грейси
4. Для коррекции окклюзии при лечении заболеваний пародонта используют метод избирательного пришлифовывания

#### **Ответ к ситуационной задаче № 22**

1. Лейкоплакия идиопатическая, стадия плоская
2. Немедикаментозная помощь пациенту заключается в устранении этиологических факторов
3. Физиотерапевтическим методом лечения при данной патологии является диатермокоагуляция

#### **Ответ к ситуационной задаче № 23**

1. Кариес дентина 2.2 зуба IV класс по Блэку
2. Показанием к изготовлению не прямых реставраций при лечении кариеса дентина является индекс разрушения окклюзионной поверхности зуба более 0,4
3. К основным целям лечения кариеса дентина относят стабилизацию процесса и восстановление формы, функции и эстетики зубного ряда
4. Особенность препарирования кариозной полости IV класса перед реставрацией композиционными материалами заключается в формировании дополнительной площадки на язычной или небной поверхности
5. Качество удаления поражённых тканей определяют с помощью зонда и детектора кариеса

#### **Ответ к ситуационной задаче № 24**

1. Клиновидный дефект
2. Лечение данного заболевания проводится с целью устранения гиперестезии и восстановления эстетических параметров зуба
3. Кондиционирование твердых тканей зуба ортофосфорной кислотой перед внесением адгезивной системы проводится с целью удаления смазанного слоя
4. Восстановление коронки зуба методом пломбирования возможно при индексе разрушения окклюзионной поверхности зуба 0,2-0,4

#### **Ответы к ситуационной задаче № 25**

1. Боли в горле, першение.
2. Дезинфекция контактных поверхностей излучателей проводится согласно приказа МЗ РФ Сан.Пин 2.1.32630 от 2010 дезинфицирующим раствором «Баир»
3. Положение больного – сидит на стуле. Медсестра подбирает излучатель диаметром 1 см. Прикладывает к месту проекции по челюстным лимфоузлам, контактно. Включает аппарат Луч-4. Устанавливает компенсатор напряжения. Регулирует мощность до 2 Вт. Пациент чувствует слабое тепло. Медсестра отмечает время 8 мин.

#### **Ответ к ситуационной задаче № 26**

Использована врачебная телемедицинская консультация врача.

**Ответ к ситуационной задаче № 27**

1. инфаркт миокарда.
2. создать покой, полусидячее положение, расстегнуть одежду, дать тёплый чай, проводить психологическую работу, вызвать скорую помощь.

**Ответ к ситуационной задаче № 28**

1. инсульт
2. геморрагический.
3. разрыв сосуда мозга.
4. создать покой, расстегнуть одежду, перевернуть на спину, вызвать скорую помощь.

**Ответ к ситуационной задаче № 29**

1. Контроль – это постоянный процесс, обеспечивающий достижение целей организации путем обнаружения в ходе производственной деятельности отклонений от запланированных результатов. Функция контроля не является итоговой для всего процесса управления организацией. Пользуясь результатами контроля, организация составляет новые планы, принимает решения в области организации труда, а это означает, что управление есть непрерывный циклический процесс.

2. Основные этапы контроля:

Первый этап. Разработка стандартов и критериев – разработка параметров оценки деятельности и планирование дальнейшего развития.

Второй этап. Измерение достигнутых результатов – соблюдение соответствия проводимых измерений стандартам и плановым показателям.

Третий этап. Сравнение полученных результатов с запланированными – установление соответствия полученных результатов запланированным; определение допустимости и безопасности отклонений.

Четвертый этап. Проведение корректирующих мероприятий -осуществление действий в зависимости от результатов контроля: положительные – закрепление достигнутых результатов; отрицательные – устранение несоответствий; нейтральные – проведения действий не требуется.

**Ответ к ситуационной задаче № 30**

Проведение консультации со студенткой по поводу ее здоровья (в качестве иллюстрации к изучаемой теме) в присутствии иных лиц не приемлема. Информация, получаемая при сборе анамнеза больного, носит конфиденциальный характер и является закрытой. Публичное и демонстративное обсуждение состояния здоровья студентки унижает ее достоинство и наносит удар по самооценке девушки. Преподавателю следовало бы, осознав свои ошибочные действия, публично принести извинения студентке, тем самым разрешить конфликтную ситуацию.

**Критерии сдачи зачёта с оценкой:**

Оценка **«отлично»** - обучающийся (ординатор) правильно выполняет все предложенные практические навыки и правильно их интерпретирует, отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка **«хорошо»** - обучающийся (ординатор), в основном, правильно выполняет предложенные практические навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки, отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка **«удовлетворительно»** - обучающийся (ординатор) ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя, отвечает, но допускает отдельные ошибки на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.

Оценка **«неудовлетворительно»** - обучающийся (ординатор) не справился с предложенным индивидуальным заданием конкретного этапа производственной (клинической) практики, не может правильно интерпретировать практические навыки и не отвечает на теоретические вопросы, рекомендуемые ему к самостоятельному освоению.