

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

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО  
ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ  
(ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ)  
АТТЕСТАЦИИ**

по основной профессиональной  
образовательной программе  
высшего образования - программе подготовки кадров  
высшей квалификации  
в ординатуре по специальности  
**31.08.69 Челюстно-лицевая хирургия**

Квалификация  
**«Врач - челюстно-лицевой хирург»**  
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 2023-2024 учебный год

Новосибирск, 2023

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



**УТВЕРЖДАЮ:**  
**РЕКТОР**  
ЧОУ ВО «НМСИ ДЕНТМАСТЕР»

Б.В. Шеплев

доктор медицинских наук  
«25» апреля 2023 года

Протокол № 1 от «25» апреля 2023 года

**КЛЮЧИ  
К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ПО ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ**

**1. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ I ЭТАПА  
«АТТЕСТАЦИОННОЕ ТЕСТИРОВАНИЕ»**

Тестовые задания для проведения I ЭТАПА по программе итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся (ординаторов) находятся в документе «**Оценочные материалы по программе ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ**» (см. пункт 4.1, стр. 8-36).

**Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ»**

1 - а	2 - а	3 - а	4 - г	5 - в	6 - в	7 - б	8 - а	9 - а	10 - в
11 - е	12 - а	13 - г	14 - в	15 - г	16 - б	17 - б	18 - а	19 - а	20 - д
21 - б	22 - г	23 - а	24 - а	25 - б	26 - г	27 - а	28 - в	29 - б	30 - а
31 - г	32 - а	33 - б	34 - в	35 - а	36 - а	37 - в	38 - б	39 - а	40 - г
41 - в	42 - а	43 - б	44 - в	45 - б	46 - а	47 - а	48 - г	49 - г	50 - б
51 - б	52 - г	53 - б	54 - а	55 - а	56 - в	57 - б	58 - в	59 - г	60 - а
61 - а	62 - б	63 - в	64 - в	65 - б	66 - г	67 - г	68 - а	69 - а	70 - б
71 - б	72 - г	73 - в	74 - г	75 - г	76 - г	77 - г	78 - а	79 - б	80 - а
81 - г	82 - б	83 - г	84 - г	85 - а	86 - а	87 - а	88 - в	89 - а	90 - г
91 - б	92 - б	93 - в	94 - в	95 - б	96 - г	97 - б	98 - г	99 - а	100 - г

**Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»**

1 - а	2 - е	3 - а	4 - г	5 - а	6 - в
7 - а	8 - в	9 - д	10 - а	11 - в	12 - б
13 - д	14 - д	15 - а	16 - а, г	17 - д	18 - г
19 - в	20 - б	21 - а, б, в	22 - б, д	23 - г	24 - в

**Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ПЕДАГОГИКА»**

1 - в	2 - б	3 - а	4 - в	5 - г
6 - д	7 - г	8 - а	9 - д	10 - в

Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«ГИГИЕНА И ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

1 – б	2 – а	3 – в	4 – д	5 – б
6 – а	7 – б	8 – г	9 – в	10 – г
11 – б	12 – а	13 – г	14 – д	15 – а
16 – в	17 – г	18 – г	19 – в	20 – а
21 – в	22 – б	23 – г	24 – г	25 – в
26 – в	27 – в	28 – а	29 – в	30 – г
31 – д	32 – в	33 – б	34 – а	

Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«МИКРОБИОЛОГИЯ»

1 – б, в, г	6 – а	11 – а, б, в, г, д
2 – а, б, в, г, д, е, ж	7 – а	12 – г
3 – а, б, в, г	8 – в	13 – а
4 – а, б, в, г	9 – б	14 – г
5 – а, б, в, г, д, е	10 – б	15 – б, в

Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«РЕНТГЕНОЛОГИЯ»

1 – б	6 – в	11 – б
2 – г	7 – в	12 – в
3 – в	8 – в	13 – б
4 – г	9 – в	14 – б
5 – г	10 – г	15 – г

**Критерии оценивания тестовых заданий:**

«Отлично» - количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста.

«Хорошо» - количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста.

«Удовлетворительно» - количество положительных ответов от 71% до 80% максимального балла теста.

«Неудовлетворительно» - количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста.

**2. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ II ЭТАПА  
«ОЦЕНКА УРОВНЯ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ»**

Экзаменационные билеты для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся (ординаторов) находятся в документе «Оценочные материалы по программе ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ» (см. пункт 4.2, стр. 38-51).

**Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 1**

1. Диагноз: Абсцесс подвисочной ямки справа
2. Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с флегмоной височной области
3. Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является ортопантомография

4. Основным источником инфицирования крыловидно-нёбной и подвисочной ямок являются патологические процессы, возникающие в молярах верхней челюсти
5. К осложнению абсцессов и флегмон подвисочной и крыло-нёбной ямок относят флегмону орбиты
6. По поводу абсцесса подвисочной ямки необходимо выполнить разрез со стороны верхнего свода преддверия рта

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 2**

1. Основным диагнозом данного пациента является: Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица подчелюстной области справа
2. Предположительным фоновым диагнозом у данного пациента является сахарный диабет
3. Дифференциальную диагностику в данной клинической ситуации необходимо провести с сибирской язвой
4. Обязательным исследованием при карбункуле является бактериологическое исследование
5. Осложнением карбункула челюстно-лицевой области является тромбофлебит
6. Пациентам с карбункулом назначают терапию антимикробную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную и антиагрегантную

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 3**

1. Необходимым для постановки диагноза методом исследования является цитологическое исследование
2. Основной предположительный диагноз: Доброкачественное новообразование околоушной слюнной железы
3. Данное заболевание необходимо дифференцировать с аденолимфомой. Обоснование- доброкачественное образование смешанного генеза, в состав которого входят элементы как эпителиального, так и мезенхимального происхождения, заключенные в капсулу.
4. Лечение плеоморфной аденомы заключается в субтотальной резекции околоушной слюнной железы с сохранением ветвей лицевого нерва. Если опухоль пронизывает ветви лицевого нерва или она лежит под ними в глубоких отделах железы, имеет значительные размеры -проводят частичную или полную пародитэктомию с сохранением ветвей лицевого нерва.
5. После хирургического удаления новообразования для верификации диагноза необходимо произвести гистологическое исследование
6. Развитие рецидивов плеоморфной аденомы обусловлено неполным удалением образования. Самой распространенной ошибкой является удаление опухоли из её капсулы, что неминуемо приведет к рецидиву образования. Необходимо выделять опухоль вместе с тканями железы, прилегающими к оболочке опухоли.

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 4**

1. Предполагаемый основной диагноз: Хондрома верхней челюсти. На основе комплексного анализа жалоб, анамнеза болезни, оценки функционального состояния организма, комплексного изучения местной симптоматики, а также результатов диагностических исследований.
2. Дифференциальную диагностику проводят с остеофибромой. Схожесть клинической картины. Для хондромы характерна типичная локализация в переднем отделе верхней челюсти. При гистологическом исследовании хондрома имеет вид дольчатого хрящевого образования плотной консистенции, серо-белого цвета, иногда с участками ослизнения, некроза и обызвествления.
3. Микроскопическая картина предполагаемого новообразования состоит из гиалинового хряща, в котором неравномерно располагаются хрящевые клетки

4. Основным принципом лечения хондромы является резекция челюсти, так как радикальная операция в виде вылушивания опухоли часто ведет к рецидиву.
5. При периферическом росте данного новообразования происходит деформация структур челюсти, нёба, верхней губы с перегородкой и основанием крыльев носа

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 5**

1. Предполагаемый основной диагноз: Острый гнойный периостит нижней челюсти в области зуба 3.6. На основе комплексного анализа жалоб, анамнеза болезни, оценки функционального состояния организма, комплексного изучения местной симптоматики, а также результатов диагностических исследований, данных лабораторных исследований – увеличение числа лейкоцитов и нейтрофилов, рентгенологических данных – деструкция костной ткани в области зуба 3.6
2. В данной клинической ситуации целесообразен метод неотложной помощи вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата (первичная хирургическая обработка гнойной раны), назначение консервативной терапии
3. К видам анестезии предпочтительным в данной ситуации относят проводниковую или инфильтрационную анестезию, так как оперативное вмешательство по поводу острого гнойного периостита производят под местным обезболиванием- проводниковой или инфильтрационной анестезией
4. К основным манипуляциям при проведении оперативного вмешательства в данной клинической ситуации относят разрез слизистой скальпелем до кости, параллельно переходной складке через весь инфильтрированный участок, соответственно зубам 3.5, 3.6, 3.7, для обеспечения оттока гноя, дренаж в рану
5. К осложнениям данного заболевания при погрешностях лечения или неправильно выбранной тактике лечения относят: острый остеомиелит нижней челюсти, абсцесс и флегмону, так как погрешности в лечении вызывают прогрессирование воспалительного процесса, распространение гнойного экссудата в кость, и развитие острого остеомиелита челюсти или в околочелюстные мягкие ткани с образованием абсцесса и флегмоны.  
Профилактика острого периостита челюстей заключается в санации полости рта и своевременном лечении хронических одонтогенных очагов.

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 6**

1. Предполагаемый основной диагноз: Острый сиалоаденит
2. К ведущему этиологическому фактору развития острого сиалоаденита относят частые инфекционные заболевания
3. В данном случае необходимо провести консервативное лечение: с целью восстановления слюноотделения внутрь капли 1% раствора Пилокарпина, в слюнную железу через проток введение растворов антибиотиков, местно компрессы с Димексидом, в ситуации нарастающих воспалительных явлений – новокаиновые блокады с антибиотиками в области железы.
4. Срочное хирургическое вмешательство - вскрытие капсулы железы показано при гангренозном сиалоадените и тяжелой форме течения
5. Прогноз данного заболевания для пациентки благоприятный, острый сиалоаденит не переходит в хроническую стадию.

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 7**

1. Предварительный диагноз: Фиброматозный эпюлис на основании данных анамнеза и клинического исследования
2. Рентгенологически картина в проекции данного образования характеризуется отсутствием костно-деструктивных изменений в проекции образования.
3. Лечение пациента с данной патологией необходимо выполнять в поликлиническом отделении хирургической стоматологии. В план лечения входит устранение травмирующего

агента; иссечение образования в пределах слизистой оболочки и надкостницы, отступя от него на 0,5 см, с декортикацией в проекции образования, прием обезболивающих и антигистаминных препаратов

4. Зона роста данного образования локализуется в тканях десны, где локализуется очаг хронической травмы.

5. К этиологическому фактору развития данного образования относят травмирование металлокерамической конструкцией слизистой оболочки десны

6. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с ангиоматозным эпулисом. Ангиоматозный эпулис может иметь более мягкую консистенцию, легко кровоточит, цвет может варьировать от пестрого неоднородного до красного и бардово-синюшного.

### **Ответы к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 8**

1. Предварительный диагноз: Доброкачественное новообразование других и неуточнённых частей рта. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, данные лучевых методов исследования, соответствуют критериям и признакам – фиброма.

2. Морфологическая картина данного образования представлена пучками соединительнотканых волокон, имеющих различную длину и толщину, расположенных в различных направлениях. Полиморфизм фибробластов выражен слабо, ядра гиперхромные. Преимущественно рыхлая волокнистая соединительная ткань с большим числом клеток

3. Рентгенологически картина в проекции данного образования характеризуется отсутствием патологических изменений

4. Методом лечения выявленной патологии является иссечение образования, отступя от него на 0,5 см

5. Учитывая небольшую травматичность операции, при удалении данного образования применяется инфильтрационная анестезия.

6. Пациент после лечения заболевания в диспансерном наблюдении не нуждается, так как при полном иссечении новообразования и исключения травмирующего агента, риск развития рецидива отсутствует.

### **Ответы к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 9.**

1. Предполагаемый диагноз: Острый гнойный периостит верхней челюсти в области зуба 1.6

2. В данной клинической ситуации целесообразно вскрытие гнойного поднадкостничного очага и создание оттока экссудата (первичная хирургическая обработка гнойной раны), назначение консервативной терапии.

3. К видам анестезии предпочтительным в данной ситуации относят проводниковую или инфильтрационную анестезию

4. К основным манипуляциям при проведении оперативного вмешательства в данной клинической ситуации относят разрез слизистой скальпелем до кости, параллельно переходной складке через весь инфильтрированный участок, соответственно зубам 1.5, 1.6, 1.7, для обеспечения оттока гноя, дренаж в рану

5. К осложнениям данного заболевания при погрешностях лечения или неправильно выбранной тактике лечения относят острый остеомиелит нижней челюсти, абсцесс и флегмону, так как происходит прогрессирование воспалительного процесса, распространение гнойного экссудата в кость, и развитие острого остеомиелита челюсти или в окологлазничные мягкие ткани с образованием абсцесса и флегмоны.

6. Профилактика острого периостита челюстей заключается в санации полости рта и своевременном лечении хронических одонтогенных очагов

### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 10**

1. Предполагаемый диагноз: Посттравматическая деформация скуло-глазничного комплекса справа со смещением

2. Перелом считается застарелым, если с момента получения травмы прошло от 11 до 30 суток
3. Перелом скуловой дуги наиболее четко выявляется при рентгенологической носоподбородочной укладке. На обзорной рентгенограмме костей лицевого скелета (нособордочная укладка) имеется нарушение целостности нижнего и наружного края глазницы, непрерывности в области скуло-альвеолярного гребня и височного отростка скуловой кости.
4. Онемение верхней губы не является показанием к репозиции отломков скулового комплекса. Показанием к репозиции отломков скулового комплекса являются: западение мягких тканей скуловой области, ограничение открывания рта или нарушение боковых движений нижней челюсти, диплопия, затруднения движения глазного яблока и т.п.
5. При травме скуловой кости разворот её по оси (ротация) возможен, при ее повреждении тело скуловой кости смещается кнутри и кзади, что приводит к нарушению целостности наружной стенки глазницы, а при развороте отломка по оси - повреждению верхнечелюстной пазухи с разрывом слизистой оболочки и возникновением носового кровотечения.
6. При изолированном переломе скуловой дуги не отмечают боли в глазном яблоке

#### **Критерии оценивания уровня практической подготовки:**

- «Отлично» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, ответы изложены логично и полно.
- «Хорошо» - правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания, полнота ответа составляет 2/3.
- «Удовлетворительно» - правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий, большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые.
- «Неудовлетворительно» - правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий, ответы краткие, неразвернутые, «случайные».

### **3. КЛЮЧИ К ОЦЕНОЧНЫМ МАТЕРИАЛАМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ III ЭТАПА «ИТОГОВОЕ СОБЕСЕДОВАНИЕ»**

Вопросы для проведения итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся (ординаторов) находятся в документе «**Оценочные материалы по программе ИТОГОВОЙ (ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ) АТТЕСТАЦИИ**» (см. пункт 6.3, стр. 52-55).

#### **Ответ к вопросу № 1**

Обязанности:

- Основной обязанностью является оказание первичной и плановой квалифицированной помощи в соответствии с квалификационной характеристикой и полученным сертификатом.
- Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения, пропаганде здорового образа жизни, предупреждению развития заболеваний.
- Оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях.
- Своевременная консультация и госпитализация пациентов в установленном порядке.
- Оказание лечебных и реабилитационных услуг в объеме, соответствующем требованиям квалификационной характеристики.
- Ведение учетной и отчетной документации по утвержденным формам.

#### **Ответ к вопросу № 2**

Права:

- Контролировать работу подчиненного ему среднего и младшего медицинского персонала.

- Заключение договоров на оказание медицинских услуг в рамках программ обязательного и добровольного медицинского страхования с любыми органами, предприятиями, учреждениями, страховыми компаниями в установленном законом порядке.
- Получать плату за медицинские услуги, не предусмотренные условиями контракта, на основе дополнительного договора.
- Вносить предложения по вопросам улучшения медико-социальной помощи.
- Принимать участие в совещаниях, научно-практических конференциях по вопросам лечебно-профилактической помощи, состоять членом различных общественных и профессиональных организаций, чья деятельность не противоречит целям и задачам врача общей практики, а также действующему законодательству.
- Использовать медицинские учреждения для повышения своей квалификации на условиях договора с оплатой как за счет средств нанимателя, так и за собственный счет.
- Проводить в установленном порядке экспертизу качества медицинской помощи, оказанной пациенту другими специалистами.
- Заявлять иски в суд и арбитраже и отвечать по ним

### **Ответ к вопросу № 3**

Пациенты с некоторыми состояниями и заболеваниями челюстно-лицевой области должны быть госпитализированы в срочном порядке через службу неотложной помощи. В стационаре должны работать высококвалифицированные челюстно-лицевые хирурги.

Челюстно-лицевой стационар должен иметь все подразделения хирургического стационара общего профиля: операционно-перевязочный блок, процедурные комнаты, пищеблок, палаты, в том числе палаты интенсивной терапии (ПИТ), посты медицинских сестер, комната для проведения гигиенических процедур полости рта. Необходима организация специальных отделений или палат для пациентов с гнойно-воспалительными заболеваниями

Пациенты, которым проводили лечение по поводу остеомиелита челюсти, актиномикоза челюстно-лицевой области, хронического заболевания слюнных желез, оральных манифестаций пред-ВИЧ- и ВИЧ-инфекций, одонтогенного гайморита, невралгии и невропатии тройничного нерва, предракового заболевания, после восстановительных операций, хирургического лечения доброкачественных и злокачественных опухолей в поликлинике или стационаре (при отсутствии онкологического и онкостоматологического кабинета), состоят на диспансерном учете.

### **Ответ к вопросу № 4**

В большинстве случаев обработка рук включает последовательное выполнение трех основных этапов: механическая обработка, химическая (обезжиривание кожных покровов) и воздействие антисептических средств.

Механическая обработка, как правило, проводится параллельно с химической и заключается в мытье рук под краном с мылом (или жидкими моющими средствами). Руки тщательно моются от кончиков пальцев до верхней трети предплечья. При мытье рук необходимо соблюдать важный принцип: «не касаться обработанными участками рук необработанных кожи и предметов».

Этапы обработки:

- моют руки проточной водой с мылом, осушивают стерильными салфетками;
- обрабатывают руки с помощью нескольких марлевых шариков, смоченных 0,5% спиртовым раствором хлоргексидина биглюконата не менее 3 минут сначала до локтя, затем запястья и кисти;
- осушивают стерильной салфеткой, надевают стерильные резиновые перчатки.

### **Ответ к вопросу № 5**

Первый уровень — сознание отсутствует, пациент неподвижен, число дыхательных движе-

ний, число сердечных сокращений и АД приближаются к исходным величинам. Зрачок постепенно сужается, реакция на свет сохранена. Наблюдается плавное движение глазных яблок, эксцентричное их расположение. Роговичный и гортанно-глоточный рефлекс сохранены. Тонус мускулатуры сохранен. Возможно выполнение оперативных вмешательств, не требующих мышечной релаксации.

Второй уровень — глазные яблоки неподвижны, фиксированы в центральном положении. Зрачки расширяются, реакция на свет ослабевает. Активность роговичного и гортанно-глоточного рефлексов ослабевает и исчезает к концу второго уровня. Дыхательные движения спокойные и ровные, АД и ЧСС сохраняются на нормальных значениях. Тонус мышц снижается, и это позволяет проводить все основные операции в челюстно-лицевой хирургии.

### **Ответ к вопросу № 6**

Третий уровень (глубокий наркоз) — зрачки расширены, реагируют только на сильный световой раздражитель. Роговичный и гортанно-глоточный рефлекс отсутствует. Скелетная мускулатура полностью расслаблена, включая межреберные мышцы. Дыхание становится поверхностным, диафрагмальным. Нижняя челюсть не фиксирована, корень языка западает и препятствует поступлению воздуха в гортань, это приводит к остановке дыхания. Для того чтобы предупредить это осложнение, нижнюю челюсть выводят вперед и удерживают ее в таком положении. Развивается тахикардия, пульс становится малого наполнения и напряжения, снижается АД.

Четвертый уровень — зрачок расширен максимально, реакция на свет отсутствует, роговица тусклая и сухая. Миорелаксация полная, диафрагмальное дыхание не адекватно. Характерны тахикардия, нитевидный, трудно определяемый на периферии, пульс, резко сниженное АД.

### **Ответ к вопросу № 7**

I группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, отсутствуют факторы риска развития таких заболеваний или имеются указанные факторы риска при низком или среднем абсолютном сердечно-сосудистом риске и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний;

II группа здоровья - граждане, у которых не установлены хронические неинфекционные заболевания, но имеются факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком абсолютном сердечно-сосудистом риске, а также граждане, у которых выявлено ожирение и (или) гиперхолестеринемия с уровнем общего холестерина 8 ммоль/л и более, и (или) лица, курящие более 20 сигарет в день, и (или) лица с выявленным риском пагубного потребления алкоголя и (или) риском потреблением наркотических средств и психотропных веществ без назначения врача, и которые не нуждаются в диспансерном наблюдении по поводу других заболеваний (состояний).

### **Ответ к вопросу № 8**

IIIa группа здоровья - граждане, имеющие хронические неинфекционные заболевания, требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний (состояний), нуждающиеся в дополнительном обследовании;

IIIб группа здоровья - граждане, не имеющие хронические неинфекционные заболевания, но требующие установления диспансерного наблюдения или оказания специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи по поводу иных заболеваний, а также граждане с подозрением на наличие этих заболеваний, нуждающиеся в дополнительном обследовании.

**Ответ к вопросу № 9**

Этиология всегда инфекционная, в зависимости от пути поступления микроорганизмов: одонтогенные, стоматогенные (мукогенные), риногенные, тонзиллогенные, дерматогенные. Особенности течения в челюстно-лицевой области- анатомические особенности: богатое кровоснабжение, большое количество клетчаточных пространств, тесная связь друг с другом и зубами, близость жизненно важных органов и систем, нетипичное течение воспалительных заболеваний. В 40% течение по гипо- или гиперергическому типу, часто как первично хронические формы сложная диагностика и дифференциальная диагностика, требующая комплексного подхода.

**Ответ к вопросу № 10**

Лечение воспалительных заболеваний в челюстно-лицевой области включает следующие основные этапы:

- 1) Этап планирования совокупности и последовательности лечебных мероприятий
- 2) Хирургический этап лечения.
- 3) Местное лечение раневого процесса.
- 4) Общее консервативное лечение.
- 5) Реабилитация в отдаленном послеоперационном периоде с целью восстановления нарушенных функций и для достижения наиболее благоприятных эстетических результатов.

**Ответ к вопросу № 11**

Общие подходы к лечению пациентов с периоститом предусматривают одновременное решение нескольких задач:

- предупреждение дальнейшего развития патологического процесса;
- предупреждение развития острых одонтогенных воспалительных патологических процессов в околозубных и околочелюстных тканях;
- выявление и устранение причины заболевания;
- сохранение и восстановление функциональной способности всей зубочелюстной системы;
- устранение возникших осложнений патологического процесса;
- повышение качества жизни пациентов.

Воспалительный процесс распространяется на кость (остеомиелит челюсти) или около-челюстные мягкие ткани с образованием абсцесса или флегмоны

**Ответ к вопросу № 12**

Фаза воспаления остеомиелита (остеит)– первая фаза течения раневого процесса, которая подразделяется на 2 периода:

- 1) сосудистых изменений (длительность 1-3 дня) и
- 2) очищения раны (с 3 до 5-6 сутки).

В 1 периоде I фазы раневого процесса большое значение имеет борьба с инфекцией, поэтому лекарственные препараты, используемые в данной фазе, должны оказывать антимикробное, дегидратирующее, некролитическое и, по возможности, обезболивающее действия. Во 2 периоде I фазы раневого процесса воспаления рекомендуется применение средств, обладающих антибактериальными, некролитическими, гидрофильными свойствами в жидкой лекарственной форме, а также, применение различных инструментальных методов санации гнойной раны.

Фаза регенерации – II фаза раневого процесса, в этот период необходимость в дренировании отсутствует.

**Ответ к вопросу № 13**

Причина гнойного поражения крыловидно-нижнечелюстного пространства — воспали-

тельные процессы в области моляров нижней челюсти, в том числе при ретенции и дистопии зубов 3.8 и 4.8, при перикороните. Реже воспалительные заболевания крыловидно-нижнечелюстного пространства возникают в результате поступления гноя из области моляров верхней челюсти. Иногда гнойный процесс распространяется из подъязычной области, поднижнечелюстного треугольника, дна полости рта и околоушно-жевательной области.

#### **Ответ к вопросу № 14**

При абсцессе отмечают незначительную отечность тканей под углом нижней челюсти, увеличение лимфатических узлов. Открывание рта резко ограничено и болезненно. Осмотр полости рта затруднен из-за воспалительной контрактуры нижней челюсти. Зачастую только после выключения двигательных ветвей нижнечелюстного нерва путем проведения анестезии по Берше или по Егорову, с помощью шпателя, стоматологического зеркала, а иногда лобного рефлектора удается осмотреть полость рта и ротоглотки. Обнаруживают гиперемию и отечность мягкого нёба (нёбно-язычные и нёбно-глочные дужки, нёбный язычок), выбухание боковой стенки глотки.

#### **Ответ к вопросу № 15**

Флегмона, развивающаяся в подвисочной и крыло-нёбной ямках, характеризуется значительной головной болью, болями в области верхней челюсти, иррадиирующими в глаз и висок. Появляется припухлость в щечном отделе, нижнем отделе височной, верхнем отделе околоушно-жевательной областей, распространяющаяся на веки. Пальпация припухших тканей помогает выявить инфильтрацию и болезненность в нижнем отделе височной области. При надавливании на глазное яблоко определяется болезненность на стороне воспалительного процесса (положительный симптом Бернадского). Открывание рта ограничено. Слизистая оболочка верхнего свода преддверия рта гиперемирована и отечна, при пальпации в глубине тканей определяется болезненный инфильтрат, распространяющийся до переднего края венечного отростка. Диагностически важно, что эти симптомы сочетаются с выраженной воспалительной контрактурой нижней челюсти, а также нередко с болезненным глотанием.

При флегмоне подвисочной и крыловидно-нёбной ямок в большинстве случаев определяется инфильтрат в области переходной складки верхнезаднего отдела преддверия полости рта.

#### **Ответ к вопросу № 16**

Флегмона височной области, особенно при поражении глубоко расположенной под мышцей клетчатки, может осложниться вторичным кортикальным остеомиелитом чешуйчатой части височной кости, а также проникновением инфекции в мозговые оболочки и мозг (менингит, менингоэнцефалит, абсцесс мозга), что делает прогноз при таких осложнениях опасным для жизни пациентов.

#### **Ответ к вопросу № 17**

Удаление зуба, при задержке оттока гнойного отделяемого рекомендуют расширение ран, свищей или первичную хирургическую обработку поднадкостничных, околочелюстных гнойных очагов, а также активное их лечение (дренирование, промывание, орошение, местный диализ, наложение повязок). Исследуют жизнеспособность пульпы зубов, расположенных в очаге воспаления, по показаниям трепанируют и проводят их лечение; подвижные зубы укрепляют шинами.

#### **Ответ к вопросу № 18**

- Обезболивание — местная инфильтрационная анестезия на фоне премедикации, наркоз (внутривенный).

- Разрез кожи проводят через центр воспалительного инфильтрата на всем его протяжении вдоль естественных кожных складок шеи, т. е. в горизонтальном направлении
- Расслаивая подкожножировую клетчатку кровоостанавливающим зажимом, продвигаются к центру воспалительного инфильтрата, вскрывают гнойно-воспалительный очаг, эвакуируют гной.
- При локализации гнойно-воспалительного процесса под поверхностной фасцией шеи последнюю рассекают в горизонтальном направлении над разведенными браншами кровоостанавливающего зажима. Гнойно-воспалительный очаг вскрывают путем расслаивания клетчатки, эвакуируют гной
- В рану вводят ленточные дренажи из перчаточной резины или полиэтиленовой пленки
- На рану накладывают асептическую ватно-марлевую повязку с гипертоническим раствором, антисептиками.

### Ответ к вопросу № 19

**Хирургическое лечение** заключается в обязательном удалении гнойно-некротического стержня (стержней), вскрытии участков абсцедирования, а при необходимости — в некрэктомии. Рекомендовано с этой целью проводить разрезы через область расположения гнойно-некротического стержня.

Особенность хирургического этапа лечения — требование осторожного проведения кюретажа, без настойчивого выскабливания стенок раны. После вскрытия очага поражения рану дренируют.

При карбункуле разрез проводят на всю толщину пораженных тканей, вскрывают гнойные затеки, проводят некрэктомию.

### Ответ к вопросу № 20

**Местное лечение** следует проводить с учетом фаз раневого процесса. В первой фазе раневого процесса во время ежедневных перевязок рану обрабатывают растворами антисептиков. По показаниям применяют протеолитические ферменты для быстреего отторжения некротических тканей. Под повязку применяют препараты (мази, пенные аэрозоли и др.), обладающие осмотической активностью.

Во второй фазе раневого процесса используют средства, стимулирующие репарацию.

**Общее консервативное лечение** включает антибактериальный, дезинтоксикационный, иммунокорректирующий, антикоагуляционный компоненты, а также воздействие физическими факторами.

### Ответ к вопросу № 21

Общая морфологическая характеристика патологических изменений слизистой оболочки полости рта и языка:

- Воспаление – защитная реакция слизистой оболочки на воздействие раздражителя
- Акантоз – усиление пролиферации базальных и шиповатых клеток эпителия
- Паракератоз – нарушение выработки кератогиалина и нарушение процесса ороговения
- Дискератоз – патологическое ороговение эпителиоцитов
- Гиперкератоз – избыточный процесс ороговения, сопровождающийся увеличением рогового слоя.
- Папилломатоз – увеличение сосочкового слоя собственной пластинки с врастанием в эпителиальный слой.
- Вакуольная дистрофия – появление внутриклеточного отека с появлением вакуолей с последующим разрушением клеток
- Спонгиоз – внутритканевой отек с образованием полостей с экссудатом и нарушением межклеточных контактов

- Акантолиз – разрушение десмосом клеток шиповатого слоя с нарушением связей между ними.
- Опухоли – нарушение деления клеток, результатом которого являются новообразования.

### **Ответ к вопросу № 22**

Лечение заболеваний слизистой оболочки полости рта включает в себя:

Местное лечение:

- Обезболивание пораженного очага (местные анестетики)
- Антисептическая обработка (антисептические препараты)
- Очистка элементов поражения от налета (механически или применение ферментов)
- Этиотропное лечение (антибиотики, противовирусные, антимикотики)
- Патогенетическое лечение (НПВС, топические кортикостероиды)
- Восстановление целостности СОПР (кератопластические и обволакивающие препараты)

Общее лечение:

- Консультация смежного специалиста по потребности (туберкулез, сифилис, МЭЭ и т.д.)
- Этиотропная системная терапия
- Патогенетическая системная терапия
- Детоксикационная терапия
- Иммуномодулирующая терапия

### **Ответ к вопросу № 23**

В течении острого герпетического стоматита выделяют 4 периода:

1. Продромальный период - чувство жжения, покалывания, зуда; чувство напряжения в местах будущего появления сыпи на коже и слизистой оболочке. Нарастают симптомы общей интоксикации.
2. Катаральный период характеризуется гиперемией и отёком слизистой оболочки полости рта и десневого края. Жалобы на дискомфорт в полости рта при приеме пищи.
3. В период высыпаний появляются одиночные или множественные элементы поражения слизистой оболочки полости рта: пятно, пузырек, пузырь и эрозия. Площадь поражения слизистой оболочки полости рта сопряжена с тяжестью заболевания.
4. Период угасания болезни характеризуется улучшением общего состояния, эпителизацией афт.

### **Ответ к вопросу № 24**

Эрозивно-язвенная форма лейкоплакии является обычно осложнением простой или веррукозной лейкоплакии и проявляется выраженной воспалительной реакцией с повреждением эпителия. На фоне отека и гиперемии слизистой обнаруживается очаг ороговения серого цвета, характерный для плоской и веррукозной лейкоплакии, и одиночная эрозия, реже – язва, которые имеют полигональную форму и покрыты фибринозным налетом. После удаления налета поверхность очага легко кровоточит. Эрозии и язвы трудно поддаются заживлению и часто рецидивируют. Эрозивная форма лейкоплакии – самая злокачественная. Наиболее опасные в плане озлокачествления зоны слизистой оболочки полости рта: подъязычная область, боковая поверхность языка, мягкое небо.

### **Ответ к вопросу № 25**

- Консультация смежных специалистов для выявления общесоматических заболеваний ЖКТ, иммунной системы и др.
- Санация очагов хронической инфекции.
- Санация полости рта.

- Обезболивание очагов (местные анестетики)
- Антисептическая обработка (хлоргексидин, мирамистин, метрогил дента)
- Эпителизирующие средства (асепта, витамина А и Е, облепиховое масло и др. кератопластики)
- Десенсебилизирующая терапия (антигистаминные препараты)
- Физиолечение (гелий-неоновый лазер, инфракрасный лазер и др.)

### Ответ к вопросу № 26

Типичная форма часто протекает бессимптомно. Папулезные высыпания на губах имеют в лучах Вуда голубовато-белое свечение, а на слизистой оболочке рта — белое.

При осмотре возможны следующие варианты клинических проявлений:

- Папулезный: множество одиночно расположенных папул, чаще на слизистой оболочке щек и губ. На красной кайме губ образования имеют вид звездочек, на слизистой губ чаще располагаются в устьях протоков малых слюнных желез.
- Линейный: папулы сливаются в линии, дуги, образования типа «морозного рисунка» на стекле. Локализация: боковая поверхность языка, слизистая щек, переходных складок, участки контакта металлических протезов, пломб без признаков воспаления.
- Ретикулярный вид, типичная локализация: ретромолярные промежутки, слизистая оболочки щек, дно полости рта, вентральная поверхность языка, слизистая оболочки губ. В «ячейках» сетки может наблюдаться незначительная гиперемия.
- Анулярный тип: группа папул в виде переплетенных колец.

### Ответ к вопросу № 27

- Ксеростомия – сухость полости рта, обусловленная снижением слюноотделения. Часто сопровождается повышенной жаждой и аппетитом.
- Катаральные стоматиты и глосситы. Происходят в результате микрососудистых расстройств полости рта, нарушением биоценоза полости рта и снижением резистентности слизистой.
- Агрессивные пародонтиты – характеризуется прогрессирующим течением и деструктивными изменениями, что быстро приводит к потере зубов и зубных рядов.
- Кандидоз – обусловлен дисбактериозом полости рта и нарушением кислотно-основного равновесия. Характеризуется упорным течением, возможно присоединение микотического ангулярного хейлита.
- Нарушения вкуса, дизэстезии – снижение вкусовой чувствительности либо извращенное ее восприятие. Так же возможно появление неврогенных нарушений (невриты, невралгии, стоматалгии).

### Ответ к вопросу № 28

Лечение всех форм хейлита включает:

- 1) Выявление и устранение или минимизацию факторов риска: заболеваний носоглотки, вредных привычек, аномалий прикуса;
- 2) Мотивацию и обучение гигиене полости рта.
- 3) Общее лечение, которое проводят совместно с врачами-интернистами
- 4) Местное лечение.

Лечение общего заболевания проводят аллерголог, дерматолог, психоневролог. Системная фармакотерапия: антигистаминные препараты, препараты, нормализующие функции ЖКТ. Назначают элиминационную диету. Местная терапия: противовоспалительные наружные средства: топические глюкокортикостероиды и нестероидные противовоспалительные препараты. Наружные противовоспалительные препараты используют в сочетании с увлажняющими/смягчающими средствами.

**Ответ к вопросу № 29**

- Складчатый язык. Лечение, как правило, не требуется. Необходима ежедневная чистка языка с помощью дополнительных средств гигиены. При присоединении вторичной инфекции проводят соответствующее лечение.
- Ромбовидный глоссит. Заболевание обычно ассоциируется с кандидозной инфекцией, лечение проводят противогрибковыми препаратами. Бугорковая и папилломатозная формы при склонности к разрастанию ткани подлежат хирургическому лечению.

**Ответ к вопросу № 30**

- Волосатый язык. Лечение заключается в регулярном очищении языка мягкой зубной щеткой или скребком и исключении/минимизации факторов риска заболевания, а также включении в рацион питания грубой пищи. В большинстве случаев фармакологическое лечение не требуется. При подтверждении грибковой инфекции назначают антимикотики. Хирургическое удаление гиперплазированных нитевидных сосочков возможно только при длительном и тяжелом течении заболевания.
- Десквамативный глоссит. Необходима консультация гастроэнтеролога, аллерголога для выявления и лечения сопутствующих соматических заболеваний. Кроме этого, проводят гигиеническое воспитание и обучение гигиене полости рта, выявление и контроль вредных привычек, saniруют полость рта. Для чистки зубов подбирают зубные пасты, не раздражающие слизистую оболочку полости рта. При появлении чувства жжения и боли назначают аппликации местных анестезирующих препаратов.

**Ответ к вопросу № 31**

Классификация заболеваний слюнных желез:

- Пороки развития (полная или частичная аплазия, дистопия, смещение устья выводного протока, врожденная эктазия протоков)
- Закрытые и открытые механические повреждения и их последствия
- Воспалительные процессы (сиаладениты)
- Слюннокаменная болезнь
- Реактивно-дистрофические заболевания (сиалоаденозы)
- Кисты слюнных желез
- Опухоли слюнных желез

**Ответ к вопросу № 32**

Консервативная терапия включает в себя:

- Антибактериальная терапия (антибиотики, проходящие гематосаливарный барьер)
- Противовоспалительная (НПВС)
- Гипосенсибилизирующая (антигистаминные препараты)
- Дезинтоксикационная (обильное питье, инфузии кристаллоидов)
- Иммуноукрепляющая с лечением сопутствующего заболевания
- Нормализация слюновыделительной функции железы путем проведения активной инстиляции выводных протоков железы растворами антисептиков с легким массажем железы
- Нормализация секреторной функции: слюногонная диета, физиотерапевтическое лечение (УВЧ-терапия, лазеротерапия)

При гнойно-некротическом расплавлении железы и появлении очагов флюктуации показано хирургическое лечение: раскрытие гнойного очага.

**Ответ к вопросу № 33**

Клинические критерии болезни Шегрена:

Сухой кератоконъюнктивит:

- 1) снижение слезоотделения по тесту Ширмера <10мм за 5 минут

2) окрашивание эпителия роговицы/конъюнктивы флюоресцеином (I-III ст.)

3) снижение времени разрыва прекорнеальной слёзной плёнки <10 секунд

Паренхимотозный сиаладенит:

1) сиалометрия стимулированная <2,5 мл за 5 мин

2) сиалография - обнаружение полостей > 1 мм

3) очагово-диффузная лимфогистиоцитарная инфильтрация в биоптатах малых слюнных желез ( $\geq 2$  фокусов\* в 4 мм<sup>2</sup>)

Диагностические критерии болезни Шегрена:

1) положительный РФ или

2) положительный АНФ или

3) наличие анти-SSA/Ro и (или) анти-SSB/La антиядерных антител

### Ответ к вопросу № 34

Малоинвазивные методики лечения слюннокаменной болезни:

- Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия основана на применении со стороны кожных покровов ультразвуковых (пьезоэлектрических) литотриптеров. Показано применение данного метода при размерах конкремента до 10 мм с внутрижелезистой локализацией или в проксимальной части внежелезистого отдела выводного протока железы.

- Интракорпоральная ударно-волновая литотрипсия основана на применении специальных внутрипротоковых лазерных и электрогидравлических литотриптеров. Данный метод рекомендуется при локализации конкрементов в проксимальном отделе внежелезистой части выводного протока.

- Эндоскопическое удаление конкремента. Применение данного метода показано при относительно небольшом размере конкремента, локализованного во внежелезистой части выводного протока слюнной железы.

- Эндоскопическая интракорпоральная или экстракорпоральная литотрипсия. Метод применяется при локализации конкремента как во внежелезистом, так и внутрижелезистом отделе выводного протока железы.

### Ответ к вопросу № 35

Хирургические методики лечения слюннокаменной болезни:

конкрементэктомия или экстирпации слюнной железы. Выбор конкретного способа лечения зависит от локализации, размеров и количества конкрементов, характера клинических проявлений, а также структурно-функционального состояния пораженной слюнной железы

### Ответ к вопросу № 36

Первичная хирургическая обработка ран:

- ранняя (до 24 ч)
- отсроченная (24-48 часов)
- поздняя (более 48 часов)

Порядок первичной хирургической обработки:

- антисептическая обработка кожи,
- анестезия,
- гемостаз,
- ревизия раны для определения дефекта подлежащих тканей,
- экономное иссечение нежизнеспособных, размозженных тканей (только если уверены на 100%),
- послойное ушивание раны с элементами первичной пластики.
- противостолбнячная сыворотка/анатоксин

### Ответ к вопросу № 37

Виды шовных материалов:

- Монофиламентная нить
- Плетеная нить
- Крученая нить
- Псевдомонофиламент

Резорбируемые: полигликолиды, капролактон, кетгут и т.д.

Нерезорбируемые: шелк, пролен и т.д.

Виды швов:

Одиночные: узловой, крестообразный, П-образный, вертикальный матрацный, датский и т.д.

Непрерывные: шов Мультиановского, матрацный, простой, внутрикожный.

### **Ответ к вопросу № 38**

Повреждения челюстно-лицевой области делят на:

- механические;
- комбинированные;
- ожоги;
- отморожения.

Повреждения лица могут быть:

- изолированными одиночными;
- изолированными множественными;
- сочетанными множественными.

Сочетанная травма — повреждение не менее двух анатомических областей одним и более поражающими факторами.

Комбинированная травма — повреждение, возникающее вследствие воздействия различных травмирующих факторов.

В зависимости от причины возникновения все травматические повреждения делят на:

- производственные;
- непроизводственные.

По характеру и степени повреждения все травмы мягких тканей лица делят на две основные группы:

- изолированные повреждения мягких тканей лица (ушибы, ссадины, раны);
- сочетанные повреждения мягких тканей лица и костей лицевого черепа (без нарушения целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта, с нарушением целостности кожных покровов или слизистой оболочки полости рта).

### **Ответ к вопросу № 39**

Мягкие ткани челюстно-лицевой области, в отличие от других локализаций, обладают некоторыми характерными особенностями:

- обильное кровоснабжение;
- хорошая иннервация;
- высокие регенераторные способности;
- выраженный местный иммунитет тканей;
- вокруг естественных отверстий лица в тканях имеются клетки, которые уже частично подготовлены к заживлению;
- раны слизистой оболочки полости рта омываются слюной, а в ней содержится лизоцим и секреторный IgA, который способствует регенерации;
- микрофлора полости рта, носа, верхнечелюстных пазух может способствовать инфицированию раны.

**Ответ к вопросу № 40**

Все осложнения, которые могут возникнуть при повреждении мягких тканей, делятся на непосредственные (на месте происшествия), ранние (на этапах медицинской эвакуации и в лечебном учреждении в течение первой недели после травмы) и поздние (появляются не ранее, чем через неделю после травмы).

К непосредственным осложнениям относят асфиксию, острую дыхательную недостаточность, кровотечение, коллапс и шок.

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма пациента.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и др.

**Ответ к вопросу № 41**

- При ожоге I степени повязку можно не накладывать или же наложить спиртовую повязку. Кожный покров самостоятельно восстанавливается через 5–7 дней.

- При ожоге II степени необходимо после обработки ожоговой поверхности этанолом подсечь пузыри у их основания и выпустить содержащуюся в них жидкость. Оболочки пузырей, если нет нагноения, можно не срезать, а оставить на месте как «биологическую повязку». При появлении через 3–4 дня после травмы в пузырях мутного содержимого необходимо оболочки иссечь, эрозию обработать 3% раствором водорода пероксида и наложить повязку с индифферентной мазью на жировой основе.

- Аналогично поступают при ожогах III А степени. Повязки меняют через 2–3 дня. Кожный покров восстанавливается через 10–15 дней. Если ожоговая рана при поверхностном ожоге нагноилась, следует наложить повязку с водными растворами антисептиков, водорастворимыми мазями.

- Для лечения глубоких ожогов III Б–IV степени используют закрытый, открытый, полукрытый, хирургический и комбинированный методы лечения. При наличии участков некроза накладывают повязки с протеолитическими ферментами, при признаках инфекции и для ее профилактики — с растворами антисептиков

**Ответ к вопросу № 42**

Доврачебная помощь включает обработку спиртом пораженных участков, легкий массаж, горячее питье, термоизоляцию, применение аналептиков: кофеин, никетамид (Кордиамин). Первая врачебная помощь ставит своей целью:

- профилактику некроза тканей, инфекционных осложнений, острой сердечно-сосудистой недостаточности;
- подготовку раненых к эвакуации;
- сортировку пораженных для выявления нуждающихся в неотложной помощи по жизненным показаниям и направление их в перевязочную.

Пораженный участок обрабатывают этанолом, накладывают асептическую повязку.

**Ответ к вопросу № 43**

Квалифицированная помощь предусматривает первичный туалет поверхности отморожения: обработку поверхности поражения этанолом, срезание пузырей, удаление эпидермиса, наложение асептической повязки.

Пострадавших с отморожениями I–II степени направляют в госпитали для легкораненых, остальных — в военно-полевой ожоговый медицинский госпиталь.

План комплексного лечения включает профилактику инфекционных осложнений, оперативное лечение, физиотерапию, лечение остро развившихся осложнений, реабилитацию пострадавших и военно-врачебную комиссию.

**Ответ к вопросу № 44**

Основной принцип первой помощи пострадавшему при попадании химического вещества на кожу — немедленное и полное удаление этого вещества. Для этого следует сразу же начать смывать попавшее вещество с места ожога сильной струей водопроводной воды. Ожоги следует промывать длительно, при поражениях обычными кислотами примерно 30–60 мин, а при ожогах щелочами — несколько часов. Раны необходимо промывать до уменьшения чувства боли и жжения.

В дальнейшем лечение химических ожогов проводят в соответствии с теми же принципами, что и термических. Поскольку химические ожоги, как правило, бывают глубокими, они требуют лечения в условиях стационара с применением хирургических методов.

**Ответ к вопросу № 45**

К консервативным методам относят иммобилизацию отломков при помощи шин внелабораторного изготовления (индивидуальные назубные шины из металла или другого материала, стандартные назубные шины) и при помощи шин лабораторного изготовления (зубонаддесневая шина Вебера простая или с наклонной плоскостью, шины Ванкевич и Ванкевич–Степанова, различные назубные каповые аппараты, наддесневая шина Порты). К внелабораторным относят назубные индивидуальные гнутые шины Тигерштедта, назубные стандартные шины Васильева, шину-каппу (изготавливают во рту из быстро твердеющей пластмассы). К ортопедическим относят назубную шину-каппу, зубонаддесневые шины Вебера, Ванкевич, наддесневую шину Порты.

**Ответ к вопросу № 46**

На основе экспериментальных и клинических испытаний, проведенных группой исследователей Ассоциации остеосинтеза, были сформулированы четыре принципа, соблюдение которых необходимо для быстрого восстановления формы и функции нижней челюсти:

- анатомическая репозиция костных фрагментов;
- функционально-стабильная фиксация костных фрагментов;
- сохранение кровоснабжения костных фрагментов путем использования атравматических методик;
- ранняя, активная и безболезненная мобилизация.

**Ответ к вопросу № 47**

Показания к оперативным методам лечения переломов челюстей:

- недостаточное число или полное отсутствие зубов;
- подвижность зубов;
- переломы за пределами зубного ряда при смещении отломков;
- смещение отломков с интерпозицией мягких тканей;
- множественные переломы;
- комбинированные поражения;
- сопутствующие психические заболевания;
- крупнооскольчатые переломы нижней челюсти;
- дефекты костной ткани.

**Ответ к вопросу № 48**

По локализации.

Переломы тела челюсти:

- с наличием зуба в щели перелома;
- при отсутствии зуба в щели перелома.

Переломы ветви нижней челюсти:

- собственно ветви;

- венечного отростка;
- мышечкового отростка.
- односторонние; - двусторонние;
- одиночные; - двойные; - множественные;

По характеру перелома:

- без смещения отломков;
- со смещением отломков;
- линейные;
- оскольчатые.

В зависимости от сроков получения травмы переломы нижней челюсти бывают:

- свежие (до 10 дней);
- застарелые (от 11 до 20 дней);
- неправильно сросшиеся (более 20 дней).

### **Ответ к вопросу № 49**

Наблюдается болезненное, ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа (при повреждении стенок верхнечелюстной пазухи), иногда — диплопию.

Также переломы скуловой кости со значительным смещением сопровождаются переломами нижней и латеральной стенок глазницы, что в свою очередь может приводить к:

- ущемлению глазодвигательных мышц в линии перелома;
- ограничению подвижности глазного яблока;
- дислокации глазного яблока;
- возникновению двоения в глазах (диплопия);
- онемению подглазничной области, верхней губы и зубов на стороне повреждения

При переломе скуловой кости определяются деформация лица за счет смещения отломка, кровоизлияние в ткани подглазничной области, верхненаружного угла глазницы, верхнее веко и конъюнктиву, иногда — хемоз. Пальпируется костная «ступенька» в области подглазничного края, верхненаружного угла глазницы, в зоне височного отростка скуловой кости. Болевая чувствительность кожи подглазничной области, нижнего века, крыла носа, кожной части перегородки носа, иногда скуловой и височной областей снижена.

Может отмечаться кровоизлияние в слизистую оболочку верхней переходной складки в области 5, 6, 7 верхних зубов. Пальпируется костная ступенька в области скулоальвеолярного гребня.

На рентгенограмме лицевых костей в носоподбородочной укладке определяется снижение прозрачности верхнечелюстной пазухи на стороне перелома, нарушение непрерывности нижнего и наружного краев глазницы, целости височного отростка скуловой кости и скулоальвеолярного гребня.

### **Ответ к вопросу № 50**

Консервативное лечение рекомендовано в случае перелома нижней стенки глазницы без смещения отломков, либо перелома с незначительным их смещением, не приводящим к эстетическим или функциональным нарушениям. Консервативное лечение включает в себя симптоматическую терапию, а также исключение физических нагрузок, перегреваний на срок 2 месяца, обезболивающую терапию, применение сосудосуживающих препаратов местного действия (назальные препараты с целью улучшения дренажной функции верхнечелюстного синуса, гормонотерапию с целью уменьшения отека и др.). При минимальном смещении костных отломков и отсутствии клинической симптоматики, пациент требует динамического наблюдения, с целью повторной оценки симптоматики (в частности положения глазных яблок) после спадания отека

**Ответ к вопросу № 51**

Выделяют сквозные, слепые и касательные ранения.

Огнестрельные ранения ЧЛО бывают: проникающими (в полость рта, носа и околоносовых пазух) и непроникающими.

В соответствии со степенью тяжести выделяют: легкие, средней тяжести и тяжелые ранения.

**К легким ранениям** и повреждениям относятся ранения мягких тканей лица без истинного дефекта

**Ранения средней тяжести** характеризуются более обширными повреждениями без дефектов мягких тканей

**К тяжелым ранениям относят:** ранения мягких тканей, сопровождающиеся отрывами тканей и образованием истинных дефектов

**Ответ к вопросу № 52**

**Первая фаза** - фаза воспаления.

С целью отторжения погибших тканей: гипертонические растворы; мази на водорастворимой основе; протеолитические ферменты.

С целью подавления инфекции: многокомпонентные мази на водорастворимой основе; химиопрепараты, антисептики.

С целью эвакуации содержимого: дренирование, гипертонические растворы.

**Вторая фаза** – фаза регенерации:

С целью подавления инфекции: мази с химиопрепаратами и антисептиками.

Стимуляция роста грануляций: комбутек, альгипор, индифферентные мази.

**Третья фаза** - Организация рубца и эпителизация:

индифферентные мази, солкосерил.

**Ответ к вопросу № 53**

Маршрут, по которому осуществляется вынос и транспортировка поражённых (пациентов), называется путь медицинской эвакуации, а расстояние от пункта отправки поражённого до места назначения принято считать плечом медицинской эвакуации. Совокупность путей эвакуации, расположенных на этапах медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств, называется эвакуационным направлением.

В настоящее время в системе лечебно–эвакуационных мероприятий предусматриваются следующие виды медицинской помощи:

- первая помощь;
- доврачебная (фельдшерская) помощь;
- первая врачебная помощь;
- квалифицированная медицинская помощь;
- специализированная медицинская помощь;

**Ответ к вопросу № 54**

Первая врачебная помощь:

- временная остановка наружного кровотечения тампонадой раны полости рта или полости носа, а также наложение кровоостанавливающих зажимов на видимые в ране кровоточащие сосуды;
- борьба с асфиксией или угрозой ее развития: очищение верхних дыхательных путей, искусственная вентиляция легких, ингаляция кислорода, прошивание языка, подтягивание его к фронтальным зубам и фиксация, при необходимости – наложение трахеостомы;
- борьба с шоком: введение наркотиков, литических смесей, сердечно-сосудистых средств и дыхательных analeптиков, новокаиновые блокады, фиксация отломков челюсти транспортной повязкой, согревание раненых, горячее сладкое питье;
- борьба с обезвоживанием: питье из поильника с резиновой трубкой;

- профилактика хирургической инфекции введением антибиотиков, столбнячного анатоксина, сульфаниламидов.

### **Ответ к вопросу № 55**

Квалифицированная медицинская помощь предусматривает:

- выполнение реанимационных мероприятий и минимального объема хирургических вмешательств, в первую очередь, по жизненным показаниям.
- выведение раненых из состояния асфиксии и устранение причин ее возникновения;
- окончательная остановка кровотечения;
- проведение всего комплекса противошоковых мероприятий до стабилизации гемодинамических показателей;
- транспортная иммобилизация отломков челюстей, лигатурное связывание челюстей;
- первичная хирургическая обработка ран по жизненным показаниям;
- кормление раненых;
- туалет полости рта и профилактика обезвоживания.

### **Ответ к вопросу № 56**

Ранние осложнения - асфиксия, дыхательная недостаточность, ранние кровотечения, синдром острого расстройства водно-электролитного баланса организма пациента.

Поздние осложнения - вторичные кровотечения, бронхопульмональные расстройства, нагноение раны, келоидные и гипертрофические рубцы, контрактура жевательных мышц, посттравматический оссифицирующий миозит жевательных мышц, парезы и параличи, парестезия и гиперестезия, слюнные свищи и другое

### **Ответ к вопросу №.57**

Нарушение акта сосания - отсутствие отрицательного давления в полости рта.

Нарушение акта глотания – опасность попадания в дыхательные пути пищи и ее аспирации.

Нарушение функции жевания – недоразвитие зубных рядов

Нарушение дыхания:

- преобладание ротового дыхания;
- нарушение калориферной функции носовой полости;
- снижена жизненная емкость легких и, прежде всего, резервного объема вдоха;
- более подвержены простудным заболеваниям верхних дыхательных путей.

Нарушение функции речи – ринолалия.

Заболевания ЛОР-органов:

- Деформация наружного носа
- Изменение анатомического строения носовой полости
- Нарушение дыхательной функции носа
- Воспалительные изменения барабанной перепонки, непроходимость евстахиевых труб, мезотимпаниты
- Понижение слуха

### **Ответ к вопросу № 58**

Классификация уздечек языка:

I вид — тонкие, прозрачные уздечки, нормально прикреплены к языку, но имеют малую протяженность, в связи с чем ограничивают движение языка, при подъеме языка кверху у места прикрепления уздечки к внутренней поверхности нижней челюсти образуется «треугольник» из слизистой оболочки;

II вид — такие же тонкие полупрозрачные уздечки, но прикреплены ближе к кончику языка, имеют также небольшую протяженность, при подъеме языка кверху в центре образуется желобок-симптом «сердечка», а на внутренней поверхности нижней челюсти — симптом «треугольника»

**Ответ к вопросу № 59**

III вид — уздечки плотные, короткие, прикрепленные близко к кончику языка, положительный симптом «сердечка» с подворачиванием кончика и набуханием спинки языка и симптом «треугольника», чаще всего такая плотная уздечка представляет собой дубликатуру слизистой оболочки;

IV вид — такие плотные тяжи, как и при предыдущем виде, однако сложность заключается в том, что они сращены с мышцами языка;

V вид — тяж слизистой оболочки мало заметен, срастается с мышцами языка, в таких случаях вся масса языка, сращенная с мышцами дна рта, располагается значительно ближе к центральному отделу нижней челюсти.

**Ответ к вопросу № 60**

Показаниями к проведению френулопластики языка являются:

- нарушение питания - после рождения ребенок не может полноценно взять грудь матери, не высасывает положенную ему норму молока и за счет этого теряет массу тела
- логопедические показания - короткая и широкая уздечка и ее высокое прикрепление в области альвеолярного отростка могут явиться причиной нарушения правильного произношения отдельных звуков. Может развиваться дислалия.
- ортодонтические показания - уздечка языка может явиться причиной формирования зубочелюстных аномалий.

**Ответ к вопросу № 61**

Классификация аномалий прикуса:

по типу аномалии окклюзии зубных рядов:

- по сагиттали на всем протяжении: дистальная / мезиальная окклюзия;
- по трансверсали на всем протяжении: палатиноокклюзия, лингвоокклюзия, вестибулоокклюзия;
- по вертикали во фронтальном участке: вертикальная резцовая окклюзия и дизокклюзия.

по типу межчелюстного взаимоотношения на основе прикуса:

- 2 скелетный класс (соответствует дистальному типу прикуса);
- 3 скелетный класс (соответствует мезиальному типу прикуса);
- сужение челюсти (соответствует перекрестная окклюзии).

по симметричности:

- симметричная;
- асимметричная / несимметричная.

**Ответ к вопросу № 62**

Классификация МКБ:

Q18 Другие врожденные аномалии [пороки развития] лица и шеи

K07.0 Основные аномалии размеров челюстей

- Гиперплазия нижней или верхней челюсти
- Гипоплазия нижней или верхней челюсти
- Макрогнатия нижней или верхней челюсти
- Микрогнатия нижней или верхней челюсти

K07.1 Аномалии челюстно-черепных соотношений

- Асимметрия челюсти
- Прогнатия нижней или верхней челюсти
- Ретрогнатия нижней или верхней челюсти

K07.4 Аномалия прикуса неуточненная

**Ответ к вопросу № 63**

**Аппаратный метод** – применение ортодонтических аппаратов различной конструкции:

- Механического действия – используют силу активной части аппарата: дуга (брекет-системы), пружина, винт (пластинки с винтами, НААС), эластические тяги.
- Функционально-направляющего действия – передают направленную силу мышц на зубные ряды. Конструктивная особенность – наличие наклонной плоскости или накусочной площадки.
- Функционального действия – нормализуют функцию мышц и устраняют вредные привычки. Для этой цели используются бамперы, щиты и пелоты.

**Ответ к вопросу № 64**

**Ортопедический метод** – протезирование при помощи накладок и коронок при небольших аномалиях прикуса, а так же, как финишный этап ортодонтического лечения для нормализации окклюзионных контактов.

**Ответ к вопросу № 65**

**Хирургические методы** – оперативные вмешательства в составе комплексного лечения.

- Ортогнатическая хирургия – при скелетных аномалиях прикуса
- MARPE, SARPE – при трансверзальных аномалиях при невозможности аппаратурного лечения.
- Компактостеотомия альвеолярного отростка – ускорение ортодонтического лечения за счет феномена регионарного ускорения.
- Коррекция аномалийных уздечек, анкилоглоссии.
- Удаление зубов, раскрытие коронок ретинированных зубов

**Ответ к вопросу № 66**

**Функциональный метод** – нормализация функций глотания, жевания, дыхания, речи, мышц самостоятельно или с привлечением соответствующих специалистов (ЛОП-врачей, логопедов). Наиболее эффективен в детском возрасте.

**Ответ к вопросу № 67**

Основным направлением ортодонтической подготовки к проведению ортогнатической хирургии является декомпенсация зубоальвеолярных аномалий и нормализация положения зубов в зубных рядах. Это обеспечивается следующими путями:

- Выравнивание формы зубных рядов
- Устранение ротации и наклонов зубов
- Нормоклинация резцов верхней и нижней челюсти
- Сопоставление зубных и скелетных центров обеих челюстей
- Нормализация кривых Шпее и Уилсона на обеих челюстях
- При отсутствии зубов – сохранение места для будущего протезирования
- Получение множественных фиссурно-бугорковых контактов на контрольных моделях.

**Ответ к вопросу № 68**

Планирование ортогнатических операций включает в себя:

- Анализ окклюзии – гипсовка моделей в артикулятор при помощи лицевой дуги или перенос цифровых треков движения челюсти в цифровой артикулятор.
- Антропометрия, цефалометрия и анализ эстетических параметров лица в фас и профиль при помощи телерентгенограмм и фотографий либо при помощи компьютерного обеспечения Dolphin Imaging.
- Компьютерная томография ЧЛЮ для выявления объема операции, состояния ВНЧС и других структур.

- Загрузка всех предоперационных данных в программу Dolphin Imaging, дублирование профилометрических, краниометрических и гнатометрических точек в цифровом формате.
- Лабораторное моделирование ортогнатической операции с целью сопоставления моделей челюстей в окклюзии, необходимой после проведения операции. Фиксация полученного прикуса.
- Перемещение полученного прикуса в цифровой формат и привязка его к ранее загруженным данным в Dolphin Imaging.
- Разметка будущих линий остеотомии по данным КЛКТ, моделирование интраоперационных перемещений челюстей в желаемое положение.
- Анализ полученного положения относительно данных ТРГ и эстетических параметров лица.
- Получение моделей накусочных шаблонов для непосредственного проведения ортогнатической операции.
- Печать накусочных шаблонов при помощи 3D DLP печати.

### Ответ к вопросу № 69

**Лицевые признаки:** выстояние верхней челюсти, недоразвитие или скошенность направленного кзади подбородка. Верхняя губа укорочена и только при большом напряжении смыкается с нижней (симптом наперстка), иногда два верхних центральных резца резко выступают из-под верхней губы, а нижняя губа выворочена и подходит под эти зубы. Подбородочная складка резко выражена. Нарушение функции глотания.

**Ротовые признаки:** верхние передние зубы стоят далеко впереди нижних зубов, нижние зубы, таким образом, не смыкаются с верхними, а расположены кзади и имеется промежуток между нижними и верхними зубами в переднезаднем направлении. Вследствие сдвига назад всего нижнего зубного ряда, в том числе и моляров, нет правильного мезио-дистального смыкания первых моляров. Происходит нарушение функции жевания

**Нарушенное носовое и возникающее ротовое дыхание** приводят к тому, что ребенок держит рот открытым и вследствие разности атмосферного давления в ротовой и носовой полостях свод неба вытягивается кверху и принимает готическую форму. Так же происходит заднее смещение мышц дна полости рта, в результате чего сужаются дыхательные пути, что проявляется в виде ночного апноэ.

### Ответ к вопросу № 70

- наследственность
- неправильное положение ребенка во время сна (на одном боку, подкладывание руки кулака под щеку)
- вредные привычки (подпирание щеки рукой, сосание пальцев, щек, языка, воротника)
- атипичное расположение зачатков зубов и их ретенция, задержка смены временных зубов постоянными
- нарушение последовательности прорезывания зубов
- нестершиеся бугры молочных зубов
- неравномерные контакты зубных рядов
- раннее разрушение и потеря молочных моляров, нарушение носового дыхания
- неправильное глотание, бруксизм, некоординированная деятельность жевательных мышц
- нарушение кальциевого обмена в организме
- гемиатрофия лица
- травма
- воспалительные процессы и обусловленные ими нарушения роста челюсти
- анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

- одностороннее укорочение или рост тела челюсти, задержка роста
- остаточные дефекты на небе после уранопластики
- новообразования челюстей

### Ответ к вопросу № 71

Принципы хирургического лечения скелетной формы вертикальной резцовой дизокклюзии:

- рекомендована специальная ортодонтическая подготовка, заключающаяся в создании промежутков (трем) между зубами, где планируется последующая остеотомия челюсти с целью предотвращения повреждения корней зубов
- проведение двусторонней межкортикальной скользящей остеотомии нижней челюсти (BSSO).
- проведение остеотомии верхней челюсти по типу Le Fort I.
- проведение сегментарной остеотомии верхней челюсти с ротацией фронтального фрагмента в составе четырех или шести зубов для предотвращения рецидива в послеоперационном периоде.
- проведение остеотомии подбородочного отдела с проведением гениопластики по эстетическим показаниям.

### Ответ к вопросу № 72

Протокол ортогнатической операции при лечении ассиметричных аномалий прикуса включает в себя:

- разрез мягких тканей в области переходной складки от зубов 3.5 и 4.5 дистальнее до середины крылочелюстной складки.
- скелетирование передней и внутренней частей ветви, наружной части тела нижней челюсти с обеих сторон.
- проведение двусторонней межкортикальной скользящей остеотомии нижней челюсти при помощи пьезохирургической установки, реципрокной пилы и долот. Контроль сохранности нижних альвеолярных нервов. Мобилизация дистального фрагмента.
- установка промежуточного хирургического шаблона, фиксация прикуса, устранение костных интерференций, мешающих постановке проксимальных фрагментов.
- репозиция проксимальных фрагментов в центральное соотношение и проведение остеосинтеза титановыми минипластинами 2.0 мм.
- снятие тяг и промежуточного шаблона, проверка стабильности остеосинтеза и положения мышечек.
- рассечение мягких тканей по переходной складке верхней челюсти от 1.5 до 2.5, скелетирование переднелатеральной поверхности верхней челюсти.
- проведение остеотомии верхней челюсти по типу Le Fort I при помощи пьезохирургической установки, реципрокной пилы и долот. Мобилизация верхней челюсти.
- установка финального хирургического шаблона, фиксация прикуса, устранение костных интерференций.
- остеосинтез верхней челюсти титановыми минипластинами 2.0 мм. В зоны диастазов установлены костные блоки, полученные при остеотомии нижней челюсти. Фиксация перегородки носа в анатомическое положение. Контроль расширения крыльев носа швом викрил 3/0
- рассечение мягких тканей от зуба 3.3 до 4.3, скелетирование подбородочного отдела нижней челюсти. Остеотомия подбородка и устранение его ассиметричного положения. Остеосинтез титановыми минипластинами 2.0 мм.
- в зоны диастазов нижней челюсти внесена смесь ксеногенного костного материала и аутогенной костной стружки в соотношении 50/50. Раны послойно ушиты гликолоном 5/0.

**Ответ к вопросу № 73**

Показания к проведению гениопластики:

- врожденные или приобретенные дефекты подбородочной области - асимметрия, недоразвитие подбородка, аномалии прикуса (в сочетании с проведением ортогнатической хирургии), лицевого скелета;
- изменение формы и размера подбородка после травм, глубоких ожогов, химического воздействия;
- неправильно сросшиеся переломы нижней челюсти;
- перенесенные оперативные вмешательства по поводу лечения анкилоза ВНЧС;
- возрастные изменения (птоз, формирование второго и последующего подбородков);
- слишком массивный, удлиненный, короткий или маленький подбородок;
- скошенная форма подбородочной области;
- чрезмерно глубокая подбородочная ямка;
- общая неудовлетворенность формой и объемом подбородка.

**Ответ к вопросу № 74**

Предрасполагающие экзогенные факторы развития злокачественных новообразований:

- механические - состояние зубного ряда (разрушенные зубы) и наличие вредных привычек; характер ответной реакции слизистой оболочки зависит от силы и длительности механического воздействия.
- физические - различные термические воздействия, а также микротоки, возникающие при наличии в полости рта ортопедических конструкций, изготовленных из разнородных металлов, ультрафиолетовое излучение
- химические - обилие специй, влияние различных продуктов химического производства;
- метеорологические - одновременное воздействие солнечных лучей, пыли, ветра, аэрозолей соленой воды в условиях пониженной температуры и высокой влажности воздуха;
- биологические (дрожжеподобные грибы, бледная спирохета, палочка Коха).

**Ответ к вопросу № 75**

Предрасполагающие эндогенные факторы развития злокачественных новообразований:

В развитии злокачественных образований главную роль играет иммунитет, который определяет реактивность, устойчивость к внешним неблагоприятным воздействиям. К эндогенным факторам также можно отнести различные изменения в организме человека, связанные с возрастом. Например, с возрастом в связи с дегидратацией клеток и гормональных изменений (особенно у женщин) усиливается склонность слизистой полости рта к ороговению. На процессы ороговения оказывают влияние такие заболевания, как хронические анемии, диабет, болезни желудочно-кишечного тракта, ксеростомии различной этиологии, красная волчанка, псориаз, ихтиоз. С возрастом эпителиальный покров истончается и становится более подвержен травме. В группу эндогенных факторов входит генетическая предрасположенность к определенным онкологическим заболеваниям.

**Ответ к вопросу № 76**

Под абластикой в хирургии злокачественных опухолей понимают такой способ оперирования, при котором удаляют все опухолевые (бластные) клетки в пределах здоровых тканей единым блоком вместе с лимфоузлами, препятствующий дальнейшему распространению клеток.

Антибластика — меры, направленные на уничтожение в ране оставшихся клеток злокачественной опухоли. Этой цели служат следующие мероприятия:

- раннее и тщательное лигирование венозных сосудов, в том числе и небольших, отводящих кровь от опухоли;

- обкладывание пораженного органа марлевыми салфетками, частая смена инструментов и перчаток;
- применение электроножа и электрокоагуляции;
- одноразовое использование салфеток.
- промывание раны ацетоном, этиловым спиртом, сулемой, эфиром, цитотоксичными препаратами;
- пред- и постоперационное облучение.

### Ответ к вопросу № 77

Классификация предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта.

#### С высокой частотой озлокачествления (облигатные)

- Болезнь Боуэна.

#### С малой частотой озлокачествления (факультативные)

- Лейкоплакия абразивная и веррукозная.
- Папилломатоз.
- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
- Постлучевой стоматит.

### Ответ к вопросу № 78

Классификация предраковых заболеваний красной каймы губ.

#### С высокой частотой озлокачествления (облигатные).

- Болезнь Боуэна.
- Бородавчатый предрак красной каймы.
- Абразивный хейлит Манганотти.
- Предраковый гиперкератоз.

#### С малой частотой озлокачествления (факультативные).

- Лейкоплакия веррукозная.
- Кератоакантома.
- Кожный рог.
- Папиллома с ороговением.
- Эрозивная и гиперкератотическая формы красной волчанки, красного плоского лишая.
- Постлучевой хейлит.

### Ответ к вопросу № 79

Лечение абразивного преанцерозного хейлита Манганотти направлено на эпителизацию хронической эрозии и устранение раздражающих факторов. При необходимости показано рациональное протезирование. Консервативное лечение продолжается от 1 до 2 недель и включает устранение травмы, применение витамина А местно и внутрь по 10 капель масляного раствора 3 раза в сутки, аппликации гормональных мазей, а также 5 % метилурациловой, солкосерилевой мазей и других кератопластиков. При неэффективности консервативного лечения проводят иссечение патологического очага.

### Ответ к вопросу № 80

- I–II стадия (низкозлокачественные опухоли): полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям);
- I–II стадия (средне/высокозлокачественные опухоли): радикальное хирургическое вмешательство на первичном очаге с послеоперационной дистанционной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр (РОД 2 Гр) + профилактическое облучение регионарных лимфатических узлов на стороне пораженной железы в СОД 50 Гр (РОД 2 Гр). При аденокистозной карциноме в зону облучения включают ложе удаленной опухоли

и ближайшие черепно-мозговые нервы (регионарные интактные лимфатические узлы не облучаются)

### Ответ к вопросу № 81

- III–IV стадия (резектабельные): удаление опухоли и проведение радикальной шейной лимфодиссекции на стороне поражения с послеоперационной лучевой терапией на ложе удаленной опухоли в СОД 60–70 Гр и область регионарных лимфатических узлов на стороне поражения в СОД 50–60 Гр.
- При наличии в краесечении опухоли умеренной и низкой степени дифференцировки может проводиться одновременная химио- и лучевая терапия.
- Для лечения нерезектабельных опухолей проводится одновременно химио- и лучевая терапия. Если после завершения лечения опухоль становится резектабельной, возможно выполнение радикального хирургического вмешательства.

### Ответ к вопросу № 82

**Показания:** рак нижней губы I стадии (T1); подозрение на метастаз в подбородочной области; необходимость выполнения расширенной биопсии лимфоузлов подбородочной или подчелюстной областей.

**Границы операционного поля:** верхняя – нижний край нижней челюсти; нижняя – уровень подъязычной кости; латеральные – задние брюшки двубрюшных мышц (как правило операция выполняется одномоментно с двух сторон).

**Объем удаляемых тканей:** обе подчелюстные слюнные железы; клетчатка; лимфатические узлы обеих подчелюстных и подбородочной областей.

### Ответ к вопросу № 83

**Показания:** рак нижней губы, кожи лица (T2-3), передних отделов полости рта, щеки, саркома нижней челюсти.

**Границы операционного поля:** верхняя – нижний край нижней челюсти с соответствующей стороны; нижняя – уровень верхнего края щитовидного хряща; медиальная – средняя линия шеи; латеральная – передний край кивательной мышцы. Операция часто выполняется одномоментно с обеих сторон.

**Объем удаляемых тканей:** клетчатка, фасции, лимфоузлы в вышеуказанных границах; содержимое подчелюстных и подбородочного треугольников. В отличие от операции Ванаха при ВШЭ удается убрать бифуркационные лимфоузлы, в которые очень часто метастазируют злокачественные опухоли челюстно-лицевой области.

### Ответ к вопросу № 84

**Показания:** профилактическое иссечение лимфоузлов при злокачественных опухолях дистальных отделов полости рта (высока частота обнаружения субклинических метастазов); наличие нескольких небольших или одиночных подвижных метастазов.

**Границы операционного поля:** верхняя – нижний край нижней челюсти; нижняя – верхний край ключицы; медиальная – средняя линия шеи; латеральная – передний край трапециевидной мышцы. Операция может быть выполнена как с одной, так и одномоментно с обеих сторон шеи (это ее достоинство по сравнению с операцией Крайля).

**Объем удаляемых тканей:** в блоке удаляют клетчатку, лимфатические узлы, подчелюстные слюнные железы, фасции в указанных границах.

### Ответ к вопросу № 85

**Показания:** множественные метастазы в глубокие лимфоузлы шеи; наличие ограниченно подвижных метастазов, спаянных с кивательной мышцей, стенкой яремной вены, стенками фасциальных футляров.

**Границы операционного поля:** верхняя – нижний край нижней челюсти; нижняя – верхний край ключицы; медиальная – средняя линия шеи; латеральная – передний край трапецевидной мышцы. Операция может быть выполнена как с одной, так и одновременно с обеих сторон шеи

**Объем удаляемых тканей:** в блоке удаляют клетчатку, лимфатические узлы, подчелюстные слюнные железы, фасции в указанных границах, кивательная мышца, внутренняя яремная вена, добавочный нерв.

#### **Ответ к вопросу № 86**

Стадия 1: небольшая опухоль, ограниченная слизистой оболочкой одной из стенок гайморовой пазухи без деструкции кости и регионарных метастазов.

Стадия 2:

- а) опухоль поражает одну или две стенки гайморовой пазухи, вызывая очаговую деструкцию их костной структуры, но не выходит за пределы пазухи. Регионарных метастазов нет;
- б) опухоль той же или меньшей распространенности, но с одиночным смещаемым регионарным метастазом на стороне поражения.

#### **Ответ к вопросу № 87**

Стадия 3:

- а) опухоль распространяется на смежные анатомические области: глазницу, полость носа, решетчатый лабиринт, твердое небо, альвеолярный отросток верхней челюсти с разрушением костной структуры. Регионарных метастазов нет;
- б) опухоль той же или меньшей распространенности, но с множественными регионарными метастазами на стороне поражения или двусторонними.

Стадия 4:

- а) опухоль прорастает кожу лица, вторую верхнюю челюсть, носоглотку, крылонебную ямку или основание черепа. Регионарных метастазов нет;
- б) опухоль любой распространенности с несмещаемыми регионарными или отдаленными метастазами.

#### **Ответ к вопросу № 88**

В отношении к хирургическому методу лучевая терапия может быть предоперационной, интраоперационной и послеоперационной. Облучение может быть наружным (близкофокусным, когда источник расположен на расстоянии 1,5—25 см от поверхности облучения; дальнедистанционным при расстоянии от 30 см до 4 м и контактным, когда источник излучения находится на облучаемой поверхности) и внутренним.

Наружное облучение проводится с помощью рентгено-, телегаммаустановок, бетатрона, циклотрона, линейного ускорителя.

Внутреннее облучение бывает внутритканевым и внутрисполостным (радиоактивные иглы). В первом случае источник находится в опухоли или ране после ее удаления, во втором — в полости, например, гайморовой.

#### **Ответ к вопросу № 89**

Цитостатики (химиопрепараты) блокируют отдельные звенья биохимических механизмов роста и деления клеток.

Противоопухолевые препараты объединены в несколько групп:

- алкилирующие, которые замещают атом водорода в опухолевой клетке, нарушая ее жизнедеятельность;
- антиметаболиты — являются ингибиторами клеточных ферментов;
- алкалоиды — приводят к денатурации клеточных белков и остановке митоза;
- противоопухолевые антибиотики — продукты жизнедеятельности грибов — подавляют синтез нуклеиновых кислот;

- гормональные препараты — стероидные гормоны, проникая в клеточные ядра, нарушают синтез нуклеиновых кислот.

### Ответ к вопросу № 90

Доброкачественные	Злокачественные
1. Гистологически практически не отличаются от материнских тканей	1. Выраженный клеточный атипизм, низкая дифференцировка тканей
2. Экспансивный рост – растут в виде замкнутой массы, раздвигая и оттесняя ткани	2. Инфильтрирующий рост - не как одно целое, а в виде инфильтрирующих участков в соседние ткани.
3. Не инфильтрируют окружающие ткани	3. Прорастают и разрушают окружающие ткани.
4. Медленный рост	4. Быстрый рост
5. Могут достигать больших размеров.	5. Редко достигают больших размеров (летальные исходы)
6. Ограничены от окружающих тканей капсулой	6. Не имеют отграничения с окружающими тканями, часто спаяны
7. Редко изъязвляются.	7. Часто изъязвляются.
8. Не дают метастазов.	8. Дают метастазы.
9. Не дают рецидивов при адекватном лечении	9. Часто дают рецидивы даже при адекватном лечении
10. Практически не влияют на общее состояние пациента	10. Вызывают резкий упадок сил, кахексию, паранеопластический синдром.

### Ответ к вопросу № 91

Фиброзная дисплазия (ФД) — это доброкачественное заболевание, при котором костная ткань замещается фиброзной тканью и бессистемно распределенными костными трабекулами. У пациентов может наблюдаться поражение одной кости (монооссальная - МФД), нескольких костей (полиоссальная - ПФД) или проявляться как синдром Олбрайта, который классически определяется триадой: ПФД, кожных пятен цвета кофе с молоком и эндокринопатий, включая преждевременное половое созревание. ФД вызывается соматическими активирующими мутациями в  $\alpha$ -субъединице стимулирующего G-белка, кодируемого геном GNAS.

ФД чаще всего ведет себя как вялотекущее образование. Деформация лица и прилегающих структур, таких как зрительный нерв, глазное яблоко, носовые дыхательные пути, VII черепной нерв, косточки среднего уха и зубов, происходят постепенно и незаметно. У детей раннего возраста и подростков препубертатного периода поражения могут демонстрировать быстрый рост, расширение кортикальной кости и смещение соседних структур. При быстром росте и оттеснении других анатомических образований возможно проявление функциональных нарушений.

На КЛКТ определяется экспансивное поражение губчатой кости различной плотности в виде очагов просветления и затемнения (матового стекла). При вовлечении кортикальных пластинок происходит их утолщение и оттеснение. Стенки околоносовых пазух утолщаются, но не меняют своей конфигурации.

### Ответ к вопросу № 92

Классификация сосудистых аномалий.

#### Сосудистые опухоли

- Гемангиомы – инфантильные, быстро регрессирующие врожденные, нерегрессирующие врожденные.

- Гемангиоэндотелиомы – капошиформная, ангиобластома.
- Ангиосаркомы

#### **Сосудистые мальформации**

- Капиллярные – капиллярные мальформации, эссенциальная телеангиэктазия, наследственная геморрагическая телеангиэктазия, капиллярные мальформации артериовенозных мальформаций, синдром Стерджа-Вебера.
- Венозные – венозные мальформации, венозные мальформации кожи и слизистых оболочек, венозные гломус-мальформации, синдром Бина
- Лимфатические – лимфатические мальформации, первичные лимфедемы.
- Артериальные – артериовенозные мальформации, артериовенозные фистулы.
- Синдромные мальформации – синдром Клиппеля-Треноне, синдром Маффуччи, CLOBES-синдром, синдром Паркса-Вебера.

#### **Ответ к вопросу № 93**

Гигантоклеточный эпулис встречается преимущественно у женщин в возрасте 30-40 лет, наиболее часто во время беременности. Иногда выявляется у детей. Образование темно красного цвета мягкой консистенции, локализуется в области клыков и премоляров нижней челюсти, обычно на щечной поверхности десны, иногда может иметь вид песочных часов, выступая и в точную, и в язычную стороны. Рентгенологически в зоне эпулиса отмечается разрежение костной ткани. По строению идентичен центральной гигантоклеточной опухоли, иногда с формированием костных перекладин в центральных отделах.

#### **Ответ к вопросу № 94**

Фиброзный эпулис - очаговое разрастание мягких тканей величиной 1-2 см в диаметре, выступающее над уровнем десны. Микроскопически обнаруживаются пучки зрелой соединительной ткани и небольшое количество кровеносных сосудов. Периваскулярно располагаются скудные или более густые инфильтраты, в которых преобладают плазматические и лимфоидные клетки. Поверхность эпулиса покрыта многослойным плоским эпителием, нередко подвергающимся изъязвлению в результате травмы зубами. Соответственно месту изъязвления наблюдается развитие грануляционной ткани. Иногда в центральных отделах фиброзного эпулиса отмечается формирование очагов остеогенеза видны отложения остеонидного вещества, окруженного остеобластами, в дальнейшем формируются костные перекладины с отложением солей кальция.

#### **Ответ к вопросу № 95**

Эпулис чаще наблюдается в детском и юношеском возрасте. Макроскопически представляет собой мягкотканное разрастание красного цвета, легко кровоточащее при дотрагивании. Микроскопически характеризуется скоплениями сосудов мелкого калибра типа капилляров или венул, разделенных тонкими прослойками соединительной ткани. Ангиоматозный эпулис отличается от капиллярной или венозной ангиомы. Соединительнотканнные прослойки, как правило, инфильтрированы преимущественно плазматическими клетками. Ангиоматозные эпулисы часто подвергаются изъязвлению, в зоне которого отмечается развитие грануляционной ткани. После удаления они рецидивируют чаще, чем фиброзные эпулисы.

#### **Ответ к вопросу № 96**

**Цистэктомия** - радикальная операция, при которой удаляют всю эпителиально-соединительнотканную оболочку кисты с ушиванием раны с использованием слизисто-надкостничного лоскута.

**Цистотомия** - операция, при которой удаляют переднюю стенку кисты с созданием условий для длительного сообщения с преддверием или собственно полостью рта в целях устранения основного механизма роста кисты - повышенного гидростатического давления.

**Ответ к вопросу № 97**

Лечение всегда хирургическое. При удалении доброкачественных опухолей околоушной железы нужно обязательно сохранять анатомическую целостность лицевого нерва.

При доброкачественных опухолях околоушной железы традиционно применяют четыре основных метода их удаления, три из которых являются органосохраняющими, и при всех операциях сохраняется анатомическая целостность лицевого нерва:

- Выделение опухоли по ее оболочке (энуклеация);
- Частичная паротидэктомия;
- Субтотальная паротидэктомия (поверхностная, глубокая);
- Тотальная паротидэктомия.

Выбор конкретного вида операции зависит не только от гистологической формы новообразования. Определяющим моментом также являются топографо-анатомическая локализация и размер опухоли, особенности клинического течения. Поэтому при одной и той же гистологической форме опухоли объем выполняемой операции может быть различным.

**Ответ к вопросу № 98**

Срединные кисты шеи возникают по средней линии между подъязычной костью и щитовидным хрящом. Имеют вид опухоли округлой или овальной формы, мягковатой консистенции, безболезненны, размером до 5 см. Кожа не изменена, определяется флюктуация при пальпации, связана с подъязычной костью. Содержимое – тягучая светло-серая жидкость с элементами эпителия, единичными лейкоцитами.

Полные срединные свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (корень языка). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее. Боковая киста шеи – округлая, безболезненная, эластичная, медленно растущая опухоль верхней трети шеи, по внутреннему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. Она примыкает к внутренней яремной вене, кожа над ней не изменена.

Полные боковые свищи шеи имеют 2 отверстия: одно наружное на шее, другое в полости глотки (небная миндалина). Неполные свищи имеют одно отверстие – наружное или внутреннее.

**Ответ к вопросу № 99**

Клиническая картина: фиброма представляет собой плотное образование, покрытое неизменной слизистой оболочкой, безболезненное, округлой формы, мягкое или плотное при пальпации. Фиброма имеет четкие границы, по цвету она либо совсем не отличается от кожи, либо имеет светло-розовый оттенок. Причины возникновения фибром четко не определены, но на данный момент можно точно сказать, что немаловажную роль играет наследственность.

Лечение: хирургическое, иссечение опухоли в пределах здоровых тканей с последующим морфологическим исследованием.

**Ответ к вопросу № 100**

- Превалирующие концепции относительно желательного внешнего вида в обществе, в котором он живет.
- Отношение окружающих людей, с которыми контактирует ежедневно.
- Тип личности индивидуума, в частности, преобладание конформной (ведомой), зависимой или истерической натуры.
- Тенденция к поиску сверхкоррекции дефицита или избытка той или иной части тела, что и явилось причиной озабоченности пациента.
- Символическое значение для индивидуума некоторых черт внешности.
- Преходящие влияния (люди, интересы, отношения, физическое состояние или настроение).

- Собственное эстетическое чувство. На самооценку пациента, безусловно, влияют и соответствующие времени тенденции, особенно в рекламе.

### Ответ к вопросу № 101

Фронтальная проекция – оценка поперечных и вертикальных размеров лица и общей асимметрии. Оценивают соотношение битемпральной, скуловой, бигониальной и подбородочной ширины, а также в совокупности с высотой лица определяют форму лица. Обязательно необходимо обращать внимание на наличие незначительных асимметрий, поскольку часто пациенты не обращают на них внимание до операции, но могут обратить после.

Базальная проекция – дополнительная оценка общей симметрии лица. Так же оценивают форму основания носа, проекцию кончика носа и глазных яблок, форму скуловых дуг и подбородка.

Косая проекция – могут использоваться повороты головы, в зависимости от необходимой области. Оцениваются височная, скуловая, глазничная, щечная, параназальная, предушная и нижнечелюстная области.

Проекция в профиль – оцениваются общая высота лица; высота верхней, средней и нижней третей лица, высота области лба, глазниц, носа, губ, подбородка. В сагиттальной плоскости оценивают проекцию орбит, скул, корня и кончика носа, губ, подбородка, базального края челюсти и очертания шеи. Также оценивается тип профиля (вогнутый, выпуклый, прямой и т.д.).

Помимо этого, в профиль оценивают лицевые углы – носолобный, носолицевой, носоподбородочный, подбородочно-шейный, носогубный и подбородочно-губной.

### Ответ к вопросу № 102

- Поднятие лоскута мягких тканей
- Первичное вмешательство на кончике
- Первичное вмешательство на спинке
- Формирование перегородки носа
- Формирование носовых раковин
- Остеотомии – проводят латеральную, медиальную или парамедиальную остеотомию костной пирамиды
- Окончательное формирование спинки носа
- Окончательное формирование и позиционирование кончика носа
- Формирование комплекса кончик носа–верхняя губа
- Закрытие ран, формирование основания крыльев
- Наложение повязок -при наличии кровотечений производят переднюю тампонаду до 24 ч.

### Ответ к вопросу № 103

- Лагофтальм при проведении верхней блефаропластики.
- Птоз верхнего века, связанный с повреждением апоневроза мышцы, поднимающей верхнее веко, во время проведения верхней блефаропластики.
- Лагофтальм, вызванный мальпозицией нижнего века.
- Длительное слезотечение.
- Симптомокомплекс «сухого глаза».
- Типичная деформация верхнего и нижнего век, связанная с избыточным удалением ретросептального жира.

### Ответ к вопросу № 104

- Исправление всех нарушений пропорций, особенно отстояние в верхней части ушной раковины (некоторое отстояние в средней и нижней частях может быть приемлемым).
- Анфас завиток обеих ушных раковин должен быть виден из-за противозавитка как

минимум до середины ушной раковины и желательна на всем протяжении.

- Обеспечить ровный и гладкий контур противозавитка по всей его длине.
- Заушное углубление не должно быть слишком уменьшено, а его форма не должна быть нарушена.
- Предупреждение избыточного прижатия ушной раковины к голове. Расстояние от наружного края завитка до кожи сосцевидного отростка должно быть 10-12 мм у верхушки, 16-18 мм в средней части и 20-22 мм в нижней трети.
- Обеспечение симметрии обеих раковин, т. е. расстояние от латерального края до головы в симметричных точках должно быть примерно одинаковым. Допустимая разница менее 3 мм.

### **Ответ к вопросу № 105**

Местные кожные лоскуты формируются из тканей, непосредственно прилегающих к дефекту, при этом кожа совпадает по цвету, текстуре, оволосению, толщине с кожей реципиентного места.

Местные лоскуты бывают двух типов:

1. Лоскуты, ротированные вокруг точки вращения (ротационные, транспозиционные, и интерполированные лоскуты).
2. Выдвижные лоскуты (простой выдвижной лоскут на одной ножке, V-Y-лоскут, выдвижной лоскут на двух ножках).

### **Ответ к вопросу № 106**

Скользкие лоскуты. Все скользкие лоскуты двигаются непосредственно вперед, закрывая дефект, без какой-либо ротации и отклонений по оси.

- Простой скользящий лоскут на ножке (французский) - прямоугольный или квадратный лоскут кожи и подкожной ткани, растягивающийся вперед, скольжение лоскута обеспечивается эластичностью кожи и иссечением треугольников у основания лоскута.
- При V-Y пластике производится V-образный разрез, после чего участок кожи сдвигают, а рану зашивают по форме буквы Y.
- Скользящий лоскут на двух ножках может быть сформирован путем нанесения двух разрезов параллельно длинной оси дефекта. Кожу, находящуюся между разрезом и дефектом, мобилизуют и сдвигают, закрывая дефект.

Скользкие лоскуты могут быть применены только для закрытия небольших дефектов, т. к. чрезмерное натяжение ухудшает кровоток в лоскуте.

### **Ответ к вопросу № 107**

- Ход швов от адвентициального слоя к интима должен быть вертикальным.
- Работа с сосудом производится только с захватом за адвентициальную оболочку.
- Избегать наложения множества швов.
- Не допускать прокручивания иглы в стенке сосуда; игла в ходе ее прохождения совершает дугообразное движение точно по форме иглы. Проведение иглы через все слои стенки сосуда должно совпадать с ее кривизной для избегания прорезывания стенки.
- Необходимо использовать гладкий сосудистый пинцет для осторожного раскрытия спазмированного сосуда или для его растяжения.
- Наложение анастомоза выполняется до реперфузии.
- Первоначально необходимо снимать клеммы с вен лоскута или реплантированного сегмента.
- Внимательно осматривать область анастомоза, используя длинные концы швов-держалок.
- При наличии небольших дефектов в стенке сосуда с пульсирующим кровотоком необходимо накладывать дополнительные швы.

- После реперфузии применяют орошение области анастомоза теплым физиологическим раствором и раствором папаверина для расширения сосуда и купирования спазма.

### Ответ к вопросу № 108

Аутогенная костная ткань – является золотым стандартом при выполнении костных пластик. Аутогенная губчатая кость обладает непосредственно остеогенными и остеоиндуктивными свойствами, имеет превосходную структуру для остеокондукции. Кортикальная кость имеет более высокие прочностные характеристики (используется в качестве жестких каркасов), но уступает губчатой по остеоиндуктивным и остеокондуктивным свойствам.

Аллогенные костные материалы – обладают остеокондуктивными и, в меньшей степени, остеоиндуктивными свойствами. Остеоиндуктивный потенциал аллогенных трансплантатов зависит от возраста донора, методики обработки и стерилизации.

Ксеногенные костные материалы – представляют собой депротеинизированную кость крупного рогатого скота. Обладают в основном остеокондуктивными свойствами, которая зависит от структуры материала.

Аллопластические костные материалы – являются искусственно синтезированными, как правило, на основе солей кальция. Обладают слабовыраженными остеокондуктивными свойствами. Чаще всего, вместо получения регенерата, синтетические материалы инкапсулируются соединительной тканью.

### Ответ к вопросу № 109

- После инфильтрационной анестезии области вмешательства на верхней челюсти проводят разрез посередине альвеолярного гребня. В основании вестибулярного лоскута делается послабляющий разрез надкостницы.
- В области нижней челюсти разрез выполняют посередине альвеолярного гребня или аналогично вестибулопластике по Казаньяну.
- После отслаивания лоскута поверхность кости полностью освобождают от мягких тканей, определяют размер дефекта и изготавливают шаблон с помощью которого на нижней челюсти выпиливают костный трансплантат с области наружной кривой линии или подбородка. В донорскую зону укладывается коллагеновая губка.
- Далее проводят истончение кортикальных костных блоков, при этом получают дополнительный объем костной стружки. Использование тонких блоков и аутогенной стружки способствует лучше реваскуляризации.
- Затем костному блоку придают нужную форму дефекта и фиксируют как минимум двумя винтами. Пространство между блоком и принимающим ложем плотно заполняют костной стружкой для профилактики врастания мягких тканей. В основании лоскута проводят послабляющий разрез надкостницы для герметичного ушивания раны без натяжения.

### Ответ к вопросу № 110

- Разрез производят по середине альвеолярного отростка до ретромолярной области, медиально делают послабляющий вертикальный разрез в области 1-2 зубов. Вестибулярно лоскут отслаивают минимум на 5 мм ниже слизисто-десневого соединения (выделяя подбородочный нерв), язычно – до челюстно-подъязычной линии.
- Кость освобождают от остатков мягких тканей и перфорируют в нескольких местах для улучшения реваскуляризации регенерата.
- Мембрану с жестким каркасом вырезают по форме дефекта с перекрытием не менее 2 мм, при этом она не должна контактировать с зубами. Мембрана должна быть конгруэнтна будущему объему костной ткани
- Далее производят фиксацию мембраны с язычной стороны короткими винтами или пинами (2-3 штуки). Далее под мембрану упаковывают аутогенную костную стружку в сочетании с ксеногенным материалом в пропорции 70% на 30%.
- Уложенный материал перекрывают мембраной и фиксируют мезиально к костной

перегородке между первыми двумя зубами, прилегающими к дефекту. Далее мембрану так же фиксируют 1-2 кнопками или винтами

- Далее проводится мобилизация язычного лоскута на всем протяжении (особенно медиально) для адекватного сопоставления краев раны без натяжения. Мобилизуют вестибулярный лоскут путем рассечения надкостницы и эластических волокон.
- Производят ушивание раны, начиная с сопоставления вертикальных разрезов по линии слизисто-десневого соединения для сохранения архитектоники тканей в области зубов. Далее производят двухрядное ушивание лоскутов без натяжения – горизонтальными матрацными и узловыми швами или датским швом. Затем окончательно ушивают вертикальные разрезы и, в последнюю очередь, десневые сосочки.

#### **Критерии оценивания итогового собеседования:**

**«Отлично»** - всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании, изложении и использовании учебно-программного материала.

**«Хорошо»** - полное знание учебного материала, основной рекомендованной к занятию. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.

**«Удовлетворительно»** - знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендованной к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимым знаниями для их устранения под руководством преподавателя.

**«Неудовлетворительно»** - обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускаются принципиальные ошибки при ответе на вопросы.