

**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  
**31.08.74 Стоматология хирургическая**

Квалификация  
**«Врач – стоматолог-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 2024-2025 учебный год**

Новосибирск, 2024

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



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

Б.В. Шеплев  
доктор медицинских наук  
«25» марта 2024 г

Протокол № 3 от «25» марта 2024 г

**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. 8-42).

**Ответы к ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ ПО ДИСЦИПЛИНЕ  
«СТОМАТОЛОГИЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ»**

1 - е	13 - е	25 - б	37 - е	49 - б	61 - б	72 - d	84 - a	96 - d	109 - b	121 - a
2 - е	14 - с	26 - а	38 - а	50 - d	62 - а	73 - b	85 - b	97 - b	110 - с	122 - с
3 - с	15 - а	27 - а	39 - d	51 - а	63 - а	74 - с	86 - а	98 - d	111 - а	123 - d
4 - е	16 - d	28 - с	40 - б	52 - б	64 - d	75 - а	87 - с	99 - а	112 - а	124 - а
5 - е	17 - d	29 - с	41 - d	53 - б	65 - d	76 - с	88 - с	100 - b	113 - а	
6 - е	18 - б	30 - б	42 - с	54 - d	66 - d	77 - d	89 - d	101 - с	114 - а	
7 - е	19 - е	31 - а	43 - б	55 - с	67 - а	78 - d	90 - с	102 - а	115 - d	
8 - d	20 - с	32 - с	44 - б	56 - б	68 - а	79 - d	91 - b	103 - b	116 - а	
9 - а	21 - а	33 - а	45 - а	57 - с	69 - а	80 - d	92 - b	104 - d	117 - а	
10 - е	22 - е	34 - с	46 - а	58 - а	70 - а	81 - с	93 - с	105 - с	118 - b	
11 - b	23 - с	35 - б	47 - с	59 - б	71 - d	82 - b	94 - d	106 - с	119 - b	
12 - с	24 - б	36 - б	48 - е	60 - б	72 - b	83 - d	95 - b	107 - с	120 - b	

**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 – с	6 – с	11 – d	16 – с	21 – b
2 – b	7 – b	12 – b	17 – с	22 – d
3 – с	8 – с	13 – с	18 – с	23 – а
4 – d	9 – с	14 – с	19 – а	24 – d
5 – d	10 – d	15 – d	20 – b	25 – а

**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. 43-53).

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

1. Методы обследования: рентгенография нижней челюсти в прямой и боковой проекции, КТ, в затруднительных случаях биопсия.
2. Достоверные клинические признаки корневой кисты: это наличие безболезненного вздутия кости, «причинного зуба», симптом «пергаментного хруста».
3. Очаг разряжения с четкими контурами имеет связь с «причинным» зубом или с несколькими зубами, однокамерный.

4. С новообразованиями (остеобластокластома, амелобластома, саркома Юинга), хроническим оссифицирующим периоститом, хроническим продуктивным остеомиелитом.
5. Osteobластокластома, амелобластома, саркома Юинга.
6. При подозрении на наличие новообразования ЧЛЮ (при наличии данных клинико-рентгенологического обследования) необходимо срочно направлять ребенка в онкодиспансер.

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

1. Слабовирулентная бактериальная флора, снижение общей резистентности организма, отсутствие адекватного лечения острой стадии остеомиелита.
2. Гнойно-некротическими изменениями костной структуры с развитием остеонекроза и формированием секвестров.
3. Показанием к удалению крупных секвестров, не склонных к рассасыванию, является полное формирование секвестральной капсулы (к концу 2- началу 3 месяца от начала заболевания).
4. Хирургическое лечение при хроническом деструктивном остеомиелите включает в себя удаление секвестров, погибших участков зубов, ревизию патологического очага. При подготовке к операции назначают курс противовоспалительной терапии. Для профилактики патологического перелома необходимо провести шинирование челюстей или изготовить шину-каппу.
5. С целью выявления жизнеспособности пульпы зубов, располагающихся в очаге остеомиелита.
6. Выздоровление при хроническом остеомиелите нельзя считать полным, т.к. гибель зачатков постоянных зубов приводит к вторичной адентии, гибель зон роста челюсти ведет к деформации и недоразвитию костей лицевого скелета.

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

1. Двусторонний перелом мышечковых отростков нижней челюсти.
2. После оказания неотложной помощи возможно амбулаторное лечение.
3. Рентгенография лицевого скелета в прямой и боковых проекциях.
4. План лечения: иммобилизация нижней челюсти пращевидной повязкой как дополнение при использовании шины-каппы из быстротвердеющей пластмассы.
5. Сроки фиксации отломков у детей 1-3 лет - 3-4 недели.
6. Благоприятный исход- формирование неоартроза, консолидация перелома, неблагоприятные - воспалительные осложнения, гибель головки сустава с формированием костного анкилоза, замедление роста челюсти, зубочелюстные деформации.

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

1. Этиологический фактор: одонтогенный верхушечный воспалительный процесс. Хроническое воспаление кист приводит к развитию кист, больших гранулем, которые при нагноении дают клинику острого воспалительного процесса. При обострении хронического воспаления теряются контуры как гранулемы, так и кист.
2. Хронический воспалительный верхушечный процесс (киста, гранулема) в стадии обострения. Гнойное расплавление капсулы (острый гнойный периостит альвеолярного отростка небной поверхности).
3. Небная поверхность
4. Дифференциальный диагноз:
  - а) обострение хронического периодонтита;
  - б) киста с нагноением;
  - в) остеомиелит;
  - г) периостит.
5. Лечебные мероприятия:
  - а) адекватное обезболивание;
  - б) удаление корня 1.2 зуба (как источника инфицирования);

- в) вскрытие абсцесса со стороны неба;
  - г) антисептическая обработка;
  - д) дренирование;
  - е) медикаментозное лечение (ферменты, антибиотики), марлевые повязки с лекарственными веществами (гипертонический раствор, йодоформ).
6. Для адекватного дренирования следует иссечь фрагмент слизистой оболочки неба.

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

1. Развивается в результате длительного прорезывания 38 зуба в связи с плотностью слизистой оболочки над зубом, частой травмой зубами-антагонистами, самой слизистой, при которой формируется небольшие гематомы, способные разгнаиваться при попадании под слизистую остатков пищи и тем самым создавать благоприятные условия для развития патологического процесса. Воспаление распространяется на жевательные мышцы и в силу анатомических особенностей формирование флегмон и абсцессов околоушно-жевательной, поднижнечелюстной области, челюстно-язычного желобка, крылочелюстного пространства, дна полости рта.
2. Перикоронарит. Воспалительный инфильтрат околоушно-жевательной области
3. Общее лечение: противовоспалительная, обезболивающая, десенсибилизирующая терапии.  
Местное лечение:
  - хирургическое лечение;
  - смена дренажа и обработка раны;
  - антисептические полоскания полости.
4. Следует дифференцировать с острым одонтогенным остеомиелитом нижней челюсти и с одонтогенной флегмоной околоушно-жевательной области.
5. Зависит от того, возможно ли сохранение зуба.
  - а) противовоспалительная терапия, рассечение капюшона, дренирование;
  - б) при невозможности сохранения зуба, индекс Руденко < 29-удаление зуба после снятия воспалительных явлений.
6. Мягкие ткани, окружающие зуб и околоушно-жевательной области.

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

1. Острый гнойный остеомиелит от 25 зуба.
2. Разрежение костной ткани с ровными или неровными контурами.
3. План лечения:
  - адекватное обезболивание,
  - удаление 25,
  - вскрытие абсцесса,
  - интенсивная терапия (дезинтоксикационная, десенсибилизирующая, противовоспалительная терапии).
4. Показаниями к адекватному обезболиванию вплоть до общего обезболивания является распространенность гнойного процесса на челюстную кость и необходимость широкой периостеотомии.
5. Медикаментозные препараты, необходимые для лечения: антибиотики, антигистаминные, кровезаменители (гемодез и т.п.), анальгетики и т.п.

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

1. Рентгенография придаточных пазух.
2. Пластика перегородки одним из известных способов.
3. Удаление корня путем гайморотомии в экстренном порядке и противовоспалительная терапия.

4. Потенцированное местное обезболивание, регионарное, необходима йодоформная турунда.
5. Общий наркоз, либо анестезия по Вайсблату.

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

1. Флегмона височной области.
2. Инфицирование происходит чаще гематогенным или лимфогенным путем, что подтверждает условие задачи, т.к. фурункулы всегда сопровождаются нарушением микроциркуляции в том числе и тромбообразование с флебитами и тромбфлебитами.
3. Все в этой локализации выделяют три клетчаточных пространства.
4. Общее обезболивание.
5. Разрез дугообразный в локализации прикрепления височной мышцы по ее верхнему краю. Предварительно вся эта кожа освобождается от волос.
6. Восстановление дефекта м/т из-за сокращения височной мышцы, также профилактики остеомиелита при глубоких флегмонах. Мышца фиксируется в месте ее отсечения, а на рану накладывают вторичные швы.

#### **Ответ к Экзаменационному билету II ЭТАПА № 9**

1. Ретенция (полная), дистопия.
2. Показано удаление 38 в связи с неправильным положением в альвеолярном отростке, травмой периодонта 37.
3. Разрушенная коронка, скученность зубов, поддержание воспаления мягких тканей вокруг зуба, вероятность инфицирования клетчаточных пространств.
4. Торусальная анестезия, в отдельных случаях (нестабильность психики, отказ от местной анестезии, непереносимость местных анестетиков), показано общее обезболивание.
5. Обработка операционного поля антисептиком, адекватная анестезия, отслаивание слизисто-надкостничного лоскута, трепанация наружной кортикальной пластинки, высвобождение коронки зуба или его частей из окружающей кости, собственно удаление зуба, туалет костной раны, сглаживание краев раны, в зависимости от клинической ситуации заполнение лунки костеобразующими препаратами или тампон с противовоспалительными препаратами. Наложение швов, гипотермия тканей с помощью пузыря со льдом в течение первых суток 40 мин. – охлаждает, 20 мин. – перерыв.

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

1. Электроодонтометрия.
2. Внутривисочная контактная рентгенография, компьютерная томограмма
3. На рентгенограмме определяется укорочение коронки зуба за счет смещения ее назад, верхушка корня определяется ниже уровня проекции соседних зубов. Передняя стенка альвеолы с нечеткими краями в связи с ее повреждением, возможен перелом корня зуба.
4. Возможно восстановление (реплантация 21) после эндодонтического лечения.
5. Восстановление удерживающей функции периодонта путем создания благоприятных условий для регенерации, исключение нагрузки на зуб во время лечения и в период реабилитации.
6. Необходим контроль: ЭОМ и рентгенография.

#### **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 ½ вопросов, выполнены менее ½ 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. 54-57).

#### Ответ к вопросу № 1

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

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

#### Ответ к вопросу № 2

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

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

Процесс стерилизации включает несколько этапов:

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

#### Ответ к вопросу № 3

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

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

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

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

#### Ответ к вопросу № 4

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

зависеть от концентрации вазоконстриктора в составе препарата.

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

### **Ответ к вопросу № 5**

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

*К местным осложнениям относятся:*

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

### **Ответ к вопросу № 6**

*К общим осложнениям относятся:*

1. Психогенная реакция
2. Аллергические реакции включают в себя:
  - Крапивница
  - Отёк Квинке
  - Анафилактический шок
  - Обморок
  - Коллапс
3. Токсические реакции на раствор анестетика
4. Гипертонический криз
5. Ишемия миокарда
6. Аритмия
7. Астматический статус
8. Судорожные состояния;
9. Гипогликемическая кома. Кетоацидотическая кома
10. Острая дыхательная недостаточность

### **Ответ к вопросу № 7**

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

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

*К срочному удалению зуба прибегают при гнойном воспалительном процессе в периодонте.*



По неотложным показаниям удаляют зубы, являющиеся источником инфекции при остром остеомиелите, а также периостите, околочелюстном абсцессе и флегмоне, синусите, лимфадените, когда они не подлежат консервативному лечению или не представляют функциональной ценности.

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

### **Ответ к вопросу № 8**

*Показания к плановому удалению зуба следующие:*

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

### **Ответ к вопросу № 9**

*Противопоказания:*

- сердечно-сосудистые (прединфарктное состояние и время в течение 3-6 мес после перенесенного инфаркта миокарда, гипертоническая болезнь II и III степени, в том числе в период криза, ишемическая болезнь сердца с частыми приступами стенокардии, пароксизм мерцательной аритмии, пароксизмальная тахикардия, острый септический эндокардит и др.);
- острые заболевания паренхиматозных органов - печени, почек, поджелудочной железы;
- геморрагические диатезы; заболевания, протекающие с геморрагическими симптомами (острый лейкоз, агранулоцитоз);
- острые инфекционные заболевания;
- заболевания центральной нервной системы (острое нарушение мозгового кровообращения, менингит, энцефалит);
- психические заболевания в период обострения (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, эпилепсия).

### **Ответ к вопросу № 10**

*Местными противопоказаниями к удалению зуба являются:*

- острая лучевая болезнь I-III стадии;
- заболевания слизистой оболочки полости рта (язвенно-некротические гингивиты, стоматиты);
- поражения слизистой оболочки полости рта при таких заболеваниях, как скарлатина, туберкулез, сифилис, лепра, вирусные процессы (герпесы, ВИЧ-инфекция, грибковые инфекции);

- аллергические и токсикоаллергические заболевания;
- предраковые заболевания (облигатные и факультативные) и опухоли (доброкачественные и злокачественные).

### **Ответ к вопросу № 11**

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

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

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

### **Ответ к вопросу № 12**

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

При переломе корня зуба необходимо продолжить вмешательство и удалить его.

### **Ответ к вопросу № 13**

Перелом и вывих соседнего зуба могут произойти, если этот зуб поражен кариозным процессом или недостаточно устойчив и его используют в качестве опоры во время работы элеватором. При переломе соседнего зуба надо решить вопрос о целесообразности его сохранения и возможности дальнейшего консервативного лечения. При неполном вывихе следует укрепить зуб шиной, при полном вывихе произвести реплантацию. Если при реплантации зуб подвижен, можно попытаться укрепить его в кости эндодонтоэндоексальным имплантатом - стабилизатором. Также при невозможности сохранить зуб его удаляют с немедленной установкой имплантата в альвеолу.

### **Ответ к вопросу № 14**

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

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

Если сгусток в лунке сразу не образовался, то на ее устье накладывают небольшой йодоформный тампон и фиксируют его шелковыми швами к краям десны или делают каппу.

Через несколько часов после операции лунка заполняется кровью, образуется сгусток. Тампон сохраняется в течение 5 - 7 дней. В этот период сгусток в лунке организуется, разорванная слизистая оболочка пазухи спаивается и начинает рубцеваться.

### **Ответ к вопросу № 15**

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

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

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

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

### **Ответ к вопросу № 16**

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

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

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

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

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

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

### **Ответ к вопросу № 17**

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

*Показания:*

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

*Противопоказания:*

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

### Ответ к вопросу № 18

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

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

### Ответ к вопросу № 19

*Лицевой нерв* - седьмая пара черепно-мозговых нервов. Является двигательным нервом, иннервирующим мимические мышцы лица, мышцы свода черепа, мышцу стремени, подкожную мышцу шеи, шилоподъязычную мышцу и заднее брюшко двухбрюшной мышцы. Кроме двигательных волокон нерв несет вкусовые (для языка) и секреторные волокна (для слюнных желез дна полости рта).

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

### Ответ к вопросу № 20

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

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

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

### Ответ к вопросу № 21

#### *Факторы риска*

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

- сахарный диабет;
- инфекции (грипп, туберкулез, гепатит, ВИЧ);

- онкологические заболевания;
- химические зависимости (алкогольная, наркотическая, токсическая).

### **Ответ к вопросу № 22**

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

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

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

### **Ответ к вопросу № 23**

#### *Одонтогенный периостит*

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

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

### **Ответ к вопросу № 24**

#### *Одонтогенный остеомиелит*

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

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

### **Ответ к вопросу № 25**

#### *Одонтогенный синусит*

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

### **Ответ к вопросу № 26**

#### *Одонтогенные абсцессы и флегмоны*

Около 57% гнойных инфекций мягких тканей головы и шеи имеют стоматогенную этиологию. Одонтогенные абсцессы обычно локализуются в подглазничной, щечной, подчелюстной, около-ушной области. Сопровождаются появлением припухлости в области лица или шеи, гиперемией кожи над гнойником. При поверхностном абсцессе ощущается симптом флюктуации. Отмечается локальная боль и пульсация в проекции гнойника. Признаки интоксикации выражены умеренно.

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

### **Ответ к вопросу № 27**

#### *Одонтогенный лимфаденит*

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

### **Ответ к вопросу № 28**

#### *Хирургическое лечение*

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

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

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

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

### **Ответ к вопросу № 29**

#### *Консервативная терапия*

Параллельно с хирургическими мероприятиями назначают массивную антибиотикотерапию с учетом выделенной микрофлоры, по показаниям вводят антимикотические препараты. Не утратили своей актуальности при одонтогенных инфекциях сульфаниламиды, нитрофураны. Проводят дезинтоксикационную, десенсибилизирующую терапию, витаминотерапию. В рамках иммунокоррекции вводят нативную и гипериммунную плазму, гамма-глобулин, осуществляют аутогемотерапию.

Из методов физиотерапии используют УВЧ, флюктуоризацию, СВЧ-терапию, УФО, гелий-неоновый лазер. Возможно проведение гипербарической оксигенации, плазмафереза, гемосорбции.

**Ответ к вопросу № 30**

Принципы пародонтальной хирургии:

1. *Хирургическое вмешательство должно быть:*

- простым в выполнении
- предсказуемым
- эффективным

2. *Необходимо учитывать:*

- соотношение кератинизированной и некератинизированной десны
- топографию подлежащей костной ткани
- возраст пациента
- наличие (отсутствие) системной патологии (сахарный диабет, порок сердца, заболевания щитовидной железы)

3. *Разрезы должны быть четкими и ровными*

**Ответ к вопросу № 31**

*Требования к лоскутам:*

- максимальное сохранение зоны прикрепленной десны.
- обеспечение хорошего доступа и визуализации,
- не вовлечение прилегающих здоровых участков,
- не должно происходить нежелательного обнажения кости, так как это может привести к возникновению рецессий,
- основание лоскута не должно быть уже его корональной части (обеспечение адекватной васкуляризации),
- обеспечение, по возможности, заживления раны первичным натяжением,
- тщательное иссечение патологически измененных тканей для создания условий быстрого заживления,
- надежная фиксация.

**Ответ к вопросу № 32**

1. Вмешательства, направленные на устранение пародонтального кармана (ПК):

*Репаративные:*

- кюретаж ПК закрытый;
- кюретаж ПК открытый;
- лоскутные операции;

*Регенеративные:*

- направленная регенерация тканей пародонта.

*Резекционные:*

- гингивэктомия,
- апикально смещенный лоскут;
- гемисекция, ампутация корня, туннелирование (вмешательства в области фуркаций).

2. Вмешательства, направленные на устранение патологического строения мягких тканей преддверия полости рта (мукогингивальные пластические операции):

- пластика уздечек и тяжей (френулопластика по Лимбергу и Гликману);
- вестибулопластика (по Кларку, по Эдлану-Мейхеру);
- операции по устранению рецессий.

**Ответ к вопросу № 33**

Наличие пародонтального кармана является показанием к включению в комплексную терапию хирургического метода лечения. В зависимости от глубины пародонтального кармана и степени деструкции костной ткани, производят хирургическое лечение или комбинированную терапию.

При пародонтите легкой степени показаны кюретаж и его модификации, при средней и тяжелой - лоскутные операции.

Гингивотомию и гингивэктомию применяют при лоскутных операциях и самостоятельно для ликвидации симптомов заболевания: вскрытия пародонтальных абсцессов, перевода острой стадии в хроническую, иссечения гипертрофированных десневых сосочков при отсутствии выраженных пародонтальных карманов.

При локализованных поражениях пародонта, обусловленных анатомо-морфологическими особенностями зубочелюстной системы, производят иссечение коротких уздечек, тяжей, углубление мелкого преддверия полости рта, увеличение ширины прикрепленной десны.

Полное разрушение альвеолярного отростка до верхушки зуба является показанием к удалению зуба. Если разрушение одностороннее, имеются благоприятные условия для сохранения альвеолярного отростка после остеопластики или гемисекции. Удаление зуба показано при деструкции костной ткани более чем на 2/3 длины корня при подвижности зубов III-IV степени.

### **Ответ к вопросу № 34**

Противопоказания делятся на общие и местные, абсолютные и относительные.

*Общие противопоказания:*

- заболевания крови (гемофилия),
- активная форма туберкулеза,
- онкологическая патология,
- системный остеопороз в активной фазе,
- некомпенсированные формы тяжелых соматических заболеваний (сахарный диабет),
- заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек,
- беременность.

*Относительные противопоказания:*

- острые инфекционные заболевания (грипп, ангина),
- низкий уровень гемоглобина в крови.

*Местные противопоказания:*

- неудовлетворительная гигиена полости рта,
- патология прикуса, неподлежащая коррекции,
- наличие не устраненной травматической окклюзии,
- деструкция костной ткани более чем на 2/3 – 3/4 длины корня при подвижности зубов III-IV степени,
- фиброзно-измененная или истонченная десна.

### **Ответ к вопросу № 35**

Гингивотомия – рассечение десны.

*Показания:*

- пародонтальный абсцесс,
- глубокие и узкие пародонтальные карманы.

*Методика проведения:*

- местная анестезия,
- вертикальным разрезом рассекают стенку кармана на всю глубину,
- распатором отсепааровывают края рассеченного десневого края,
- кюретами снимают зубные отложения, дезэпителизируют внутреннюю поверхность отслоенных лоскутов,
- проводят антисептическую обработку зубодесневого кармана,
- лоскуты укладывают на прежнее место и фиксируют швами.

В настоящее время данную методику используют редко из-за высокого риска формирования глубоких рецессий.



**Ответ к вопросу № 36**

Снятие отложений - удаление налета и камней с поверхности зуба.

Сглаживание поверхности корня - устранение мелких сохранившихся частичек конкрементов цемента, контаминированного эндотоксинами, а также выравнивание резорбционных лакун, т.е. обеспечение твердой и гладкой поверхности корня.

Выполнение этих методик является неотъемлемым этапом при лечении пародонтита и приводит к снижению воспаления десны и остановке прогрессирования заболевания.

Кюретаж - удаление внутреннего слоя эпителия, эпителиального прикрепления и подлежащей воспаленной соединительной ткани с внутренней поверхности кармана. Это закрытая хирургическая процедура.

Задача кюретажа – устранение пародонтальных карманов за счет формирования рубца. Для этого необходимо удалить зубные отложения, грануляционную ткань, эпителий внутренней поверхности кармана. В результате образования кровяного сгустка происходит рубцовое сморщивание пародонтального кармана.

**Ответ к вопросу № 37**

*Показания:*

- надкостные пародонтальные карманы, возникшие в результате отека,
- поверхностные карманы (глубиной до 4 мм),
- этап подготовки к проведению хирургического вмешательства с целью улучшения качества тканей для дальнейшей работы с ними.
- прогрессирующая потеря прикрепления или альвеолярной кости.

*Местные противопоказания:*

- гнойное выделение из кармана, наличие абсцесса,
- избыток фиброзной ткани, так как она плохо прирастает к зубу,
- глубокие карманы,
- вовлечение в патологический процесс области фуркаций,
- воспаление слизистой оболочки полости рта,

**Ответ к вопросу № 38**

*Методика:*

- дезинфекция: полоскание полости рта раствором хлоргексидина для снижения количества микроорганизмов,
- местная анестезия,
- скейлинг: удаление мягких твердых отложений с поверхности корня, для этого используют ультразвуковые скейлеры и кюреты,
- сглаживание поверхности корня: нивелирование колонизованных бактериями лакун в цементе,
- кюретаж: удаление эпителия кармана. Для удаления грануляций и вросшего эпителия с внутренней поверхности десневой стенки на наружный край ее устанавливают палец и кюретами удаляют патологические ткани «по пальцу». Затем полируют поверхность корня, проводят антисептическую обработку зубодесневого кармана и прижимают десневую стенку к поверхности зуба. Сформировавшийся кровяной сгусток является источником клеток репаративного ряда периодонта,
- орошение операционного поля изотоническим раствором хлорида натрия,
- компрессия краев десен, при необходимости наложение повязки.

Восстановление и эпителизация происходят 7-10 дней, созревание коллагеновых волокон на 21 день. Запрещается зондирование кармана в течение 3 недель, чтобы не нарушать процесс организации соединительной ткани.

**Ответ к вопросу № 39**

*Результат*

- сокращение количества кровоточащих участков после зондирования кармана,
- уменьшение глубины кармана,
- значительное сокращение количества карманов, в которых необходимо провести обширные хирургические вмешательства,
- изменение поддесневой микрофлоры (снижение подвижных палочек и спирохет, колонизованных пародонтальные патогенов *V. Forsythus*, *P. Gingivalis*).

Недостатками этой манипуляции являются затрудненный обзор операционного поля, невозможность использования оптимизаторов остеогенеза, образование рваных ран.

#### **Ответ к вопросу № 40**

Существуют несколько типов имплантации:

*Внутрислизистая (инсерт)* - кнопочной формы имплантаты располагаются в слизистой оболочке

*Субслизистая (подслизистая)* - введение под слизистую оболочку переходной складки полости рта магнита одного полюса и соответствующее расположение базиса съемного протеза магнита противоположного полюса

*Субпериостальная (поднадкостничная)* - представляет собой индивидуальный металлический каркас с выступающими в полость рта опорами, изготовленный по оттиску с альвеолярной части челюсти и помещенный под надкостницу. Эта имплантация, как правило, применяется при невозможности провести внутрикостную имплантацию из-за недостаточной высоты альвеолярной части челюсти

*Эндодонто-эндооссальная имплантация* - проводится при подвижных зубах путем введения через корень зуба в подлежащую костную ткань винтовых или с фигурной поверхностью имплантатов в виде штифта

Эндооссальная (внутрикостная) имплантация - фиксация имплантата осуществляется за счет интеграции в костную ткань тела имплантата;

*Чрескостная имплантация* - применяется при резкой атрофии нижней челюсти. Внутрикостная часть имплантата проходит через толщу челюсти и закрепляется на базальном крае челюсти

#### **Ответ к вопросу № 41**

*Показания к дентальной имплантации:*

1. Беззубые челюсти.
2. Одиночный дефект зубного ряда при интактных зубах.
3. Дефекты зубного ряда I и II классов
4. Дефекты зубного ряда III и IV классов при наличии интактных крайних зубов.
5. Повышенная чувствительность тканей полости рта к материалу съемного протеза.
6. Высокая мотивация пациента к ранней операции.

#### **Ответ к вопросу № 42**

*Абсолютные противопоказания:*

- отсутствие анатомических условий для установки имплантата и изготовления протеза;
- хронические болезни (туберкулез, ревматизм, коллагенозы);
- заболевания крови;
- некоторые заболевания периферической и центральной нервной системы;
- аутоиммунные заболевания;
- врожденные иммунодефицитные состояния;
- нервно-психические заболевания;
- беременность и период лактации;
- проведенная лучевая и химиотерапия в течение последних 10 лет.

**Ответ к вопросу № 43**

*Относительные противопоказания:*

- сахарный диабет;
- метаболические остеопатии;
- недостаточные размеры прикрепленной десны в области установки зубного имплантата;
- недостаточный объем кости альвеолярного отростка;
- возраст пациента (нельзя устанавливать имплантаты лицам до 18 лет из-за незавершенных процессов формирования челюстей, а также не рекомендуется устанавливать имплантаты пациентам старше 65 лет, так как возникает возрастной иммунодефицит, имеются сопутствующие заболевания, которые напрямую или косвенно влияют на остеоинтеграцию имплантата);
- генерализованный пародонтит;
- аномалии прикуса;
- неудовлетворительное состояние гигиены полости рта пациента из-за плохих знаний и мануальных навыков по личной гигиене;
- предраковые заболевания в полости рта;
- заболевания височно-нижнечелюстного сустава;
- ксеростомия

**Ответ к вопросу № 44**

*Осложнения, возникающие при проведении дентальной имплантации, можно разделить на три группы:*

I группа - непосредственные осложнения (осложнения, возникающие во время операции дентальной имплантации):

- кровотечение;
- перфорация дна верхнечелюстной пазухи;
- перелом инструмента;
- повреждение стенок нижнечелюстного канала и травма нижнелуночкового нерва;
- перфорация компактного слоя нижнего и боковых отделов нижней челюсти;
- перелом стенки альвеолярного отростка.

II группа - ранние осложнения (возникают после операции и до ортопедического этапа имплантации):

- периимплантит;
- отторжение имплантата;
- перемещение внутрикостного элемента имплантата в верхнечелюстную пазуху.

III группа - поздние осложнения в период функционирования имплантатов.

**Ответ к вопросу № 45**

*Причиной отторжения имплантата по первому типу могут быть несоблюдение температурного режима во время препарирования костного ложа, изменение гормонального фона, регулирующего процесс остеогенеза.*

*Клиника:* через 7-14 дней после установки одноэтапного имплантата наблюдается его подвижность, умеренная гиперемия и отек десневой манжетки. Через 14-20 дней подвижность имплантата увеличивается.

При использовании двухэтапной методики через 14-20 дней могут появиться гиперемия, отек, свищ над внутрикостным элементом. Через 1-2 недели происходит его самопроизвольное выталкивание грануляционной тканью, после чего воспалительные явления самостоятельно купируются. Как правило, такое отторжение протекает безболезненно, сопровождается умеренным воспалением, ограниченным только окружающими имплантат тканями. Рентгенологически определяется зона деструкции кости шириной до 1 мм по периметру внутрикостной части имплантата, иногда изменение положения внутрикостного элемента.

*Лечение:* удаление имплантата (если он остается в ложе) и щадящая ревизия образовавшегося на его месте дефекта кости. Повторная имплантация, в том же участке, возможно не ранее, чем через 6-8 месяцев.

#### **Ответ к вопросу № 46**

*Отторжение имплантата по второму типу* - образование секвестра кости, включающего в себя имплантат могут быть в результате значительного нагревания кости во время препарирования костного ложа имплантата, остеосклероза участка кости с крайне низким уровнем кровоснабжения (встречается в области премоляров нижней челюсти при узких альвеолярных отростках).

*Клиника:* после операции (через 2-3 дня), пациенты жалуются на постоянную ноющую боль в области установленного имплантата. Наблюдается отек и выраженная гиперемия в области расположения имплантата. Противовоспалительное лечение эффекта не имеет, боль не прекращается. Через 2-3 недели имплантат становится подвижным. В первые 2-3 недели на рентгенограмме нет признаков резорбции или деструкции костной ткани.

*Лечение:* удаление имплантата (как правило, вместе с секвестром кости), щадящая ревизия дефекта, тампонада дефекта йодоформной турундой и курс комплексной противовоспалительной терапии.

В результате образуется дефект альвеолярного отростка, который, как правило, не позволяет провести повторную имплантацию в том же месте.

#### **Ответ к вопросу № 47**

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 № 48**

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 № 49**

В 1 периоде I фазы раневого процесса показано лечение лекарственными препаратами, оказывающие 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 № 50**

**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 № 51**

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, разможенных тканей (только если уверены на 100%),
- послойное ушивание раны с элементами первичной пластики.
- противостолбнячная сыворотка/анатоксин

**Ответ к вопросу № 52**

**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 № 53**

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 № 54**

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

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 № 55**

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, надесневая шина Порты). К внелабораторным относят назубные индивидуальные гнутые шины Тигерштедта, назубные стандартные шины Васильева, шину-капсу (изготавливают во рту из быстро твердеющей пластмассы). К ортопедическим относят назубную шину-капсу, зубонаддесневые шины Вебера, Ванкевич, надесневую шину Порты.

#### **Ответ к вопросу № 56**

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 № 57**

Показания к оперативным методам лечения переломов челюстей:

1. недостаточное число или полное отсутствие зубов;
2. подвижность зубов;
3. переломы за пределами зубного ряда при смещении отломков;
4. смещение отломков с интерпозицией мягких тканей;
5. множественные переломы;
6. комбинированные поражения;
7. сопутствующие психические заболевания;
8. крупнооскольчатые переломы нижней челюсти;
9. дефекты костной ткани.

#### **Ответ к вопросу № 58**

По локализации.

Переломы тела челюсти:

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

Переломы ветви нижней челюсти:

- собственно ветви;
- веночного 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 № 59**

Наблюдается болезненное, ограниченное открывание рта, онемение кожи в подглазничной области, верхней губы, крыла носа, кровотечение из носа, иногда — диплопия.

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;
- 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.

### **Ответ к вопросу № 60**

Консервативное лечение рекомендовано в случае перелома нижней стенки глазницы без смещения отломков, либо перелома с незначимым 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. При минимальном смещении костных отломков и отсутствии клинической симптоматики, пациент требует динамического наблюдения, с целью повторной оценки симптоматики после спадания отека

### **Ответ к вопросу № 61**

Выделяют сквозные, слепые и касательные ранения.

Огнестрельные ранения ЧЛЮ 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 № 62**

**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 № 63**

Маршрут, по которому осуществляется вынос и транспортировка поражённых (больных), 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 № 64**

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 № 65**

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 № 66**

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

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 № 67**

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 № 68**

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, 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 № 69**

Лечение абразивного преинвазивного 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 № 70**

- Полное удаление слюнной железы (субтотальная резекция околоушной слюнной железы по показаниям);
- 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 № 71**

Гигантоклеточный эпюлис 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 эпюлиса отмечается разрежение костной ткани. По строению идентичен центральной гигантоклеточной опухоли, иногда с формированием костных перекладин в центральных отделах.

#### **Ответ к вопросу № 72**

Фиброзный эпюлис - 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 эпюлиса покрыта многослойным плоским эпителием, нередко подвергающимся изъязвлению в результате травмы зубами. Соответственно месту изъязвления наблюдается развитие грануляционной ткани. Иногда в центральных отделах фиброзного эпюлиса отмечается формирование очагов остеогенеза видны отложения остеонидного вещества, окруженного остеобластами, в дальнейшем формируются костные перекладины с отложением солей кальция.

#### **Ответ к вопросу № 73**

**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 № 74**

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.

#### **Ответ к вопросу № 75**

Срединные кисты шеи возникают по средней линии между подъязычной костью и щито-

видным 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 № 76**

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 № 77**

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;
- больные более подвержены простудным заболеваниям верхних дыхательных путей.

Нарушение функции речи – ринопалалия.

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 № 78**

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 № 79**

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 — плотные тяжи, как и при III 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 № 80**

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 № 81**

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 перекрестной окклюзии).

по симметричности:

- симметричная;
- асимметричная / несимметричная.

**Ответ к вопросу № 82**

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

- Механического действия – используют силу активной части аппарата: дуга (брекет-системы), пружина, винт (пластинки с винтами, HAAS), 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 № 83**

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

- Ортогнатическая хирургия – при скелетных аномалиях прикуса
- MARPE, SARPE – при трансверсальных 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 № 84**

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

#### **Ответ к вопросу № 85**

Реабилитация ребёнка с пороками развития челюстно-лицевой области — один из самых длительных и сложных периодов.

1. Санация полости рта и профилактические осмотры каждые три месяца; ортодонтическое лечение;
2. После операции дети с пороками развития челюстно-лицевой области годами занимаются с логопедами для восстановления нормальной функции речи.
3. Формирование рубца — естественный процесс, который может продолжаться 6-8 месяцев. На протяжении всего этого времени меняется форма губы и носа: губа может подтягиваться по линии рубца, а крыло носа — к носовой перегородке. Такие изменения способствуют уменьшению диаметра носового хода и деформации носа. Необходимо соблюдать ряд простых правил:
  - пользоваться солнцезащитными кремами;
  - временно избегать поездок к морю;
  - профилактика травм;
  - назначение и использование противорубцовых средств;
  - использование носовых вкладышей для профилактики деформации носа.

#### **Ответ к вопросу № 86**

Цель физиотерапии:

1. оказать обезболивающее, гипосенсибилизирующее, противовоспалительное, противоотечное действие;
2. ликвидировать спазм сосудов;
3. стимулировать процессы костного заживления;
4. уменьшить напряжение мышц;
5. ускорить восстановление зубочелюстного аппарата.

#### **Ответ к вопросу № 87**

- **«Здоровье»** – это состояние полного физического, душевного, социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (определение ВОЗ).
- **«Охрана здоровья граждан»** — это система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами.
- **«Медицинская услуга»** – это медицинское вмешательство или комплекс медицинских вмешательств, направленных на профилактику, диагностику и лечение заболеваний, медицинскую реабилитацию и имеющих самостоятельное законченное значение.
- **«Медицинское вмешательство»** – это любая манипуляция, выполняемая медицинским работником в отношении пациента, а также любые виды медицинских обследований,

затрагивающие физическое или психическое состояние человека и имеющие профилактическую, исследовательскую, диагностическую, лечебную, реабилитационную направленность (ст. 2 Федерального закона № 323-ФЗ).

### Ответ к вопросу № 88

- **«Профилактика»** – комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающие в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния, на здоровье человека факторов среды его обитания.
- **«Диагностика»** — это способ получения знаний об оцениваемом объекте или системе. Этот метод познания предполагает исследование, изучение и определение различных характеристик, состояний, свойств и особенностей изучаемого объекта. Термин «диагноз» был заимствован из медицинской практики.
- **«Лечение»** - комплекс медицинских вмешательств, выполняемых по назначению медицинского работника, целью которых является устранение или облегчение проявлений заболевания или заболеваний либо состояний пациента, восстановление или улучшение его здоровья, трудоспособности и качества жизни.
- **«Пациент»** – это человек или другое живое существо, получающий (-ее) медицинскую помощь, подвергающийся медицинскому наблюдению и/или лечению по поводу какого-либо заболевания, патологического состояния или иного нарушения здоровья и жизнедеятельности, а также пользующийся медицинскими услугами независимо от наличия у него заболевания.

### Ответ к вопросу № 89

- **«Заболевание»** — это нарушения нормальной жизнедеятельности, возникающие в ответ на действие патогенных факторов, нарушения работоспособности, социально полезной деятельности, продолжительности жизни организма и его способности адаптироваться к постоянно изменяющимся условиям внешней и внутренней сред при одновременной активизации защитно-компенсаторно-приспособительных реакций и механизмов
- **«Основное заболевание»** — это одна или несколько нозологических единиц (заболеваний или травм), по поводу которых проводилось обследование или лечение во время последнего эпизода обращения за медицинской помощью, и записанных в терминах, предусмотренных действующими классификациями и номенклатурой болезней.
- **«Сопутствующее заболевание»** – заболевание, которое не имеет причинно-следственной связи с основным заболеванием, уступает ему в степени необходимости оказания медицинской помощи, влияния на работоспособность, опасности для жизни и здоровья и не является причиной смерти.
- **«Тяжесть заболевания»** - это не только выраженность клинической картины, но и потенциальные угрозы возможных осложнений, а также прогноз. Если руководствоваться точкой зрения авторов, то в случае летального исхода главным экспертом по оценке тяжести состояния больного может оказаться патологоанатом, поскольку он даёт заключительное определение о причине смерти пациента.
- **«Качество медицинской помощи»** - это совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата.

**Ответ к вопросу № 90**

Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи. (в ред. Федерального закона от 22.10.2014 N 314-ФЗ) Статья 19.

**Ответ к вопросу № 91**

Оказание медицинской помощи (медицинское освидетельствование, госпитализация, наблюдение и изоляция) без согласия граждан или их законных представителей допускается в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, или лиц, совершивших общественно опасные деяния, на основаниях и в порядке, установленных законодательством Российской Федерации.

**Ответ к вопросу № 92**

«Получая высокое звание врача и приступая к профессиональной деятельности, я торжественно клянусь:

- Честно исполнять свой врачебный долг, посвятить свои знания и умения предупреждению и лечению заболеваний, сохранению и укреплению здоровья человека.
- Быть всегда готовым оказать медицинскую помощь, хранить врачебную тайну, внимательно и заботливо относиться к пациенту, действовать исключительно в его интересах независимо от пола, расы, национальности, языка, происхождения, имущественного и должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям, а также других обстоятельств.
- Проявлять высочайшее уважение к жизни человека, никогда не прибегать к осуществлению эвтаназии.
- Хранить благодарность и уважение к своим учителям, быть требовательным и справедливым к своим ученикам, способствовать их профессиональному росту.
- Доброжелательно относиться к коллегам, обращаться к ним за помощью и советом, если этого требуют интересы пациента, и самому никогда не отказывать коллегам в помощи и совете.
- Постоянно совершенствовать свое профессиональное мастерство, беречь и развивать благородные традиции медицины».

**Ответ к вопросу № 93**

Виды медицинской помощи:

- Первая помощь (первую медицинскую помощь). Цель — спасение жизни пораженных, а также предупреждение или уменьшение тяжелых последствий поражения.
- Доврачебная (фельдшерская) помощь. Её оказывают средние медицинские работники в непосредственной близости от места поражения. Назначение — борьба с угрожающими жизни расстройствами, защита ран от вторичного инфицирования и контроль правильности оказания первой помощи.
- Первая врачебная помощь. Её оказывают врачи бригад скорой медицинской помощи, врачебно-сестринских бригад и врачи общего профиля. Основные задачи — борьба с угрожающими жизни пострадавшего явлениями, профилактика осложнений и подготовка раненых к дальнейшей эвакуации.
- Квалифицированная медицинская помощь. Её оказывают врачи-специалисты хирургического и терапевтического профилей для устранения тяжёлых угрожающих жизни последствий и осложнений поражения.

- Специализированная медицинская помощь. Её оптимальный срок оказания — 24–72 часа с момента поражения.

#### **Ответ к вопросу № 94**

«**Временная нетрудоспособность**» - невозможность выполнять служебные функции в связи с болезнью, беременностью и родами. За период В.Н. рабочие, служащие получают пособие по социальному страхованию. Основанием для начисления пособия является листок **нетрудоспособности**, выдаваемый лечебным учреждением.

#### **Ответ к вопросу № 95**

«**Медицинская демография**» — это отрасль медицинской науки, которая изучает взаимосвязь между демографическими процессами (рождаемостью, смертностью, миграцией) и состоянием здоровья населения. Она включает в себя:

- анализ демографических данных;
- определение влияния демографических факторов на здоровье и долголетие людей;
- изучение причин смертности и факторов, влияющих на качество жизни людей.

Медицинская демография помогает разрабатывать меры профилактики и лечения различных заболеваний с учётом демографических особенностей населения. Также она позволяет планировать потребности в медицинском обеспечении с учётом изменений в структуре населения и его возрастном составе.

#### **Ответ к вопросу № 96**

Для изучения стоматологической заболеваемости среди населения проводят эпидемиологическое стоматологическое обследование. Оно включает три последовательных этапа:

1. Подготовительный период.
2. Обследование.
3. Анализ его результатов.

Обследование проводят в нескольких районах города или региона, которые отличаются климатогеографическими особенностями, состоянием экологии, наличием или отсутствием промышленных предприятий, содержанием фтора в питьевой воде и т.д. При этом должны быть отдельные данные о городском и сельском населении.

После осуществления обследования все результаты сводят в таблицы. По ним судят о наличии стоматологических заболеваний и потребности в терапевтическом, хирургическом, ортопедическом и ортодонтическом лечении и профилактике.

Эпидемиологическое обследование рекомендуется проводить 1 раз в 5 лет.

#### **Ответ к вопросу № 97**

Реальные учебные возможности как пациента, так и врача зависят от умения выделять существенное в изучаемом материале, самостоятельности мышления, навыков и умения рационально планировать учебную деятельность, осуществлять самоконтроль в учении и выполнять в должном темпе основные учебные действия, позитивного отношения к учению, интереса к здоровью и здоровому образу жизни; сознательности дисциплины, настойчивости при выполнении учебных требований; работоспособности; образовательной подготовленности по предлагаемой тематике, от приемлемости для его личности педагогических воздействий, наконец, от участия в процессе воспитания семьи пациента.

#### **Ответ к вопросу № 98**

Укрепление здоровья (педагогический смысл) — овладение индивидом в процессе воспитания стратегиями и навыками самосохранительной деятельности, способствующими достижению здоровья и (или) улучшению качества жизни у больных людей, а также в ориентации на здоровый образ жизни.



**Ответ к вопросу № 99**

Процесс воспитания пациента для врачей, как и для педагогов, выглядит как последовательное решение ряда педагогических ситуаций. Например,: стимулирование самосохранительной деятельности у пациента; выбор формы самосохранительного поведения; риск для здоровья в повседневной жизнедеятельности или исключительных обстоятельствах; решение проблемных задач при ЗОЖ; самооценка самосохранительной деятельности; самокритики самосохранительной или саморазрушительной деятельности; подчинения и убеждения в процессе изменения самосохранительных установок; ограничения в жизнедеятельности (режима, питания, привычек и т.д.); игровые ситуации (для анализа самосохранительных компетенций, стереотипов, установок); освоение новых способов деятельности.

**Ответ к вопросу № 100**

Цикл воспитательной деятельности врача состоит из системы действий по реализации процесса воспитания. Он включает в себя следующие этапы: педагогическая диагностика пациентов и определение задач воспитания; планирование воспитательной деятельности (определение содержания, выбор методов, форм); организация и реализация педагогического взаимодействия; оценка результатов педагогического взаимодействия врача и пациента.

**Ответ к вопросу № 101**

Воспитание основ самосохранительной деятельности (ССД) должно быть целенаправленным и строиться в соответствии с требованиями общества, перспективами его развития, отвечать его потребностям. И при этом быть реалистичным, то есть учитывать социальные, культурные и прочие возможности индивида в контексте его общественной жизни.

**Ответ к вопросу № 102**

Данный принцип требует организации многостороннего педагогического влияния на личность пациента через систему целей, содержания, средств воспитания с учетом максимально возможного числа факторов воспитательного процесса.

**Ответ к вопросу № 103**

Гуманистический принцип регламентирует отношения врача и пациента и предполагает, что эти отношения строятся на доверии, взаимном уважении, авторитете врача, сотрудничестве и доброжелательности. Гуманистические принципы предполагают, что врач, осуществляющий воспитательную работу, верит в положительные результаты воспитания и может развить у пациента стремление к самосохранительной деятельности.

**Ответ к вопросу № 104**

Выбор средств и методов работы с конкретными пациентами осуществляется в зависимости от их возрастных особенностей и индивидуальных различий (темперамента, характера, уровня интеллекта, особенностей воспитания и образования). Более молодые, гибкие в организации деятельности, отзывчивые и жизнерадостные пациенты с хорошим интеллектом и высоким уровнем культуры будут успешнее осваивать методы формирования и развития основ ССД. Пациенты старшего возраста охотнее используют методы ССД, опыт применения которых имеется у них самих или авторитетных для них личностей независимо от их профессиональной принадлежности

**Ответ к вопросу № 105**

Школа здоровья для пациентов и лиц с факторами риска является организационной формой профилактического группового консультирования. Школа здоровья – это совокупность средств и методов индивидуального и группового воздействия на пациентов и население,

направленная на повышение уровня их знаний, информированности и практических навыков по профилактике заболеваний и повышения качества жизни, сохранению здоровья.

#### **Ответ к вопросу № 106**

Лекция характеризуется наибольшей емкостью переработанной лектором информации. За небольшой период времени лектор должен изложить новый, большой материал. Обычно для чтения лекций предполагается большая аудитория. В лекционном материале исключаются медицинские термины и рекомендации по применению конкретных лекарственных препаратов. Для обучения пациентов и населения могут быть использованы следующие виды лекций: лекция-беседа, или «диалог с аудиторией», является наиболее распространенной и сравнительно простой формой активного вовлечения пациентов в обучающий процесс; проблемная лекция – сообщение пациенту информации, которая заставляет его задуматься и сделать выводы; бинарная лекция – учебный материал проблемного содержания дается слушателям в живом диалогическом общении двух лекторов между собой (например, теоретиком и практиком, сторонником или противником той или иной точки зрения).

#### **Ответ к вопросу № 107**

##### **Основные задачи Всероссийской службы медицины катастроф:**

- быстрое реагирование, мобилизация материально-технических средств и персонала Службы на ЧС различного характера в целях спасения жизни и сохранения здоровья наибольшего числа людей путём оказания им всех видов медицинской помощи своевременно и в полном объёме;
- ликвидация эпидемических очагов;
- создание резерва материальных запасов медицинского имущества и оборудования;
- обучение оказанию медицинской помощи гражданам, в том числе медицинской эвакуации, при ЧС.

#### **Ответ к вопросу № 108**

##### **Основные направления деятельности Всероссийской службы медицины катастроф:**

- проведение судебно-медицинской экспертизы погибших, идентификации их тел и останков, проведение судебно-медицинского освидетельствования пострадавших в ЧС для оценки степени тяжести полученных ими повреждений и прогноза их трудоспособности;
- сохранение здоровья личного состава Службы, организация проведения ему медицинской реабилитации;
- организация проведения комплекса мероприятий по медицинской защите населения;
- разработка и внедрение в практику здравоохранения организационных, методических и научных основ медицинского обеспечения населения в ЧС;
- проведение научно-исследовательской и научно-методической работы по совершенствованию ВСМК;
- международное и межтерриториальное сотрудничество в области медицины катастроф.

#### **Ответ к вопросу № 109**

**Лечебно-эвакуационное обеспечение (ЛЭО)** пострадавших в ЧС - это система, взаимосвязанных мероприятий по осуществлению пострадавшим медицинской сортировки, оказанию им медицинской помощи в районе ЧС с последующей эвакуацией и лечением, согласно предназначению, в медицинские организации, находящиеся за его пределами.

**Ответ к вопросу № 110**

**Первая помощь (ПП)** оказывается пострадавшим на месте получения повреждения или вблизи него в порядке само- и взаимопомощи, либо помощи, оказываемой персоналом аварийно-спасательных формирований (АСФ) или другими участниками спасательных работ с использованием табельных или подручных средств.

**Ответ к вопросу № 111****Основные мероприятия по медицинской защите:**

- содействие в обеспечении индивидуальными средствами профилактики поражений (антидотами, радиопротекторами, средствами специальной обработки и т.п.), медицинскими препаратами для оказания первой медицинской помощи, а также участие в обучении правилам и приемам пользования ими;
- проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению или снижению отрицательного воздействия поражающих факторов ЧС;
- разработку (на основе оценки обстановки, сложившейся в ЧС) и выполнение комплекса мероприятий по медицинской защите населения и спасателей;
- участие в психологической подготовке населения и спасателей;
- организацию и соблюдение санитарного режима на этапах медицинской эвакуации, контроль радиоактивного и химического загрязнения пораженных (больных) и спасателей, а также выполнение других защитных мероприятий в формированиях и учреждениях Всероссийской службы медицины катастроф и МСГО.

**Ответ к вопросу № 112**

К общим медико-техническим требованиям относятся требования, специфичные для учреждений здравоохранения и реализуемые во всех проектах. К специальным относятся требования, зависящие от природных факторов (сейсмичность, вечная мерзлота, низкие грунтовые воды и т.д.), от региона застройки (близость АЭС, химически опасных объектов, взрыво- и пожароопасных объектов и т.д.), от типа учреждения (больница, поликлиника, станция переливания крови и т.д.). Для некоторых категорий больниц при их планировке необходимо предусмотреть площадку для посадки вертолетов (самолетов), обязательно обеспечить возможность отдельного въезда и выезда прибывающего в ЛПУ автотранспорта, а также оборудовать приспособления для погрузки и выгрузки больных. При отводе земельного участка под строительство ЛПУ учитывается «роза ветров».

**Ответ к вопросу № 113**

**Военный конфликт** - любое столкновение, противоборство, форма разрешения противоречий между государствами, народами, социальными группами с применением военной силы. В зависимости от целей сторон и масштабных показателей, таких, как пространственный размах, привлекаемые силы и средства, напряженность вооруженной борьбы, военные конфликты могут быть разделены на ограниченные (вооруженные конфликты, локальные и региональные войны) и неограниченные (мировая война).

**Ответ к вопросу № 114**

**Вооруженный конфликт** - одна из форм разрешения противоречий с применением средств вооруженного насилия, при котором государства, вовлеченные в конфликт, не переходят в особое состояние, определяемое как война. К вооруженным конфликтам относятся различные военные инциденты, военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба (низкой интенсивности) с применением регулярных или нерегулярных вооруженных формирований, при которых акт формального объявления войны отсутствует, а вооруженная борьба ограничивается пределами операционного направления.

**Ответ к вопросу № 115**

**Локальная война** - ограниченный военный конфликт, в котором военные действия не выходят за пределы территории воюющих стран, а вооруженная борьба ограничивается пределами одного-двух стратегических направлений.

**Ответ к вопросу № 116**

**Локальный вооруженный конфликт** - военные акции и другие вооруженные столкновения незначительного масштаба на ограниченной территории.

**Ответ к вопросу № 117**

**Разделы микробиологии:** бактериология, микология, вирусология и т. д.

**В составе обширной науки микробиологии выделяют разделы:**

\*Общая микробиология – изучает закономерности жизнедеятельности всех групп микроорганизмов, выясняет роль и значение в природном круговороте.

\*Частная микробиология – изучает систематику бактерий, возбудителей отдельных заболеваний и методы их лабораторной диагностики.

Предметом изучения микробиологии являются бактерии, плесневые грибы, дрожжи, актиномицеты, риккетсии, микоплазмы, вирусы. Но поскольку вирусы абсолютно не могут существовать без живого организма, изучением их занимается самостоятельная наука, называемая «вирусологией».

**Ответ к вопросу № 118**

**Согласно современной систематике, микроорганизмы относятся к трём царствам:**

Vira — к ним относятся вирусы.

Eucariotae — к ним относятся простейшие и грибы.

Procariotae — к ним относятся истинные бактерии, риккетсии, хламидии, микоплазмы, спирохеты, актиномицеты.

Основные отличия прокариот от эукариот состоят в том, что прокариоты не имеют:

- морфологически оформленного ядра (нет ядерной мембраны и отсутствует ядрышко), его эквивалентом является нуклеоид, или генофор;
- сетчатого аппарата Гольджи;
- эндоплазматической сети;
- митохондрий.

**Ответ к вопросу № 119**

**Вид** — совокупность микроорганизмов, имеющих общий корень происхождения и максимально близкие фенотипические признаки и свойства.

**Штамм** — чистые культуры микробов одного вида, полученные из разных источников или из одного источника в разное время.

**Чистая культура** — популяция, состоящая из особей одного вида. (из одной микробной клетки на искусственной питательной среде).

**Ответ к вопросу № 120**

**Микроскопический метод диагностики инфекционных заболеваний** включает приготовление мазка, его окраску с использованием простых и сложных методов окраски, проведение иммерсионной микроскопии для изучения морфологических (формы и расположения) и тинкториальных свойств (отношение к красителю) с целью идентификации до рода (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) или семейства (*Enterobacteriaceae*).

**Ответ к вопросу № 121**

**Методы окраски.**

Окраску мазка производят простыми или сложными методами. Простые заключаются в

окраске препарата одним красителем; сложные методы (по Граму, Цилю — Нильсену и др.) включают последовательное использование нескольких красителей и имеют дифференциально-диагностическое значение. Отношение микроорганизмов к красителям расценивают как тинкториальные свойства. Существуют специальные методы окраски, которые используют для выявления жгутиков, клеточной стенки, нуклеоида и разных цитоплазматических включений.

При простых методах мазок окрашивают каким-либо одним красителем, используя красители анилинового ряда (основные или кислые).

Сложные методы окраски применяют для изучения структуры клетки и дифференциации микроорганизмов.

### **Ответ к вопросу № 122**

Бактериальная клетка состоит из клеточной стенки, цитоплазматической мембраны, цитоплазмы с включениями и ядра, называемого нуклеоидом. Имеются дополнительные структуры: капсула, микрокапсула, слизь, жгутики, пили. Некоторые бактерии в неблагоприятных условиях способны образовывать споры.

**Клеточная стенка.** В клеточной стенке грамположительных бактерий содержится небольшое количество полисахаридов, липидов, белков. Основным компонентом толстой клеточной стенки этих бактерий является многослойный пептидогликан (муреин, мукопептид), составляющий 40-90 % массы клеточной стенки. С пептидогликаном клеточной стенки грамположительных бактерий ковалентно связаны тейхоевые кислоты (от греч. *teichos* — стенка).

В состав клеточной стенки грамотрицательных бактерий входит наружная мембрана, связанная посредством липопротеина с подлежащим слоем пептидогликана. На ультратонких срезах бактерий наружная мембрана имеет вид волнообразной трехслойной структуры, сходной с внутренней мембраной, которую называют цитоплазматической. Основным компонентом этих мембран является бимолекулярный (двойной) слой липидов. Внутренний слой наружной мембраны представлен фосфолипидами, а в наружном слое расположен липополисахарид.

### **Ответ к вопросу № 123**

Жизнедеятельность бактерий характеризуется ростом — формированием структурно-функциональных компонентов клетки и увеличением самой бактериальной клетки, а также размножением — самовоспроизведением, приводящим к увеличению количества бактериальных клеток в популяции.

Бактерии размножаются путем бинарного деления пополам, реже путем почкования. Грамположительные бактерии делятся путем врастания синтезирующихся перегородок деления внутрь клетки, а грамотрицательные — путем перетяжки, в результате образования гантелевидных фигур, из которых образуются две одинаковые клетки.

Делению клеток предшествует репликация бактериальной хромосомы по полуконсервативному типу (двухспиральная цепь ДНК раскрывается, и каждая нить достраивается комплементарной нитью), приводящая к удвоению молекул ДНК бактериального ядра — нуклеоида.

### **Ответ к вопросу № 124**

В основу классификации вирусов положены следующие категории:

- тип нуклеиновой кислоты (ДНК или РНК), ее структура, количество нитей (одна или две), особенности воспроизводства вирусного генома;
- размер и морфология вирионов, количество капсомеров и тип симметрии;
- наличие суперкапсида;
- чувствительность к эфиру и дезоксихолату;
- место размножения в клетке;

- антигенные свойства и пр.

### Ответ к вопросу № 125

Простые, или безоболочечные, вирусы состоят из нуклеиновой кислоты и белковой оболочки, называемой капсидом. Капсид состоит из повторяющихся морфологических субъединиц — капсомеров. Нуклеиновая кислота и капсид взаимодействуют друг с другом, образуя нуклеокапсид.

Сложные, или оболочечные, вирусы снаружи капсида окружены липопротеиновой оболочкой (суперкапсидом, или пеплосом). Эта оболочка является производной структурой от мембран вирус-инфицированной клетки. На оболочке вируса расположены гликопротеиновые шипы, или шипики (пепломеры). Под оболочкой некоторых вирусов находится матриксный М-белок.

### Ответ к вопросу № 126

Вирусологический метод включает культивирование вирусов, их индикацию и идентификацию. Материалами для вирусологического исследования могут быть кровь, различные секреты и экскреты, биоптаты органов и тканей человека. Исследование крови часто проводят в целях диагностики арбовирусных заболеваний. В слюне могут быть обнаружены вирусы бешенства, эпидемического паротита, простого герпеса. Носоглоточные смывы служат для выделения возбудителя гриппа, кори, риновирусов, респираторно-синцитиального вируса, аденовирусов. В смывах с конъюнктивы обнаруживают аденовирусы. Из фекалий выделяют различные энтеровирусы, адено-, рео- и ротавирусы.

Для выделения вирусов используют культуры клеток, куриные эмбрионы, иногда лабораторных животных.

Источник получения клеток — ткани, извлечённые у человека при операции, органы эмбрионов, животных и птиц.

### Ответ к вопросу № 127

Рентгеновские лучи были открыты в 1895 году немецким физиком Вильгельмом Конрадом Рентгеном. В иностранной (англоязычной литературе) их часто называют X-лучами.

Рентгеновские лучи — это электромагнитные волны с очень короткой длиной волны, отсюда их основное свойство — большая проникающая способность. Они способны проходить не только через тело человека, но и через другие объекты (например, могут пройти через стены и т.д.). Поэтому нужна защита (стены в рентген-кабинетах делают из материалов, не пропускающих рентгеновские лучи, т.е. хорошо их поглощающих). К электромагнитным волнам, помимо рентгеновских лучей, относится видимый свет, ультрафиолетовые, инфракрасные лучи, гамма-лучи, радиоволны. Все они отличаются друг от друга длиной волны. Чем короче длина волны, тем больше проникающая способность (жестче излучение). Видимый свет не может пройти через тело человека, т.к. у него большая длина волны.

### Ответ к вопросу № 128

Источниками ионизирующих излучений, используемых для медицинских целей, являются рентгеновские трубки, радиоактивные нуклиды и ускорители заряженных частиц.

Рентгеновская трубка представляет собой вакуумный стеклянный сосуд, в концы которого впаяны два электрода — катод и анод. Последний выполнен в виде тонкой вольфрамовой спирали, вокруг которой при ее нагревании образуется облако свободных электронов (термоэлектронная эмиссия). Под действием высокого напряжения, приложенного к полюсам рентгеновской трубки, они разгоняются и фокусируются на аноде. Последний вращается с огромной скоростью — до 10 тыс. оборотов в 1 мин, чтобы поток электронов не попадал в одну точку и не вызвал расплавления анода из-за его перегрева. В результате торможения электронов на аноде часть их кинетической энергии превращается в электромагнитное излучение.

Другим источником ионизирующих излучений, используемых для медицинских целей, являются радиоактивные нуклиды. Их получают в атомных реакторах, на ускорителях заряженных частиц или с помощью генераторов радионуклидов.

Ускорители заряженных частиц — это установки для получения заряженных частиц высоких энергий с помощью электрического поля.

В лучевой терапии ускорители заряженных частиц используют как источники электромагнитного излучения высоких энергий, реже — электронов и исключительно редко — протонов и нейтронов. В радионуклидной диагностике ускорители применяют для получения радионуклидов преимущественно с коротким и ультракоротким периодом полураспада.

### **Ответ к вопросу № 129**

Ионизирующее излучение — это потоки фотонов и других элементарных частиц или атомных ядер, способные ионизировать вещество.

Механизмы биологического воздействия ионизирующего излучения:

Физическая стадия. Перенос энергии излучения.

Физико-химическая стадия. Перераспределение избыточной энергии между возбужденными молекулами.

Химическая стадия. Взаимодействие активных продуктов друг с другом и с окружающими молекулами.

Прямое действие ионизирующих излучений — это прямое попадание ионизирующих частиц в биологические молекулярные структуры клеток и в жидкие (водные) среды организма.

Непрямое или косвенное действие — это действие свободных радикалов, возникающих в результате ионизации, создаваемой излучением в жидких средах организма и клеток.

### **Ответ к вопросу № 130**

К рентгенологическим методам исследований, применяемым в стоматологии, относятся: внутриротовая контактная (периапикальная) рентгенография, внутриротовая рентгенография в прикус, интерпроксимальная рентгенография, внеротовая (экстраоральная) рентгенография, компьютерная томография, панорамная томография, панорамная рентгенография с прямым увеличением изображения, радиовизиография, телерентгенография, рентгенконтрастные методы исследования. А также в стоматологии используют магнитно-резонансную томографию, ультразвуковую диагностику.

### **Ответ к вопросу № 131**

В классификации заболеваний пародонта выделяют:

*Гингивит* – воспаление десен, обусловленное неблагоприятным воздействием местных и общих факторов и протекающее без нарушения целостности зубодесневого прикрепления. Формы: катаральный, гипертрофический, язвенный.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострившееся, ремиссия.

Распространенность: локализованный, генерализованный.

*Пародонтит* – воспаление тканей пародонта, характеризующееся прогрессирующей деструкцией периодонта и кости.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: острое, хроническое, обострившееся (в том числе абсцедирующее), ремиссия. Распространенность: локализованный, генерализованный.

Пародонтоз – дистрофическое поражение пародонта.

Тяжесть: легкая, средняя, тяжелая.

Течение: хроническое, ремиссия.

Распространенность: генерализованный.

*Идиопатические заболевания* пародонта с прогрессирующим лизисом тканей пародонта.

*Пародонтомы.*

Основным рентгенологическим признаком при заболеваниях пародонта является убыль межзубных перегородок и резорбция стенок альвеол, которые приводят к деструктивным процессам, диагностируемым в клинике методами визуального осмотра и зондирования.

**Ответ к вопросу № 132**

Дистанционные методы облучения — методы, при которых источник излучения находится на расстоянии от облучаемой поверхности (от 3-5 см до 1 м от поверхности тела пациента).

Дистанционные методы облучения:

- дистанционная гамма-терапия;
- терапия тормозным излучением высокой энергии;
- терапия быстрыми электронами;
- протонная терапия;
- близкофокусная рентгенотерапия (расстояние от источника до опухоли  $\leq 30$  см).

Режимы проведения дистанционной лучевой терапии:

- статический (источник излучения неподвижен по отношению к больному);
- подвижный (движения ротационно-маятниковые или секторные тангенциальные, ротационно-конвергентные и ротационные с управляемой скоростью).

**Ответ к вопросу № 133**

*Контактные методы облучения* — методы, при которых источник излучения находится на поверхности, либо в непосредственной близости от очага, либо в полости или ткани патологического образования.

*Контактные методы облучения:*

- внутриполостное облучение;
- внутритканевое облучение;
- аппликационный метод облучения;
- метод избирательного накопления радионуклидов.

*Внутриполостная ЛТ:* источники гамма- или бета-излучения с помощью специальных устройств вводятся в полые органы

*Внутритканевая ЛТ:* радиоактивные иглы вводят в ткань опухоли.

*Аппликационный метод облучения.* Аппликаторы являются устройствами, которые содержат радионуклиды и прикладываются к патологическому очагу. Имеются бета- и гамма-аппликаторы. Бета-аппликаторы применяются в офтальмологии. Облучение происходит через рабочую поверхность аппликаторов, прикладываемых или даже фиксируемых (с помощью оперативного вмешательства) к патологическому очагу

*Избирательное накопление радионуклидов:* используются химические соединения, тропные к определенной ткани (лечение злокачественных опухолей щитовидной железы и метастазов путем введения радионуклида йода).

**Ответ к вопросу № 134**

*Противопоказания к лучевой терапии злокачественных опухолей:*

- резкое ослабление сопротивляемости организма (раковая кахексия);
- лучевая болезнь;
- тяжелые декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени и почек;
- психические заболевания;
- туберкулез

*Противопоказания к лучевой терапии неопухолевых заболеваний:*

Абсолютные противопоказания:

- общее тяжелое состояние больного с резким ослаблением иммунитета;



- тяжелые сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной системы, печени, почек в стадии декомпенсации;
- лейкопения, тромбоцитопения, выраженная анемия;
- лучевая болезнь и лучевые повреждения в анамнезе;
- туберкулез;
- психические заболевания с потерей ориентации во времени и пространстве.

Относительные противопоказания:

- острые септические и инфекционные заболевания;
- выраженные воспалительные изменения в зоне облучения, вызванные различными физическими и химическими агентами, в том числе физиопроцедурами;
- беременность и детский возраст.

### Ответ к вопросу № 135

*Следует различать три вида переломов:*

*Ле Фор I* - Нижний поперечный перелом, при котором линия перелома проходит горизонтально над альвеолярным отростком от основания грушевидного отверстия к крыловидному. Этот вид перелома впервые описал Герен - Ле Фор также упоминает о нем. Поэтому некоторые авторы называют его переломом Герена - Ле Фор.

*Ле Фор II* - средняя линия; проходит в поперечном направлении через носовые кости, дно глазницы, нижнеглазничный край вниз по скуло-челюстному дну и крыловидному отростку основной кости.

*Ле Фор III* - Полный отрыв верхней челюсти с носовыми и скуловыми костями - линия перелома проходит через носовые кости, слезную кость, дно глазницы и заканчивается в крыловидном отростке клиновидной кости.

Такой тип перелома называют полным черепно-лицевым разьединением.

### Ответ к вопросу № 136

Лучевые методы диагностики черепно-мозговой травмы являются неотъемлемой частью общего клинического обследования и имеют решающее значение для определения характера повреждений и выработки дальнейшей тактики ведения пострадавших.

*Основными методами лучевой диагностики черепно-мозговых повреждений являются:*

- обзорная краниография;
- компьютерная томография;
- церебральная ангиография

*Рентгенография черепа* проводится всем пострадавшим с черепно-мозговой травмой. Рентгенограммы в задней прямой проекции выполняются в горизонтальном положении пострадавшего лежа на спине.

*КТ головного мозга*, несмотря на тяжесть пострадавшего, должна быть выполнена полноценно. Последовательно изучаются мягкие ткани головы, кости черепа, вещество мозга, эпидуральные, субдуральные, субарахноидальные пространства и желудочковая система. При выявлении внутричерепной гематомы определяют, прежде всего, ее объем и локализацию. Затем изучают желудочковую систему: ее положение, величину и степень смещения. Смещение желудочковой системы измеряют на уровне прозрачной перегородки, реже оценивают дислокацию III, IV желудочков и шишковидного тела.

*Церебральная ангиография* при черепно-мозговой травме является основной методикой исключения сдавления мозга оболочечными и паренхиматозными внутричерепными гематомами в медицинских учреждениях, не оснащенных компьютерным или магнитно-резонансным томографами.

В настоящее время специализированные нейрохирургические стационары оснащены современными ангиографическими комплексами, позволяющими выполнять цифровую субтрак-

ционную ангиографию с автоматическим введением контрастного вещества. В неспециализированных стационарах в большинстве случаев при черепно-мозговой травме достаточная диагностическая информация может быть получена при пункционной каротидной ангиографии.

#### **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.