

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

**Вопросы тестового контроля
для проведения аттестации студентов 3 курса
стоматологического факультета и студентов-стоматологов
медицинского факультета иностранных учащихся**



Минск БГМУ 2008

УДК 616.716–007–089 (076)

ББК 56.6 я 73

Ч-41

Утверждено Научно-методическим советом университета в качестве
тестов 30.04.2008 г., протокол № 8

А в т о р ы: проф. И. О. Походенько-Чудакова; проф. О. П. Чудаков; доц. А. З. Бармуцкая; доц. Н. П. Пархимович; ассист. А. И. Печурский; ассист. В. Л. Евтухов; ассист. Т. Л. Шелла; ассист. И. Ю. Федченко; ассист. Ю. М. Казакова; ассист. Н. Ф. Гузерова

Р е ц е н з е н т ы: зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусской медицинской академии последиplomного образования, д-р мед. наук, проф. А. С. Артюшкевич; зав. 1-й каф. терапевтической стоматологии Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук, доц. Л. А. Казеко; зав. каф. челюстно-лицевой хирургии Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук, доц. А. В. Глинник

Челюстно-лицевая хирургия : вопросы тестового контроля для 3 курса / И. О. Походенько-Чудакова [и др.]. – Минск : БГМУ, 2008. – 96 с.

Издание содержит перечень вопросов по пропедевтике челюстно-лицевой хирургии и гнойно-воспалительным процессам челюстно-лицевой области с правильными ответами. Авторы выражают свою глубокую признательность профессору М. М. Соловьеву и соавт. за возможность использования материалов учебного пособия «Пропедевтика хирургической стоматологии». М.: МЕДпресс-информ, 2007, при подготовке данного издания. При подготовке издания авторами также были частично использованы материалы сборника «Челюстно-лицевая хирургия: тестовые вопросы к государственному экзамену» / А. В. Глинник и др. – 5-е изд., доп. – Минск: БГМУ, 2007.

Предназначено для студентов 3 курса стоматологического факультета и студентов-стоматологов медицинского факультета иностранных учащихся, а также может быть использовано для самоконтроля конечного уровня знаний по изучаемым темам при подготовке к практическим занятиям.

УДК 616.716–007–089 (076)

ББК 56.6 я 73

Учебное издание

Походенько-Чудакова Ирина Олеговна
Чудаков Олег Порфирьевич
Бармуцкая Алиция Збигневна и др.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

**Вопросы тестового контроля для проведения аттестации студентов 3 курса
стоматологического факультета и студентов-стоматологов медицинского
факультета иностранных учащихся**

Ответственная за выпуск И. О. Походенько-Чудакова
В авторской редакции
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 02.05.08. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 5,58. Уч.-изд. л. 3,76. Тираж 150 экз. Заказ 271.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусский государственный медицинский университет.

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

220030, г. Минск, Ленинградская, 6.

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2008

История развития челюстно-лицевой хирургии в Республике Беларусь

1. Кафедра хирургической стоматологии в Минском государственном медицинском институте была организована:
1) в 1939 г.; 2) 1964 г.; 3) 1970 г.
Правильный ответ: 2.
2. Кафедрой хирургической стоматологии Минского государственного медицинского института с 1964 года по 1978 год заведовал:
1) К. И. Бердыган; 2) Т. В. Фокина; 3) А. Н. Василенко.
Правильный ответ: 2.
3. Существенный вклад в изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений внес и предложил классификацию актиномикоза челюстно-лицевой области белорусский ученый:
1) Г. В. Кручинский; 2) Ю. К. Метлицкий;
3) К. И. Бердыган; 4) Т. В. Фокина.
Правильный ответ: 3.
4. Методика пластических восстановительных операций челюстно-лицевой области и шеи с использованием плоского эпителизированного кожного лоскута разработана и внедрена в клиническую практику:
1) К. И. Бердыганом; 2) Г. В. Кручинским;
3) О. П. Чудаковым; 4) А. С. Артюшкевичем
Правильный ответ: 3.
5. Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов создана:
1) в 1980 г.; 2) 1990 г.; 3) 2000 г.
Правильный ответ: 2.
6. Председателем Белорусской ассоциации оральных и челюстно-лицевых хирургов является:
1) О. П. Чудаков; 2) А. С. Артюшкевич; 3) С. А. Кабанова.
Правильный ответ: 1.
7. В системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь существуют следующие квалификационные категории профессионального уровня челюстно-лицевых хирургов:
1) высшая; 2) первая; 3) вторая; 4) третья.
Правильный ответ: 1, 2, 3.
8. Сотрудничающий Центр Европейской Ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов в Республике Беларусь был создан:
1) в 1990; 2) 1993; 3) 2000.
Правильный ответ: 2.
9. Основные печатные работы Г. Р. Кручинского посвящены:

- 1) созданию и использованию отечественных дерматомов;
 - 2) изучению этиологии, патогенеза и клинических проявлений актиномикоза в челюстно-лицевой области;
 - 3) методике пластических восстановительных операций челюстно-лицевой области и шеи с использованием плоского эпителизированного кожного лоскута;
 - 4) хирургическому лечению травматических повреждений костей лицевого скелета;
 - 5) пластическим операциям в челюстно-лицевой области.
- Правильный ответ: 5.*

Организация службы челюстно-лицевой хирургии и экспертиза ВУТ

1. В хирургическом блоке стоматологической поликлиники 2–5 категорий должно быть следующее количество помещений:
1) 5; 2) 3; 3) 4; 4) 6; 5) 2.
Правильный ответ: 2.
2. Для организации хирургического стоматологического кабинета в расчете на 1 кресло нормативами предусмотрена площадь:
1) 18 м²; 2) 21 м²; 3) 23 м²; 4) 14 м²; 5) 12 м².
Правильный ответ: 4.
3. Для установки второго кресла в хирургическом стоматологическом кабинете предусмотрена площадь:
1) 9 м²; 2) 4 м²; 3) 7 м²; 4) 10 м².
Правильный ответ: 3.
4. В соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами хирургический стоматологический кабинет можно разместить:
1) в цокольном этаже здания; 2) на первом этаже здания.
Правильный ответ: 2.
5. Стены хирургического кабинета должны быть облицованы плиткой на высоту:
1) 2 м; 2) 1,6 м; 3) 1,2 м; 4) 1,8 м.
Правильный ответ: 4.
6. Должности стоматологов-терапевтов и хирургов-стоматологов на 10000 взрослого городского населения устанавливаются из расчета:
1) 2 должности суммарно; 2) 4 должности суммарно;
3) 6 должностей суммарно.
Правильный ответ: 2.

- 4) журнал записи амбулаторных операций Ф 069/у;
- 5) книга регистрации листков нетрудоспособности Ф 036/у;
- 6) медицинская карта амбулаторного больного Ф 025/у;
- 7) стоматологическая амбулаторная карта Ф 043/ У-06.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 7.

13. Документом, удостоверяющим временную утрату трудоспособности и дающим право на освобождение от работы, является:

- 1) справка о нетрудоспособности;
- 2) лист нетрудоспособности;
- 3) выписной эпикриз стационарного больного;
- 4) стоматологическая амбулаторная карта.

Правильный ответ: 1, 2.

14. Документ, удостоверяющий временную утрату трудоспособности, можно выдать:

- 1) «прошлым числом»;
- 2) в день обращения пациента.

Правильный ответ: 2.

15. Пациенту, получившему травму в состоянии алкогольного опьянения, выдается:

- 1) лист нетрудоспособности;
- 2) справка о нетрудоспособности;
- 3) стоматологическая амбулаторная карта.

Правильный ответ: 1.

16. Право на выдачу листа нетрудоспособности имеет:

- 1) врач учреждения здравоохранения;
- 2) фельдшер учреждения здравоохранения;
- 3) врач частного стоматологического кабинета.

Правильный ответ: 1.

17. В состав врачебно-консультационной комиссии (ВКК) входят:

- 1) лечащий врач;
- 2) заведующий отделением;
- 3) заместитель главного врача или главный врач учреждения здравоохранения;
- 4) два врача и заведующий отделением.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

18. Лист нетрудоспособности свыше 6 дней в амбулаторных условиях продлевает:

- 1) врач;
- 2) лечащий врач совместно с заведующим отделением;
- 3) главный врач;
- 4) ВКК;
- 5) МРЭК.

Правильный ответ: 2, 4.

19. Лист нетрудоспособности после 105 дней непрерывного лечения по одному и тому же заболеванию может быть продлен:

- 1) заведующим отделением;
- 2) заместителем главного врача;
- 3) МРЭК;
- 4) ВКК;
- 5) лечащим врачом.

Правильный ответ: 4.

20. Функциями МРЭК являются:

- 1) решение вопроса о продлении листа нетрудоспособности;
- 2) определение группы инвалидности;
- 3) установление степени утраты профессиональной трудоспособности при заболеваниях челюстно-лицевой области;
- 4) проведение судебно-медицинской экспертизы;
- 5) разработка индивидуальной программы реабилитации больных и инвалидов;
- 6) контроль за исполнением индивидуальной программы реабилитации больных и инвалидов на основе определения степени остаточной трудоспособности.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

21. Для решения вопроса о дальнейшей нетрудоспособности больного следует отправить на МРЭК в следующие сроки:

- 1) после 1 месяца непрерывного лечения по поводу одного и того же заболевания;
- 2) после 4 месяцев непрерывного лечения по поводу одного и того же заболевания;
- 3) после 5 месяцев с перерывом лечения по поводу одного и того же заболевания;
- 4) при наличии признаков стойкой утраты трудоспособности;
- 5) через 6 месяцев непрерывного лечения по поводу одного и того же заболевания.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

Обследование больного с патологией челюстно-лицевой области

1. Укажите цель обследования больного:

- 1) выявить анатомические изменения и функциональные нарушения отдельных органов челюстно-лицевой области и шеи, отделов жевательно-речевого аппарата и организма в целом;
- 2) определить этиологию функциональных расстройств и патологических изменений;
- 3) уточнить локализацию и особенности патогенеза патологического процесса;

4) оценить общее состояние организма больного, особенности его реакции на воздействие патогенетического фактора.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

2. Данные обследования пациента следует считать субъективными:

- 1) результаты лабораторных исследований;
- 2) жалобы пациента;
- 3) анамнез жизни;
- 4) данные пальпации;
- 5) результаты осмотра пациента;
- 6) анамнез болезни;
- 7) данные аускультации.

Правильный ответ: 2, 3, 6.

3. Укажите клинические методы исследования:

- 1) опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация;
- 2) опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, оценка периферического пульса, измерение периферического артериального давления, термометрия кожных покровов, методы лучевой диагностики;
- 3) опрос, осмотр, пальпация, перкуссия, оценка периферического пульса, измерение периферического артериального давления, термометрия кожных покровов.

Правильный ответ: 3.

4. Укажите специальные инструментально-лабораторные методы исследования:

- 1) методы лучевой диагностики;
- 2) стоматоскопия;
- 3) электроодонтометрия;
- 4) антропометрия;
- 5) электрокардиография;
- 6) мастикациография;
- 7) функциональные жевательные пробы по И. С. Рубинову;
- 8) электромиография;
- 9) функциональные методы исследования регионарного кровообращения;
- 10) цитологические, патогистологические исследования биоптата;
- 11) микробиологические исследования.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

5. Укажите правильную последовательность осмотра полости рта:

- 1) губы, щёки, альвеолярные отростки, язык, подъязычная область;
- 2) губы, преддверие полости рта, слизистая оболочки собственно полости рта, язык, зев и ротоглотка (включая миндалины, образующие кольцо Пирогова);
- 3) губы, язык, твердое и мягкое нёбо, подъязычная область, щёки и альвеолярные отростки.

Правильный ответ: 2.

6. Укажите правильную последовательность визуального осмотра слизистой оболочки полости рта:

1) крыловидно-нижнечелюстная складка справа, твердое и мягкое нёбо, крыловидно-нижнечелюстная складка слева, ретромолярное пространство слева, боковой отдел дна полости рта слева, передний отдел дна полости рта, боковой отдел дна полости рта справа, ретромолярное пространство справа;

2) твердое и мягкое нёбо, крыловидно-нижнечелюстная складка справа, крыловидно-нижнечелюстная складка слева, передний отдел дна полости рта, ретромолярное пространство слева, боковой отдел дна полости рта справа, ретромолярное пространство справа, боковой отдел дна полости рта слева;

3) боковой отдел дна полости рта слева, твердое и мягкое нёбо, крыловидно-нижнечелюстная складка справа, крыловидно-нижнечелюстная складка слева, ретромолярное пространство слева, боковой отдел дна полости рта справа, ретромолярное пространство справа, передний отдел дна полости рта.

Правильный ответ: 1.

7. Укажите методы лучевой диагностики, используемые при диагностике хирургических заболеваний челюстно-лицевой области:

1) внутриротовая рентгенография зубов и дна полости рта, внеротовые рентгенограммы челюстей, ортопантомография, телерентгенография головы, сиалография, компьютерная томография, ЯМР-томография;

2) внутриротовая рентгенография зубов и дна полости рта, внеротовые рентгенограммы челюстей, ортопантомография, телерентгенография головы, сиалография, компьютерная томография, ЯМР-томография, ультразвуковое исследование, сцинтиграфия, панорамная зонография;

3) внутриротовая рентгенография зубов и дна полости рта, внеротовые рентгенограммы челюстей, ортопантомография, телерентгенография головы, сиалография, фистулография, компьютерная томография, ЯМР-томография, тепловизиография.

Правильный ответ: 2.

8. При диагностике заболеваний больших слюнных желез используются следующие инструментально-лабораторные методы исследования:

1) сиалография, электроодонтометрия, антропометрия, фистулография;

2) сиалография, электроодонтометрия, антропометрия, ЯМР-томография, фистулография;

3) сиалография, УЗИ, сцинтиграфия, компьютерная томография, ЯМР-томография, фистулография, цитологическое исследование.

Правильный ответ: 3.

9. Передняя риноскопия — это:

- 1) осмотр наружного носа;
- 2) осмотр преддверия носа и носовых ходов;
- 3) осмотр зева.

Правильный ответ: 2.

10. Для проведения передней риноскопии используются инструменты:

- 1) лобный рефлектор, носовое зеркало Килиана;
- 2) лобный рефлектор, носовое зеркало Килиана, шпатель;
- 3) носовое зеркало Килиана, носоглоточное зеркало, спиртовка;
- 4) лобный рефлектор, носовое зеркало Килиана, крючок для крыла

носа.

Правильный ответ: 1.

11. Целью проведения передней риноскопии является:

- 1) осмотр передних отделов полости носа;
- 2) носоглотки;
- 3) задней стенки глотки.

Правильный ответ: 1.

12. Пункция верхнечелюстной пазухи проводится в пределах:

- 1) нижнего носового хода;
- 2) среднего носового хода;
- 3) верхнего носового хода.

Правильный ответ: 1.

13. Пальпацию челюстно-лицевой области следует относить:

- 1) к клиническим методам исследования;
- 2) инструментально-лабораторным.

Правильный ответ: 1.

14. При обследовании больного с патологией челюстно-лицевой области следует применять бимануальную пальпацию:

- 1) у всех больных с заболеваниями челюстно-лицевой области;
- 2) при патологических процессах, локализованных в области дна полости рта;
- 3) при заболеваниях слюнных желез;
- 4) при локализации процесса в щечной области;
- 5) при локализации процесса на шее;
- 6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.

15. Флюктуация — это:

- 1) отсутствие колебания жидкости в тканях;
- 2) колебание жидкости в тканях при пальпации.

Правильный ответ: 2.

24. Обследование пациента предусматривает:

- 1) оценку общего состояния;
- 2) выявление анатомо-морфологических и физических изменений органов и тканей;

3) оценку общего состояния, функционального уровня основных жизненно-важных органов и систем, а также выявление их анатомо-морфологических и физиологических изменений.

Правильный ответ: 3.

25. Назовите последовательность этапов обследования любого пациента:

- 1) проведение осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации;
- 2) выяснение жалоб и анамнеза болезни;
- 3) исследование при помощи специальных методов (инструментальных, лабораторных, лучевых, морфологических):

Правильный ответ: 2, 1, 3.

26. Набор необходимых инструментов для обследования пациента хирургом-стоматологом включает:

- 1) стоматологическое зеркало;
- 2) шпатель, стоматологический пинцет;
- 3) зонд стоматологический под углом или зонд стоматологический прямой;
- 4) слюнной зонд для зондирования протоков слюнных желез;
- 5) пуговчатый зонд для зондирования одонтогенных свищевых ходов;
- 6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.

27. Боль по интенсивности бывает:

- 1) сильная;
- 2) средняя;
- 3) длительная;
- 4) слабая.

Правильный ответ: 1, 4.

28. Специальные методы обследования включают:

- 1) лабораторные;
- 2) аускультативные;
- 3) инструментальные;
- 4) лучевые;
- 5) патоморфологические.

Правильный ответ: 4, 5.

29. Определите последовательность проведения внешнего осмотра челюстно-лицевой области пациента:

- 1) определение формы и длины носа;
- 2) определение окраски красной каймы и слизистой оболочки губ;
- 3) определение степени ограничения открывания рта;
- 4) определение состояния кожных покровов;
- 5) определение конфигурации лица.

Правильный ответ: 5, 1, 4, 2, 3.

30. Пальпация — метод, позволяющий определить физические свойства тканей и органов, их топографо-анатомическое расположение, чувствительность к внешним воздействиям при помощи:
1) обоняния; 2) осязания; 3) обоняния и осязания.
Правильный ответ: 2.
31. Для обследования поднижнечелюстных, подбородочных и затылочных лимфатических узлов необходимо:
1) голову пациента слегка наклонить книзу, расслабить мышцы шеи;
2) голову пациента отклонить кзади;
3) врач становится перед больным справа;
4) врач становится позади больного, справа.
Правильный ответ: 1, 3.
32. Для пальпации надключичных лимфатических узлов врач занимает положение:
1) позади больного; 2) спереди больного; 3) сбоку от больного.
Правильный ответ: 1.
33. Флюктуация считается ложной, если:
1) воспринимается в одном направлении;
2) ощущается в двух взаимно-перпендикулярных направлениях.
Правильный ответ: 2.
34. Открывание рта в норме у взрослого человека соответствует:
1) 30–35 мм; 2) 25–30 мм; 3) 45–50 мм.
Правильный ответ: 3.
35. Изменение вкусовых ощущений в области передних двух третей языка характерно для нарушения функции:
1) тройничного нерва; 2) лицевого нерва;
3) язычного нерва; 4) блуждающего нерва;
5) языкоглоточного нерва.
Правильный ответ: 3.
36. С помощью перкуссии определяют чувствительность:
1) тактильную; 2) болевую; 3) вкусовую.
Правильный ответ: 2.
37. Для исследования зубов и околозубных тканей используют лучевые методы:
1) контактные;
2) внутриворотковые снимки в прикусе;
3) обзорные рентгенограммы;
4) компьютерную томографию;
5) ортопантографию; 6) зонографию.
Правильный ответ: 1.

38. Симптом «воздушной струи» характерен:

- 1) для вывиха нижней челюсти;
- 2) травматической перфорации верхнечелюстной пазухи;
- 3) вывиха соседнего зуба;
- 4) острого одонтогенного остеомиелита;
- 5) острого одонтогенного периостита челюсти.

Правильный ответ: 2.

39. Регионарные лимфатические узлы челюстно-лицевой области включают:

- 1) поднижнечелюстные;
- 2) околоушные;
- 3) подмышечные;
- 4) шейные глубокие;
- 5) задний шейные;
- 6) щечные;
- 7) заушные и затылочные;
- 8) надключичные;
- 9) зачелюстные;

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9.

Подготовка к операции рук хирурга и операционного поля. стерилизация хирургического инструментария, перевязочного и шовного материалов

1. Под асептикой понимают:

- 1) комплекс профилактических мероприятий, направленных на предотвращение попадания микроорганизмов в рану;
- 2) систему мероприятий, направленных на уменьшение количества микроорганизмов в ране.

Правильный ответ: 1.

2. Под антисептикой понимают:

- 1) метод хирургической обработки, обеспечивающий предупреждение попадания микроорганизмов в рану;
- 2) комплекс мероприятий, направленных на уменьшение количества микроорганизмов в ране.

Правильный ответ: 2.

3. Гнойно-воспалительное осложнение, развившееся у больного в послеоперационном периоде, следует считать ятрогенным:

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

4. Под термином «контаминация» подразумевается:

- 1) микробное загрязнение ран;
- 2) мероприятия, направленные на предотвращение попадания микроорганизмов в рану;
- 3) мероприятия, направленные на борьбу с микробами.

3) препараты, действие которых направленно непосредственно против микробной клетки или её токсинов;

4) комплекс мероприятий направленных на удаление из раны некротизированных тканей.

Правильный ответ: 2.

11. Под понятием «механическая антисептика» следует понимать:

1) создание в ране неблагоприятных условий для развития микроорганизмов и уменьшения всасывания токсинов путем дренирования раны;

2) удаление из раны микроорганизмов и некротизированных тканей путем проведения первичной хирургической обработки ран;

3) использование различных химических веществ для уничтожения микроорганизмов.

Правильный ответ: 2.

12. Для дезинфекции хирургического инструментария чаще всего используют методы:

1) физические; 2) химические; 3) биологические.

Правильный ответ: 2.

13. Для обработки рук хирурга по методу Спасокукоцкого–Кочергина используют спирт в концентрации:

1) метиловый 70 %; 2) этиловый 70 %;

3) этиловый 96 %; 4) спирты не используются.

Правильный ответ: 3.

14. Укажите метод стерилизации перевязочного материала:

1) воздушный сухожаровой; 2) химический;

3) автоклавирование; 4) кипячение.

Правильный ответ: 3.

15. Укажите правильный температурный режим стерилизации в сухожаровом шкафу:

1) 165 °С — 2 часа; 2) 180 °С — 1 час;

3) 120 °С — 45 минут.

Правильный ответ: 2.

16. Укажите режим работы автоклава при стерилизации перевязочного материала в биксах:

1) 1,0 атмосфера, 121 °С — 45 минут;

2) 1,0 атмосфера, 121 °С — 15 минут;

3) 2,0 атмосферы, 121 °С — 45 минут.

Правильный ответ: 1.

17. На современном этапе для обработки рук хирурга используют:

1) методику Спасокукоцкого–Кочергина;

2) европейский стандарт обработки кожи рук медицинского персонала EN-1500.

Правильный ответ: 2.

Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии

1. В амбулаторной челюстно-лицевой хирургии применяют следующие виды местной анестезии:

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) инфильтрационную; | 2) проводниковую; |
| 3) субдуральную; | 4) эндолюмбальную. |

Правильный ответ: 1, 2.

2. К неинъекционным методам анестезии следует относить:

- | | |
|-------------------|-----------------------|
| 1) физические; | 2) физико-химические; |
| 3) биологические; | 4) химические. |

Правильный ответ: 1, 2, 3.

3. В стоматологической практике применяются следующие виды инфильтрационной анестезии:

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| 1) анестезия мягких тканей; | 2) поднадкостничная; |
| 3) интралигаментарная; | 4) проводниковая; |
| 5) интрасептальная; | 6) внутрипульпарная; |
| 7) терминальная. | |

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

4. Для аппликационной анестезии применяются следующие препараты:

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| 1) перилен-ультра «Septodont»; | |
| 2) перил-спрей; | 3) пиромекаин; |
| 4) лидокаин-спрей; | 5) ксилонор; |
| 6) ксилонор-гель; | 7) все ответы правильные. |

Правильный ответ: 7.

5. К группе сложных эфиров относятся:

- | | | | |
|--------------|--------------|--------------|----------------|
| 1) артикаин; | 2) новокаин; | 3) лидокаин; | 4) мепивокаин. |
|--------------|--------------|--------------|----------------|

Правильный ответ: 2.

6. Лидокаин относится:

- | | |
|----------------------|------------|
| 1) к сложным эфирам; | 2) амидам; |
|----------------------|------------|

Правильный ответ: 2.

7. Под действием местных анестетиков временная потеря чувствительности происходит в следующем порядке:

1) болевая чувствительность; температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность; временное выключение моторной функции;

2) температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность; временное выключение моторной функции; болевая чувствительность;

3) временное выключение моторной функции; болевая чувствительность; температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность.

Правильный ответ: 1.

8. К местным анестетикам добавляются вазоконстрикторы с целью:

1) усиления действия местных анестетиков;

2) увеличения продолжительности действия местных анестетиков;

3) сокращения периода действия анестетика;

4) уменьшения количества вводимого раствора;

5) замедления всасывания анестетика.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

9. К вазоконстрикторам относят:

1) адреналин;

2) ксилонолор;

3) перилен-ультра;

4) эпинефрин;

5) норадреналин;

6) фелипрессин;

7) вазопрессин.

Правильный ответ: 1, 4, 5, 6, 7.

10. Вазоконстрикторы не следует использовать в анестезирующих растворах при следующих состояниях:

1) у пациентов с декомпенсированными формами сердечно-сосудистой патологии;

2) пациентов с тяжелыми формами эндокринной патологией (тиреотоксикоз, сахарный диабет);

3) пациентов страдающих патологией соединительной ткани, относящейся к большим коллагенозам;

4) беременных женщин;

5) пациентов, принимающих ингибиторы МАО, трициклические антидепрессанты, гормоны щитовидной железы, препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

11. При проведении местной анестезии максимальная доза 2%-ного раствора новокаина составляет:

1) 50 мл;

2) 100 мл;

3) 30 мл.

Правильный ответ: 3.

12. При проведении местной анестезии максимальная разовая доза 2%-ного раствора лидокаина составляет:

1) 20 мл;

2) 50 мл;

3) 100 мл.

Правильный ответ: 1.

13. При проведении местной анестезии максимальная разовая доза 4%-ного раствора артикаина гидрохлорида составляет:

1) 20 мл; 2) 12,5 мл; 3) 2,0 мл.

Правильный ответ: 2.

14. Укажите местный анестетик, способный максимально связываться с белками плазмы крови:

1) новокаин; 2) тримекаин; 3) лидокаин;
4) артикаин; 5) мепивокаин.

Правильный ответ: 4.

15. Укажите противопоказания к местному обезболиванию:

1) небольшие по объему оперативные вмешательства;
2) выраженная лабильность психики больного;
3) наличие аллергического состояния при невыявленном аллергене.

Правильный ответ: 2, 3.

16. При проведении местной анестезии возможно развитие общих осложнений:

1) обморок;
2) коллапс;
3) кровотечение;
4) анафилактический шок;
5) критические состояния, возникающие у больных с сопутствующей соматической патологией;
6) заражение вирусным гепатитом В, С и ВИЧ-инфекцией;
7) острые воспалительные заболевания.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6.

17. Диплопия может развиваться при выполнении следующих видов местных анестезий:

1) инфраорбитальной; 2) мандибулярной;
3) туберальной; 4) нёбной; 5) торусальной.

Правильный ответ: 1.

18. При проведении туберальной анестезии наиболее частым осложнением является:

1) повреждение нервного ствола; 2) перелом иглы;
3) ишемия тканей твердого нёба; 4) кровотечение из носа;
5) гематома.

Правильный ответ: 5.

19. Клиническими признаками при введении агрессивной жидкости будут:

1) появление острой боли с момента начала введения раствора;
2) быстрое развитие отека в зоне введения препарата;
3) кровотечение из места введения препарата.

Правильный ответ: 1, 2.

20. Оказание первой помощи при введении агрессивной жидкости будет заключаться:

- 1) в прекращении введения препарата;
- 2) инфильтрации окружающих тканей 0,25%-ным раствором анестетика;
- 3) рассечении и дренировании тканей инфильтрированных агрессивной жидкостью;
- 4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 4.

21. Укажите, какие нервы обезболиваются при проведении торусальной анестезии:

- 1) щечный;
- 2) большой нёбный;
- 3) язычный;
- 4) нижнелуночковый;
- 5) подглазничный.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

22. Укажите зону обезболивания при ментальной анестезии:

- 1) половина нижней губы;
- 2) подбородок;
- 3) слизистая оболочка альвеолярного отростка нижней челюсти с вестибулярной стороны от резцов до первого или второго моляра;
- 4) слизистая оболочка дна полости рта;
- 5) фронтальная группа зубов от первого резца до первого или второго моляра;
- 6) альвеолярный отросток нижней челюсти во фронтальном отделе;

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

23. Назовите виды местных анестезий, при которых достигается обезболивание язычного нерва:

- 1) ментальная;
- 2) инфратемпоральная;
- 3) мандибулярная;
- 4) торусальная;
- 5) по Берше–Дубову.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

24. Перечислите виды проводниковых анестезий, которые можно провести для удаления 36, 46 зубов:

- 1) ментальная;
- 2) торусальная;
- 3) мандибулярная;
- 4) туберальная;
- 5) инфильтрационная.

Правильный ответ: 2, 3.

25. При проведении анестезии у овального отверстия наступает обезболивание ветви тройничного нерва:

- 1) вторая ветвь;
- 2) третья ветвь.

Правильный ответ: 2.

26. При проведении анестезии у круглого отверстия наступает обезболивание ветви тройничного нерва:
- 1) вторая;
 - 2) третья;
 - 3) первая;
 - 4) все ответы правильные.
- Правильный ответ: 1.*
27. При проведении туберальной анестезии выключаются нервы:
- 1) верхние задние альвеолярные ветви верхнечелюстного нерва;
 - 2) верхние передние альвеолярные ветви подглазничного нерва;
 - 3) нижнеальвеолярный нерв.
- Правильный ответ: 1.*
28. Для блокады ветвей двигательного нерва применяется анестезия:
- 1) анестезия по Берше;
 - 2) анестезия по Берше в модификации М. Д. Дубова;
 - 3) анестезия по М. М. Вайсбрему;
 - 4) анестезия по П. М. Егорову.
- Правильный ответ: 1.*
29. Зоной обезболивания при проведении туберальной анестезии являются:
- 1) премоляры, моляры и соответствующий им участок слизистой оболочки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;
 - 2) моляры и соответствующий им участок альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;
 - 3) слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны;
 - 4) слизистая оболочка нёба.
- Правильный ответ: 2.*
30. При проведении инфраорбитальной анестезии происходит блокада:
- 1) передних верхних альвеолярных ветвей нижнеглазничного нерва;
 - 2) средних верхних альвеолярных ветвей нижнеглазничного нерва;
 - 3) верхнезадних альвеолярных нервов;
 - 4) все ответы правильные.
- Правильный ответ: 1, 2.*
31. Зона обезболивания при односторонней небной анестезии ограничивается:
- 1) спереди — линией, соединяющей клыки;
 - 2) средней линией нёба;
 - 3) областью резцов;
 - 4) сзади — границей между твердым и мягким нёбом;
 - 5) областью клыков и слизистой оболочки переднего отдела твердого нёба.
- Правильный ответ: 1, 2, 4.*

32. Назовите методы профилактики повреждения сосудов и образования гематом при проведении туберальной анестезии:
- 1) без необходимости не пользоваться анестезией;
 - 2) продвижение инъекционной иглы предпосылать вводимый анестетик;
 - 3) скос иглы должен быть направлен к поверхности кости;
 - 4) осуществлять продвижение иглы строго по поверхности кости;
 - 5) проводить аспирационную пробу.
- Правильный ответ:* 1, 2, 3, 4, 5.
33. При удалении корня зуба 12 можно использовать анестезию:
- 1) инфильтрационную и резцовую;
 - 2) туберальную;
 - 3) нёбную;
 - 4) резцовую;
 - 5) инфраорбитальную и резцовую.
- Правильный ответ:* 1, 5.
34. Зубы 26 и 16 можно удалять под анестезией:
- 1) туберальной и нёбной;
 - 2) двухсторонней инфильтрационной;
 - 3) инфраорбитальной и нёбной;
 - 4) туберальной и инфильтрационной с нёбной стороны;
 - 5) туберальной и инфильтрационной с вестибулярной стороны;
- Правильный ответ:* 1, 2, 4.
35. Назовите осложнения, встречающиеся при проведении мандибулярной и торусальной анестезии:
- 1) перелом инъекционной иглы;
 - 2) повреждение мышечных волокон и развитие контрактуры жевательных мышц;
 - 3) возникновение гематомы в области крыловидно-нижнечелюстного пространства;
 - 4) развитие постинъекционных абсцессов и флегмон крыловидно-нижнечелюстного пространства;
 - 5) все ответы правильные.
- Правильный ответ:* 5.
36. При воспалительной контрактуре жевательных мышц для открывания полости рта применяется анестезия:
- 1) по Берше;
 - 2) Берше–Дубову;
 - 3) М. М. Вайсбрему;
 - 4) П. М. Егорову.
- Правильный ответ:* 1.
37. Через клеточные мембраны местные анестетики проникают:
- 1) в неионизированной форме;
 - 2) ионизированной форме.
- Правильный ответ:* 2.

38. На всасывание местного анестетика в месте введения оказывают влияние:

- 1) васкуляризация тканей;
- 2) степень связывания местного анестетика с белками тканей;
- 3) физико-химические свойства препарата (липофильность);
- 4) способность препарата оказывать сосудорасширяющее действие;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

39. Средства для местной анестезии:

- 1) блокируют вход ионов натрия в клетку;
- 2) блокируют вход ионов калия в клетку;
- 3) являются антогонистами ионов кальция;
- 4) блокируют выход ионов натрия из клетки.

Правильный ответ: 1, 3.

40. Средства для местной анестезии взаимодействуют:

- 1) с липидами мембраны;
- 2) специфическими рецепторами, расположенными в потенциалчувствительных натриевых каналах;
- 3) специфическими рецепторами, расположенными в потенциалчувствительных кальциевых каналах;
- 4) специфическими рецепторами, расположенными в потенциалчувствительных калиевых каналах.

Правильный ответ: 2.

41. Выраженность действия местноанестезирующих средств зависит:

- 1) от химических свойств местного анестетика;
- 2) концентрации местного анестетика в месте введения;
- 3) состояния (активности) ионных (натриевых) каналов;
- 4) содержания ионов кальция и калия в экстрацеллюлярной среде;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

42. Наиболее чувствительными к действию местных анестетиков являются нервные волокна:

- 1) маленького диаметра без миелиновой оболочки;
- 2) маленького диаметра с миелиновой оболочкой;
- 3) большого диаметра без миелиновой оболочки;
- 4) большого диаметра с миелиновой оболочкой.

Правильный ответ: 1.

43. Действие местного анестетика на нервные волокна зависит:

- 1) от диаметра нервного волокна;
- 2) наличия и толщины миелиновой оболочки;

- 3) частоты и длительности деполяризации;
- 4) от локализации в нервном пучке;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

44. При проведении терминальной анестезии блокируется проведение нервного импульса:

- 1) с окончаний чувствительных нервных волокон;
- 2) по нервным волокнам и с их окончаний;
- 3) по нервным волокнам.

Правильный ответ: 1.

45. При использовании высоких доз местных анестетиков сосуды расширяются в результате:

- 1) нарушения проведения нервного импульса по волокнам симпатической нервной системы;
- 2) нарушения проведения нервного импульса по соматическим нервным волокнам;
- 3) вытеснения ионов кальция из мест связывания в клеточных мембранах;
- 4) блокады натриевых каналов.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

46. В очаге воспаления выраженность действия местных анестетиков:

- 1) резко снижается;
- 2) резко повышается;
- 3) Н среды не влияет на выраженность действия местных анестетиков.

Правильный ответ: 1.

47. При малых токсических реакциях со стороны ЦНС на местные анестетики отмечается:

- 1) головокружение;
- 2) нарушение дыхания;
- 3) коллапс;
- 4) шум в ушах;
- 5) мелькание мушек перед глазами;
- 6) сонливость или эйфория.

Правильный ответ: 1, 4, 5, 6.

48. При больших токсических реакциях со стороны ЦНС на местные анестетики отмечается:

- 1) потеря сознания;
- 2) нарушение дыхания;
- 3) коллапс;
- 4) тошнота;
- 5) головная боль.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии

1. Укажите 4 вида анестезии согласно классификации Международной Ассоциации анестезиологов:
 - 1) терминальная;
 - 2) регионарная;
 - 3) интралегаментарная;
 - 4) анестезиологический мониторинг;
 - 5) общая анестезия.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.
2. К ингаляционным средствам общей анестезии следует относить:
 - 1) эфир для наркоза;
 - 2) закись азота;
 - 3) фторотан;
 - 4) изофлюран;
 - 5) севофлюран;
 - 6) тиопентал-натрия.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.
3. К средствам для неингаляционного наркоза следует относить:
 - 1) тиопентал-натрия;
 - 2) изофлюран;
 - 3) натрий оксибутират;
 - 4) кетамин;
 - 5) пропофол.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.
4. Укажите, какие средства могут быть использованы для нейролептан-алгезии:
 - 1) дроперидол;
 - 2) фентанил;
 - 3) диазепам;
 - 4) пропофол;
 - 5) севафлюран;
 - 6) мидазолам.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 6.
5. В зависимости от способа введения наркотического вещества выделяют виды наркоза:
 - 1) НЛА;
 - 2) ингаляционный;
 - 3) неингаляционный.

Правильный ответ: 2, 3.
6. В зависимости от числа применяемых способов принять выделять следующие виды наркоза:
 - 1) однокомпонентный;
 - 2) двухкомпонентный;
 - 3) трехкомпонентный;
 - 4) многокомпонентный.

Правильный ответ: 1, 4.
7. Поддержание адекватного дыхания может быть достигнуто за счет:
 - 1) обеспечение свободной проходимости дыхательных путей (устранением западения языка, интубацией трахеи или трахеостомией);
 - 2) искусственной или вспомогательной вентиляции легких;
 - 3) кислородотерапией;
 - 4) все перечисленные ответы.

Правильный ответ: 4.

8. В соответствии с классификацией степени риска общего обезболивания по ASA, больных с тяжелой патологией, угрожающей жизни и приводящей к несостоятельности функций, требующей постоянного приема лекарственных средств, следует отнести к классу:
1) I; 2) II; 3) III; 4) IV; 5) V.
Правильный ответ: 4.
9. При амбулаторном хирургическом стоматологическом вмешательстве подлежат госпитализации для обеспечения полноценного анестезиологического пособия с учетом характера и степени выраженности сопутствующей патологии пациенты со степенью риска:
1) V; 2) IV; 3) III; 4) II; 5) I.
Правильный ответ: 1, 2.
10. Для премедикации могут применяться:
1) диазепам;
2) теравит-тоник;
3) дроперидол;
4) нестероидные противовоспалительные средства;
5) атропин;
6) антигистаминные средства;
7) нитроглицерин.
Правильный ответ: 1, 3, 5, 6.
11. Если при поступлении наркотического вещества из баллона в смеси с кислородом и наркотическая смесь выдыхается больным в атмосферу полностью, это является видом ингаляционной анестезии:
1) по открытому контуру; 2) полуоткрытому контуру;
3) полузакрытому контуру; 4) закрытому контуру.
Правильный ответ: 2.
12. На современном этапе из инструментальных методов общепринятым является мониторинг:
1) оксигенации; 2) кровообращения;
3) вентиляции легких; 4) температуры тела;
5) все перечисленные ответы.
Правильный ответ: 5.
13. Различают следующие виды интубации трахеи:
1) через рот;
2) через нос;
3) через трахеостому;
4) с использованием фиброволоконной оптики.
Правильный ответ: 1, 2, 3.

14. Общее обезболивание показано:
- 1) при резекции челюсти;
 - 2) цистэктомии в области зубов 11, 12;
 - 3) устранении дефектов мягких и опорных тканей лица;
 - 4) перекоронарэктомии;
 - 5) первичной хирургической обработке разлитых гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи.
- Правильный ответ:* 1, 3, 5.
15. Больные с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи в соответствии с классификацией ASA могут быть отнесены к классу степени риска:
- 1) I;
 - 2) II;
 - 3) III;
 - 4) IV;
 - 5) V.
- Правильный ответ:* 3, 4.
16. Из известных на современном этапе рефлексотерапевтических систем соответствия для рефлексотерапевтического сопровождения оперативных вмешательств и анестезиологического пособия используют:
- 1) классическую корпоральную акупунктуру;
 - 2) аурикулоakupунктуру (систему соответствия по ушной раковине);
 - 3) акупунктуру по языку (систему соответствия по языку);
 - 4) лицевую акупунктуру (систему соответствия по лицу);
 - 5) су-джок акупунктуру (систему соответствия по кисти и стопе).
- Правильный ответ:* 1, 2, 5.
17. Оценку состояния пациента после проведенного хирургического вмешательства и общего обезболивания в условиях поликлиники проводят при помощи:
- 1) теста Bidway;
 - 2) определение устойчивости в позе Ромберга;
 - 3) пальцево-носовой пробы;
 - 4) зрачкового рефлекса;
 - 5) теста Бурдона;
 - 6) теста Горатца.
- Правильный ответ:* 1, 2, 5, 6.
18. После прекращения наркоза в период пробуждения больного могут возникнуть осложнения:
- 1) затянувшееся пробуждение;
 - 2) ларингоспазм;
 - 3) продленное апноэ;
 - 4) озноб;
 - 5) рвота.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4, 5.

Показания и противопоказания к операции удаления зуба

1. К общим показаниям для операции удаления зуба относят:
 - 1) одонтогенный хронический сепсис;
 - 2) недомогание больного;
 - 3) инфекционный эндокардит, перикардит;
 - 4) пониженное артериальное давление;
 - 5) аллергический ринит;
 - 6) хронический пиелонефрит, гломерулонефрит;
 - 7) общую слабость и быструю утомляемость;
 - 8) заболевания желудочно-кишечного тракта;
 - 9) системные заболевания соединительной ткани.

Правильный ответ: 1, 3, 6, 8, 9.
2. Местные показания к удалению зуба следует подразделять на следующие группы:
 - 1) санационные;
 - 2) функционально-санационные;
 - 3) санационно-протетические;
 - 4) эстетические;
 - 5) комплекс местных показаний;
 - 6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.
3. По санационно-протетическим показаниям могут быть удалены следующие зубы:
 - 1) одиночные зубы, препятствующие хорошей стабилизации ортопедической конструкции;
 - 2) корни зубов с очагами хронической одонтогенной инфекции, которые не подлежат эндодонтическому лечению и не могут быть использованы для фиксации ортопедических конструкций;
 - 3) зубы, подлежащие эндодонтическому лечению;
 - 4) зубы с феноменом Попова–Гадона.

Правильный ответ: 1, 2, 4.
4. К санационным показаниям удаления зуба относят:
 - 1) острые гнойные периодонтиты;
 - 2) дистопированные зубы, травмирующие слизистую оболочку щеки;
 - 3) интактные ретенированные зубы;
 - 4) хронический фиброзный периодонтит в стадии обострения;
 - 5) причинный зуб при остром одонтогенном остеомиелите челюсти;
 - 6) корни зуба, расположенные ниже уровня десневого края;
 - 7) патологические процессы локализованные вокруг дистопированного или полуретенированного зуба;
 - 8) зубы неправильной формы.

Правильный ответ: 2, 5, 6, 7.

5. Абсолютными местными противопоказаниями к операции удаления зуба следует считать:
- 1) зубы, расположенные в зоне злокачественной опухоли;
 - 2) болезни слизистой оболочки рта и зева (стоматит, гингивит, ангина);
 - 3) расположение зуба в зоне поражения челюсти гемангиомой;
 - 4) болезни крови.
- Правильный ответ:* 1, 3.
6. Общими противопоказаниями к операции удаления зуба в плановом порядке следует считать:
- 1) острый инфаркт миокарда;
 - 2) острое нарушение мозгового кровообращения;
 - 3) инфекционный эндокардит;
 - 4) эпилепсия;
 - 5) острая лучевая болезнь;
 - 6) менструация;
 - 7) лучевая терапия.
- Правильный ответ:* 1, 2, 5, 6, 7.
7. К местным относительным противопоказаниям к операции удаления зуба относят:
- 1) острые болезни слизистой оболочки полости рта (стоматит, гингивит и др.);
 - 2) расположение зуба в зоне злокачественного опухолевого роста;
 - 3) расположение зуба в зоне поражения челюсти гемангиомой.
- Правильный ответ:* 1.
8. Показанием к удалению многокорневого зуба при гранулирующем апикальном периодонтите является:
- 1) облитерация каналов;
 - 2) разрушение кариозным процессом коронки зуба на $\frac{2}{3}$ при хорошей проходимости каналов;
 - 3) рецидивы воспалительного процесса после неоднократного эндодонтического лечения;
 - 4) одонтогенный хронический сепсис;
 - 5) инфекционный эндокардит, перикардит.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4, 5.
9. Проведение плановой операции удаления зуба нежелательно при беременности в сроки:
- 1) первый триместр;
 - 2) второй триместр;
 - 3) третий триместр.
- Правильный ответ:* 1, 3.

Инструментарий и методика удаления зубов

1. Щипцы по целевому назначению различают:
 - 1) для удаления зубов верхней или нижней челюсти;
 - 2) удаления зубов с наличием или отсутствием коронковой части (коронковые и корневые щипцы);
 - 3) удаления отдельных групп зубов с сохранившейся коронкой;
 - 4) удаления зубов у взрослых и детей;
 - 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5
2. Щипцы для удаления первого и второго верхних моляров при наличии коронковой части зуба характеризуются:
 - 1) S-образным изгибом ручек;
 - 2) широкими несходящимися щечками, одна из которых заканчивается выступом (шипом);
 - 3) широкими несходящимися щечками, каждая из которых заканчивается выступом (шипом).

Правильный ответ: 1, 2.
3. Ротационным движением щипцов вывихиваются зубы:
 - 1) однокорневые на верхней челюсти;
 - 2) однокорневые на нижней челюсти;
 - 3) многокорневые на верхней челюсти;
 - 4) многокорневые на нижней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2.
4. Первый премоляр на верхней челюсти вывихивают:
 - 1) ротационными движениями;
 - 2) маятникообразными возвратно-поступательными с первым вывихивающим движением в вестибулярном направлении;
 - 3) маятникообразными движениями в небном направлении.

Правильный ответ: 2.
5. Маятникообразные движения при удалении первых резцов на верхней челюсти:
 - 1) не применяется;
 - 2) применяется при появлении препятствия ротации зуба.

Правильный ответ: 2.
6. Вывихивание вторых резцов на верхней челюсти следует начинать:
 - 1) с маятникообразных возвратно-поступательных движений, преимущественно в вестибулярном направлении;
 - 2) ротационных движений;

3) маятникообразных возвратно-поступательных движений, преимущественно в нёбном направлении.

Правильный ответ: 1.

7. После наложения и фиксации коронковых щипцов удаление клыка на верхней челюсти начинают:

1) с маятникообразных возвратно-поступательных вывихивающих движений в вестибулярном направлении;

2) маятникообразных возвратно-поступательных вывихивающих движений в нёбном направлении;

3) ротационных движений.

Правильный ответ: 1.

8. С целью профилактики переломов корней верхних первых премоляров следует производить:

1) маятникообразные движения с плавным нарастанием прилагаемого усилия;

2) ротационные движения;

3) первое вывихивающее движение производить в направлении вестибулярной стенки альвеолы;

4) первое вывихивающее движение производить в направлении нёбной стенки альвеолы;

5) менять направление прилагаемого усилия при появлении ощущения сопротивления перемещаемого зуба;

6) не следует менять направление прилагаемого усилия при появлении ощущения сопротивляемому зубу.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

9. Методика удаления верхних моляров с сохранившейся коронкой определяется:

1) особенностями формы корневой части зуба;

2) наличием трех и более корней, расходящихся от шейки зуба;

3) строением альвеолы (вестибулярная стенка альвеолы первого моляра толще и прочнее, чем нёбная);

4) вестибулярная стенка альвеолы второго моляра тоньше, чем нёбная;

5) вестибулярная и нёбная стенки альвеол моляров одинаковой толщины;

6) близостью верхушек корней к дну верхнечелюстной пазухи;

7) вестибулярная стенка альвеолы второго моляра толще, чем нёбная.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

10. При удалении первого верхнего моляра щипцами первое вывихивающее движение производят:

1) в вестибулярном направлении; 2) в нёбном направлении;

3) сразу в двух направлениях.

Правильный ответ: 2.

11. При удалении второго верхнего моляра щипцами первое вывихивающее движение производят:
- 1) в вестибулярном направлении;
 - 2) в небном направлении;
 - 3) сразу в двух направлениях.
- Правильный ответ: 1.*
12. Планирование операции удаления верхнего моляра с сохранившейся коронкой осуществляется с учетом:
- 1) расположения его корней по отношению к нижней стенке верхнечелюстной пазухи;
 - 2) стадии прорезывания зуба;
 - 3) пространственного положения зуба относительно окклюзионной плоскости;
 - 4) характера и степени наклона продольной оси зуба в сагиттальной и фронтальной плоскости;
 - 5) числа и формы корней;
 - 6) наличия или отсутствия соседнего зуба;
 - 7) степени разрушения зуба кариозным процессом.
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 7.*
13. При проведении этапа вывихивания третьего верхнего моляра при выраженном его наклоне в сагиттальной или фронтальной плоскости следует отдать предпочтение инструменту:
- 1) основной этап вывихивания производят прямым элеватором;
 - 2) основной этап вывихивания производят коронковыми щипцами;
 - 3) основной этап вывихивания производят корневыми щипцами.
- Правильный ответ: 1.*
14. Перечислите факторы, определяющие выбор методики удаления зуба:
- 1) состояние зуба (степень и характер разрушения твердых тканей зуба);
 - 2) особенности анатомического строения и положения зуба;
 - 3) состояние маргинального периодонта;
 - 4) все ответы правильные.
- Правильный ответ: 4.*
15. Для удаления 36 и 46 зубов с разрушенной коронкой наиболее приемлемы:
- 1) клювовидные щипцы с несходящимися щечками;
 - 2) клювовидные щипцы со сходящимися щечками;
 - 3) штыковидные щипцы;
 - 4) элеваторы.
- Правильный ответ: 2, 4.*

16. Для удаления зубов на верхней челюсти универсальными щипцами являются:

- 1) щипцы для удаления верхних резцов и клыков;
- 2) штыковидные щипцы;
- 3) щипцы для удаления верхних премоляров;
- 4) щипцы для удаления первого и второго моляров;
- 5) байонеты.

Правильный ответ: 2.

17. Для удаления 38, 48 зубов с сохраненной коронкой можно использовать:

- 1) клювовидные щипцы со сходящимися щечками;
- 2) клювовидные щипцы с несходящимися щечками;
- 3) прямой элеватор;
- 4) щипцы, изогнутые по плоскости.

Правильный ответ: 3, 4.

18. Для удаления дистального корня 47 зуба применяют:

- 1) клювовидные щипцы с несходящимися щечками;
- 2) элеватор под углом от себя;
- 3) элеватор под углом на себя;
- 4) клювовидные щипцы со сходящимися щечками;
- 5) прямой элеватор.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

19. При удалении левых нижних моляров хирург становится по отношению к пациенту:

- 1) справа и несколько кпереди;
- 2) справа и кзади;
- 3) сзади от пациента;
- 4) слева от пациента.

Правильный ответ: 1.

20. Для удаления 17 зуба с сохраненной коронкой используют щипцы:

- 1) S-образные левые;
- 2) S-образные правые;
- 3) штыковидные;
- 4) прямые.

Правильный ответ: 2.

21. Щипцы для удаления зубов состоят:

- 1) из щечек;
- 2) ручек;
- 3) замка;
- 4) винта;
- 5) зеркальной поверхности замка.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

22. Положение пациента в кресле при удалении зубов на верхней челюсти должно быть:

1) удаляемый зуб у больного должен находиться на уровне плечевого сустава хирурга, голова несколько отведена кзади;

2) удаляемый зуб должен находиться на уровне локтевого сустава хирурга, голова отведена кзади;

3) положение пациента в кресле особого значения для хирурга не имеет.

Правильный ответ: 1.

23. Укажите сроки эпителизации лунки удаленного зуба:

1) 1 месяц; 2) 2–3 месяца; 3) 12–14 дней.

Правильный ответ: 3.

Местные осложнения, возникающие во время операции удаления зуба

1. Назовите местные причины луночкового кровотечения:

1) разрыв слизистой оболочки в области лунки;

2) отлом части альвеолы или межкорневой перегородки;

3) неправильный выбор анестетика;

4) повреждение аномально расположенного внутрикостного или десневого сосуда;

5) повреждение сосудистой опухоли, расположенной в области лунки удаляемого зуба;

6) наличие воспалительного процесса в области удаляемого зуба;

7) дилатация сосудов после прекращения действия вазоконстриктора, входящего в состав местного анестетика.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7.

2. Кровоостанавливающий марлевый тампон после остановки луночкового кровотечения следует удалить из лунки:

1) через 3 дня;

2) 5–6 дней;

3) 10–11 дней;

4) 12–15 дней.

Правильный ответ: 2.

3. Признаками перфорации дна верхнечелюстной пазухи являются:

1) выраженный болевой синдром;

2) симптомы отсутствуют;

3) обильное кровотечение из лунки с пузырьками воздуха;

4) положительный симптом воздушной струи;

5) кровотечение из носа.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

4. Тактика врача при проталкивании корня зуба в верхнечелюстную пазуху:

1) закрыть лунку зуба, оставив корень в пазухе;

2) провести удаление корня зуба доступом в верхнечелюстную пазуху через переднюю стенку в условиях стационара;

3) провести удаление корня зуба через переднюю стенку пазухи в условиях поликлиники;

4) провести удаление корня через лунку.

Правильный ответ: 2.

5. Тактика хирурга при переломе корня удаляемого зуба:

1) инстиллировать лунку анестетиком и затампонировать ее йодоформной марлей, а удаление закончить, когда корень начнет выдвигаться из лунки грануляциями;

2) закончить удаление корня, используя методики операции атипичного удаления зуба;

3) отложить операцию удаления корня;

4) назначить физиотерапевтическое лечение.

Правильный ответ: 2.

6. Причиной полного или неполного вывиха соседнего зуба при операции удаления зубов является:

1) упор элеватора на соседний зуб при вывихивании удаляемого зуба;

2) неправильный выбор щипцов, щечки которых шире коронки удаляемого зуба;

3) недостаточный обзор операционного поля;

4) отсутствие последовательности в выполнении этапов операции удаления зуба;

5) скученное положение зубов;

6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.

7. Причинами перелома нижней челюсти во время операции удаления зуба являются:

1) использование инструментов для удаления зубов не по назначению;

2) истончение костной ткани за счет кистозных образований и опухолей, расположенных в зоне удаляемого зуба;

3) истончение костной ткани за счет хронических воспалительных процессов в кости;

4) остеопороз челюстных костей;

5) удаление зуба методом выпиливания;

6) нарушение тактики и не соблюдение этапов (моментов) операции удаления зубов на нижней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

8. Для сохранения кровяного сгустка в лунке после полного удаления зуба, во время которого произошла перфорация пазухи, необходимо:

1) провести тампонаду лунки йодоформной турундой на всю глубину лунки;

- 2) провести тампонаду лунки йодоформной турундой на $\frac{1}{3}$ ее длины, с дополнительной фиксацией шовным материалом к краям лунки;
- 3) провести пластическое устранение перфорационного отверстия с помощью слизисто-надкостничного лоскута;
- 4) закрыть перфорационное отверстие защитной пластинкой.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

9. Тактика врача хирурга-стоматолога при отломе бугра верхней челюсти заключается в следующем:

- 1) репонировать сломанный участок бугра верхней челюсти;
- 2) удалить сломанный участок бугра верхней челюсти и сгладить острые края;
- 3) оставить сломанный участок бугра и ввести в лунку йодоформный тампон;
- 4) провести пластическое устранение сообщения с верхнечелюстной пазухой.

Правильный ответ: 2, 4.

10. При проталкивании корня зуба в мягкие ткани полости рта тактика хирурга-стоматолога заключается в следующем:

- 1) попытаться удалить зуб из мягких тканей дна полости рта в условиях поликлиники;
- 2) оставить его в мягких тканях;
- 3) провести рентгенологическое исследование нижней челюсти;
- 4) удалить зуб из мягких тканей дна полости рта в условиях стационара.

Правильный ответ: 3, 4.

11. Перечислите причины разрывов слизистой оболочки десны при операции удаления зуба:

- 1) игнорирование этапа отслаивания круговой связки зуба перед началом вывихивания последнего;
- 2) недостаточное отслаивание круговой связки зуба перед началом вывихивания последнего;
- 3) неправильный выбор щипцов для удаления зуба;
- 4) грубое продвижение щипцов;
- 5) наложение щипцов на слизистую оболочку десны;
- 6) применение элеватора для удаления зуба.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

Местные осложнения после операции удаления зуба

1. Перечислите местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба:
 - 1) луночковое кровотечение;
 - 2) неврит луночкового нерва;
 - 3) альвеолит;
 - 4) острый периостит челюстей;
 - 5) острый остеомиелит челюстей;
 - 6) остеомиелит лунки;
 - 7) перфорация верхнечелюстной пазухи.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
2. Причиной первичного луночкового кровотечения, возникшего после операции удаления зуба, является:
 - 1) разрыв мягких тканей и отлом части альвеолы;
 - 2) наличие воспалительного процесса в области удаленного зуба;
 - 3) вазопарез сосудов в области лунки после использования местных анестетиков, содержащих вазоконстрикторы;
 - 4) заболевания крови;
 - 5) артериальная гипертензия;
 - 6) прием препаратов влияющих на свертывающую систему крови;
 - 7) все ответы правильные.

Правильный ответ: 7.
3. Тактика врача хирурга-стоматолога при кровотечении, источником которого являются сосуды слизистой оболочки десны, заключается:
 - 1) в измерении артериального давления;
 - 2) наложении швов на кровоточащий участок;
 - 3) затампонировании лунки йодоформным тампоном;
 - 4) проведении сдавления кровоточащего сосуда щипцами;

Правильный ответ: 1, 2.
4. Тактика врача хирурга-стоматолога при невозможности остановки луночкового кровотечения в условиях поликлиники заключается:
 - 1) в проведении перевязки магистральных сосудов;
 - 2) измерении артериального давления;
 - 3) проведении внутривенного переливания кровезамещающих растворов;
 - 4) затампонировании лунки и транспортировки пациента в стационар для уточнения общих причин луночкового кровотечения;
 - 5) направлении пациента на консультацию к гематологу по месту жительства;
 - 6) назначении антигеморрагических препаратов.

Правильный ответ: 2, 4.

5. Перечислите причины развития альвеолита:

- 1) отсутствие в лунке кровяного сгустка;
- 2) дальнейшее течение воспалительного процесса, явившегося причиной удаления зуба;
- 3) длительное кровотечение из лунки;
- 4) наложение направляющих швов на лунку после удаления зуба;
- 5) недостаточная гигиена полости рта;
- 6) снижение общей резистентности организма.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6.

6. Местными признаками альвеолита следует считать:

- 1) отек и гиперемия десны вокруг лунки удаленного зуба;
- 2) кратковременную боль в лунке;
- 3) боли в лунке постоянного характера;
- 4) стенки лунки покрыты серым налетом;
- 5) гнилостный запах из лунки;
- 6) отсутствие кровяного сгустка в лунке;
- 7) ограничение открывания рта.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5, 6.

7. Определите последовательность манипуляций при проведении местного лечения альвеолита:

- 1) заполнение лунки медикаментозными препаратами, обладающими противовоспалительным и обезболивающим эффектом;
- 2) проведение ревизии лунки;
- 3) инстилляционная лунки антисептиками с гидравлическим удалением некротизированного сгустка;
- 4) проведение анестезии.

Правильный ответ: 4, 3, 2, 1.

8. Перечислите общие причины луночкового кровотечения:

- 1) геморрагические диатезы;
- 2) гемофилия;
- 3) С-авитаминоз;
- 4) острый лейкоз;
- 5) гормональные геморрагии;
- 6) превышение допустимой дозы местных анестетиков.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

Особенности проведения анестезии и операции удаления зуба у больных с общесоматической патологией

1. Перед проведением операции удаления зуба у пациента с артериальной гипертензией необходимо:
 - 1) провести премедикацию седативными средствами;
 - 2) провести контроль артериального давления и его медикаментозную коррекцию;
 - 3) избегать создания стрессовых ситуаций при проведении лечения;
 - 4) для местной анестезии использовать анестетики с низким содержанием адреналина (1:200 000);
 - 5) исключить внутрисосудистое введение анестетиков, в состав которых входят вазоконстрикторы;
 - 6) перед удалением зуба подкожное введение кофеина в обязательном порядке.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

2. При проведении операции удаления зуба у пациентов с ишемической болезнью сердца необходимо:
 - 1) воздержаться от применения анестетиков, содержащих вазоконстрикторы;
 - 2) при наличии у пациентов кардиальной боли отложить плановое хирургическое лечение до осмотра участкового терапевта или кардиолога;
 - 3) проводить хирургические вмешательства в полости рта у пациентов с приступом стенокардии только по экстренным показаниям в условиях многопрофильной больницы после купирования приступа;
 - 4) применить анестетик с высоким содержанием вазоконстриктора.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

3. Перечислите особенности проведения анестезию пациентам с «водителями» ритма:
 - 1) использование анестетиков без добавления вазоконстрикторов, в том числе адреналина;
 - 2) использование анестетиков с добавлением вазоконстрикторов, в том числе адреналина;
 - 3) использование любого анестетика;
 - 4) нет особенностей.

Правильный ответ: 1.

4. Перечислите особенности проведения операции удаления зуба у пациентов с бронхиальной астмой:
 - 1) проводить тщательный сбор анамнеза с выяснением причин, которые провоцируют бронхоспазм;

2) рекомендовать пациенту приходить к хирургу с лекарственными препаратами, которыми он пользуется для купирования бронхоспазма;

3) не использовать анестетики, содержащие консерванты и стабилизаторы;

4) не использовать в работе препараты с резким запахом;

5) использовать только анестетики, содержащие вазоконстрикторы, консерванты и стабилизаторы.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

5. После перенесенного инфаркта миокарда можно проводить плановую хирургическую санацию полости рта:

1) через 3 месяца;

2) 1 месяц;

3) 2 недели.

Правильный ответ: 1.

6. Экстренные хирургические вмешательства в полости рта пациенту в первые 6 месяцев после инфаркта миокарда следует проводить:

1) в отделении реанимации многопрофильной больницы;

2) хирургическом кабинете стоматологической поликлиники в присутствии зав. отделения;

3) хирургическом кабинете стоматологической поликлиники в присутствии анестезиолога;

4) многопрофильной больнице с участием анестезиолога и кардиолога.

Правильный ответ: 4.

7. Укажите план и последовательность обследования больных для проведения хирургической санации полости рта у пациентов с отягощенным аллергологическим анамнезом:

1) тщательный сбор анамнеза;

2) консультация врача участкового терапевта;

3) обследование в аллергологическом центре по направлению участкового врача-терапевта;

4) направление пациента в стационар без обследования;

5) обследование в поликлинике по месту жительства желудочно-кишечного тракта, включая УЗИ и ФГС;

6) направление в стационар для проведения хирургической санации полости рта.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 3, 6.

Оказание неотложной помощи на хирургическом приеме в поликлинике

1. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития гипертонического криза на приеме у стоматолога-хирурга:
 - 1) провести премедикацию седативными средствами (транквилизаторами);
 - 2) перед хирургическим вмешательством медикаментозно отрегулировать уровень АД;
 - 3) избегать создания стрессовых ситуаций при проведении хирургического вмешательства;
 - 4) провести хирургическое вмешательство без проведения премедикации и без коррекции уровня АД;
 - 5) при выборе средств для местной анестезии не следует применять препараты, содержащие вазоконстрикторы или содержащие их в минимальной концентрации;
 - 6) использовать адекватные методы обезболивания.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.
2. К лекарственным средствам для лечения гипертонического криза следует отнести:
 - 1) нифедипин;
 - 2) клофелин;
 - 3) дибазол;
 - 4) каптоприл;
 - 5) фуросемид;
 - 6) нитроглицерин;
 - 7) эуфиллин.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.
3. Симптомами стенокардии являются:
 - 1) загрудинные боли, возможно, с иррадиацией в левую руку, плечо, шею;
 - 2) характер болей сжимающий или давящий;
 - 3) характер болей колющий;
 - 4) длительность боли не более 10 минут с момента прекращения нагрузки;
 - 5) длительность более 60–120 минут с момента прекращения нагрузки;
 - 6) быстрый и полный купирующий эффект нитроглицерина.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6.
4. Укажите алгоритм неотложной помощи при приступе стенокардии в амбулаторных условиях:
 - 1) продолжить хирургическое вмешательство, нитроглицерин в таблетках или капсулах;
 - 2) прекращение хирургического вмешательства, нитроглицерин в таблетках или капсулах, акупрессура; при отсутствии эффекта прием нитроглицерина можно повторить через 3–5 мин, амбулаторное наблюдение

ние кардиолога, возобновление хирургического вмешательства при стабилизации состояния;

3) прекращение стоматологического или хирургического вмешательства. Вызвать бригаду скорой помощи.

Правильный ответ: 2.

5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение развития приступа бронхиальной астмы на приеме у стоматолога-хирурга:

1) тщательный сбор анамнеза, включая выявление аллергенов, провоцирующих бронхоспазм;

2) при проведении хирургических вмешательств избегать создания стрессовых ситуаций;

3) обеспечить прием обычно принимаемых пациентом лекарственных препаратов;

4) рекомендовать пациенту принести на прием соответствующий ингалятор;

5) осуществлять тщательный подбор местных анестезирующих средств;

6) провести премедикацию антигистаминными препаратами.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

6. Укажите алгоритм неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы:

1) эуфиллин 5–6 мг/кг внутривенно медленно; β -симпатомиметики парентерально: тербуталин по 5–10 мкг/кг подкожно;

2) глюкокортикостероиды: метилпреднизолон по 1–2 мг на 1 кг веса per os, эуфиллин 5–6 мг /кг внутривенно медленно;

3) β_2 -симпатомиметики короткого действия в ингаляциях: сальбутанол, астмопент, глюкокортикостероиды: метилпреднизолон по 1–2 мг на 1 кг веса per os; эуфиллин 5–6 мг/кг внутривенно медленно в течение 10–15 минут; β -симпатомиметики парентерально: тербуталин по 5–10 мкг/кг.

Правильный ответ: 3.

7. Укажите алгоритм неотложной помощи при гипергликемической коме:

1) вызвать «на себя» бригаду скорой медицинской помощи, провести энергетическую регидратацию при помощи изотонического раствора натрия хлорида; внутривенное струйное или глубокое внутримышечное введение простого инсулина в разовой дозе 10–20 ЕД;

2) вызвать «на себя» бригаду скорой помощи;

3) ввести простой инсулин в разовой дозе 10–20 ЕД; ввести сердечные гликозиды.

Правильный ответ: 1.

8. Назовите факторы риска развития лекарственного анафилактического шока:

- 1) аллергия в анамнезе, в том числе и лекарственная;
- 2) длительное применение лекарственных веществ, особенно повторными курсами;
- 3) длительное применение антигистаминных препаратов;
- 4) высокая сенсибилизирующая активность лекарственного препарата;
- 5) длительный профессиональный контакт с лекарствами;
- 6) наличие дерматомикозов;
- 7) использование депо-препаратов.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7.

9. Назовите варианты развития лекарственного анафилактического шока в зависимости от клинических проявлений:

- 1) гемодинамический (коллаптоидный);
- 2) асфиксический;
- 3) сердечный;
- 4) рефлекторный;
- 5) церебральный;
- 6) абдоминальный;
- 7) тромбоэмболический.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6, 7.

10. По степени тяжести анафилактический шок разделяют:

- 1) на легкую форму;
- 2) среднюю форму;
- 3) тяжелую форму;
- 4) крайне тяжелую форму.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

11. Основными симптомами анафилактического шока являются:

- 1) внезапное появление чувства страха, тревоги;
- 2) выраженная общая слабость, головокружение, головная боль;
- 3) внезапная потеря сознания;
- 4) уровень АД снижен или не определяется;
- 5) уровень АД без изменений или снижается до 90/60 мм рт. ст.;
- 6) пульс на периферических артериях нитевидный или не определяется.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6.

12. Ведущим синдромом гемодинамического варианта лекарственного анафилактического шока является:

1) развитие бронхо- и ларингоспазма с отеком гортани и появление признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности;

2) превалирование в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии;

3) развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушение сознания больного;

4) появление симптоматики «ложного острого живота» (резкие боли в эпигастральной области и признаки раздражения брюшины).

Правильный ответ: 2.

13. Ведущим синдромом церебрального варианта лекарственного анафилактического шока является:

- 1) развитие бронхо- и ларингоспазма с отеком гортани и появление признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности;
- 2) превалирование в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии;
- 3) развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушение сознания больного;
- 4) появление симптоматики «ложного острого живота» (резкие боли в эпигастральной области и признаки раздражения брюшины).

Правильный ответ: 3.

14. Ведущим синдромом асфиксического варианта лекарственного анафилактического шока является:

- 1) развитие бронхо- и ларингоспазма с отеком гортани и появление признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности;
- 2) превалирование в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии;
- 3) развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушение сознания больного;
- 4) появление симптоматики «ложного острого живота» (резкие боли в эпигастральной области и признаки раздражения брюшины).

Правильный ответ: 1.

15. Ведущим синдромом абдоминального варианта лекарственного анафилактического шока является:

- 1) развитие бронхо- и ларингоспазма с отеком гортани и появление признаков тяжелой острой дыхательной недостаточности;
- 2) превалирование в клинической картине гемодинамических нарушений с развитием выраженной гипотонии;
- 3) развитие судорожного синдрома на фоне психомоторного возбуждения, страха, нарушение сознания больного;
- 4) появление симптоматики «ложного острого живота» (резкие боли в эпигастральной области и признаки раздражения брюшины).

Правильный ответ: 4.

16. Укажите алгоритм неотложной помощи при развитии анафилактического шока:

- 1) немедленное прекращение введения предполагаемого аллергена, контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, введение 0,1%-ного раствора адреналина внутривенно капельно в дозе 0,3–0,8 мг/кг, введение кортикостероидов в дозе 2–5 мг/кг;
- 2) немедленное прекращение введения предполагаемого аллергена, введение 0,1%-ного раствора адреналина внутривенно из расчета 0,3–0,8 мг/кг, введение кортикостероидов в дозе 2–5 мг/кг;

3) введение кортикостероидов, прессорных аминов внутривенно капельно;

4) немедленное прекращение введения предполагаемого аллергена, контроль и обеспечение проходимости верхних дыхательных путей, введение кортикостероидов, прессорных аминов внутривенно капельно.

Правильный ответ: 1.

17. Формами обморока являются:

- | | |
|-------------------|----------------------------------|
| 1) мозговой; | 2) сердечный; |
| 3) рефлекторный; | 4) истерический (псевдообморок); |
| 5) абдоминальный; | 6) тромбоэмболический. |

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

18. Перечислите основные симптомы гипергликемической комы:

1) общая слабость, вялость, сонливость, шум в ушах, жажда, учащенное мочеиспускание;

2) одышка, боли в области сердца, неутолимая жажда;

3) больной безучастен к происходящему, на вопросы отвечает односложно, вяло, кожа сухая, шершавая;

4) повышенное АД, больной покрыт холодным липким потом;

5) резкий запах ацетона;

6) диплопия.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

Апикальные периодонтиты.

Клиника, диагностика, хирургическое лечение

1. Под апикальным периодонтитом принято понимать:

1) инфекционно-воспалительный процесс в периапикальной зоне;

2) воспаление кортикальной пластинки альвеолы;

3) инфекционно-воспалительный процесс в периодонте;

4) воспалительный процесс, локализующийся в тканях периодонта и распространяющийся на прилежащие к нему костные структуры.

Правильный ответ: 4.

2. К этиологическим факторам развития периодонтита следует относить:

1) сенсibilизацию организма;

2) септический некроз пульпы зуба;

3) ксеростомию;

4) инфекционные заболевания острые респираторные заболевания, переохлаждение, длительное нервно-психическое и физическое переутомление.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

3. К путям распространения инфекционного агента в ткани периодонта относят:

- 1) интраканаликулярный;
- 2) тонзилогенный;
- 3) через патологический зубодесневой карман;
- 4) лимфогенный;
- 5) гематогенный;

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

4. Перечислите формы хронического апикального периодонтита по клинической классификации Г. И. Лукомского:

- 1) гранулирующий;
- 2) гранулематозный;
- 3) фиброзный;
- 4) гнойный;
- 5) серозный.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

5. При хроническом апикальном гранулематозном периодонтите в кости происходят следующие изменения:

- 1) разрастание фиброзной ткани;
- 2) резорбирование костной ткани заполняемой грануляционной тканью, которая созревая, превращается в соединительно-тканную капсулу;
- 3) резорбирование костной ткани частично замещаемой грануляционной тканью и соединительно-тканной капсулой;
- 4) частичное восстановление грануляционной тканью резорбированной костной ткани.

Правильный ответ: 3.

6. При хроническом апикальном фиброзном периодонтите в кости происходят следующие изменения:

- 1) разрастание фиброзной ткани;
- 2) резорбирование костной ткани заполняемой грануляционной тканью, которая созревая, превращается в соединительно-тканную капсулу;
- 3) резорбирование костной ткани частично замещаемой грануляционной тканью и соединительно-тканной капсулой;
- 4) частичное восстановление грануляционной тканью резорбированной костной ткани.

Правильный ответ: 1.

7. При хроническом апикальном гранулирующем периодонтите в кости происходят следующие изменения:

- 1) разрастание фиброзной ткани на месте резорбированной кости;
- 2) резорбирование костной ткани заполняемой грануляционной тканью, которая созревая, превращается в соединительно-тканную капсулу;
- 3) резорбирование костной ткани частично замещаемой грануляционной тканью и соединительно-тканной капсулой;

4) частичное восстановление грануляционной тканью резорбированной костной ткани.

Правильный ответ: 4.

8. Для хронического апикального гранулирующего периодонтита характерны следующие клинические признаки:

- 1) разрушенный кариозным процессом зуб;
- 2) пломбированный зуб по поводу неосложненного кариеса;
- 3) пломбированный зуб по поводу осложненного кариеса;
- 4) незначительный отек в области проекции верхушки корня, гиперемия десны;

5) наличие свища на десне в области проекции верхушки корня;

6) наличие свища на коже лица.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5, 6.

9. Для хронического апикального гранулематозного периодонтита характерна следующая рентгенологическая картина:

1) в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами;

2) очаг деструкции костной ткани с неровными краями, с неровными контурами в виде «языков пламени»;

3) деформация периодонтальной щели в виде равномерного или очагового ее расширения;

4) очаг деструкции костной ткани без четких контуров в периапикальных тканях группы зубов.

Правильный ответ: 1.

10. Для хронического апикального фиброзного периодонтита характерна следующая рентгенологическая картина:

1) в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами;

2) очаг деструкции костной ткани с неровными краями, с неровными контурами в виде «языков пламени»;

3) деформация периодонтальной щели в виде равномерного или очагового ее расширения;

4) очаг деструкции костной ткани без четких контуров в периапикальных тканях группы зубов.

Правильный ответ: 3.

11. Для хронического апикального гранулирующего периодонтита характерна следующая рентгенологическая картина:

1) в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами;

2) очаг деструкции костной ткани с неровными краями, с неровными контурами в виде «языков пламени»;

3) деформация периодонтальной щели в виде равномерного или очагового ее расширения;

4) очаг деструкции костной ткани без четких контуров в периапикальных тканях группы зубов.

Правильный ответ: 2.

12. Назовите признаки хронического апикального периодонтита в стадии обострения:

1) постоянная боль в причинном зубе;

2) резкая боль в причинном зубе при механической нагрузке;

3) чувство выросшего зуба;

4) разрушение коронки зуба вследствие кариеса;

5) деструкция периапикальной кости, определяемая рентгенологически.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

13. Течение хронического гранулирующего апикального периодонтита обостряется:

1) при закрытии свища,

2) снижении резистентности организма,

3) перенесенных инфекционных болезней,

4) переохлаждении организма, длительном нервно-психическом и физическом переутомлении;

5) проведении анестезии.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

14. По морфологическому строению гранулемы различают:

1) простые гранулемы, состоящие из элементов соединительной (грануляционной) ткани;

2) эпителиальные гранулемы, в которых между элементами грануляционной ткани находятся тяжи эпителия;

3) кистогранулемы, содержащие полость, выстланную эпителием.

4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 4.

15. Гранулемой принято считать очаг деструкции костной ткани с четкими контурами следующих размеров:

1) до 0,5 см в диаметре;

2) от 0,6 до 0,8 см в диаметре;

3) более 0,8 см в диаметре;

4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 1.

16. Задачами хирургического лечения больных с хроническими апикальными периодонтитами являются:

1) ликвидация очагов одонтогенной инфекции в области апексов корней «причинных» зубов;

2) удаление секвестров;

- 3) сохранение функции зубов, подвергшихся оперативному лечению;
- 4) создание оптимальных условий для регенерации костной ткани челюсти.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

17. С целью одномоментного и радикального удаления периапикальных очагов одонтогенной инфекции при сохранении «причинных» зубов выполняют следующие операции:

- 1) резекцию верхушки корня зуба;
- 2) гемисекцию и ампутацию корня зуба;
- 3) цистэктомия
- 4) короноро-радикулярную сепарацию;
- 5) периостотомия;
- 6) реплантацию зуба.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6.

18. К операциям, позволяющим частично сохранить коронковую часть зуба и его периодонт, относят:

- 1) гемисекцию и ампутацию корня зуба;
- 2) резекцию верхушки корня зуба;
- 3) коронко-радикулярную сепарацию зуба;
- 4) реплантацию зуба.

Правильный ответ: 1, 3.

Одонтогенный периостит челюстей. Клиника. Диагностика. Лечение

1. Острый периостит челюстей — это:

- 1) ограниченное воспаление надкостницы альвеолярного отростка на протяжении нескольких зубов;
- 2) разлитое воспаление надкостницы альвеолы зуба;
- 3) отслойка надкостницы альвеолярного отростка;
- 4) инфекционный гнойно-некротический процесс в костной ткани, окружающей инфицированный периодонт.

Правильный ответ: 1.

2. Перечислите формы острого одонтогенного периостита:

- 1) серозный;
- 2) гнойный;
- 3) оссифицирующий;
- 4) фиброзный.

Правильный ответ: 1, 2.

3. Причинами острого одонтогенного периостита челюстей являются:

- 1) пломбирование корней зубов при недостаточной их антисептической обработке;

- 2) выведение пломбировочного материала за верхушку корня;
- 3) несоблюдение техники выполнения проводниковой анестезии;
- 4) несвоевременное лечение зуба по поводу обострения хронического периодонтита;

- 5) нагноение радикулярной или фолликулярной кисты;
- 6) перикоронарит;
- 7) травматичное удаление зубов.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7.

4. Для острого гнойного периостита характерны следующие общие клинические проявления:

- 1) ухудшение общего самочувствия;
- 2) повышение температуры тела до 39 °С;
- 3) лихорадка;
- 4) повышение температуры тела до 38 °С;
- 5) сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- 6) появление С-реактивного белка в крови;
- 7) появление токсигенной зернистости нейтрофилов.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

5. Для острого гнойного периостита характерны следующие местные клинические проявления:

- 1) гиперемия и отек слизистой оболочки переходной складки на протяжении 2–3 зубов;
- 2) гиперемия и отек слизистой оболочки альвеолярного отростка в области одного зуба;
- 3) «муфтообразное» вздутие тела челюсти из-за отека и инфильтрации периоста;
- 4) инфильтрация переходной складки;
- 5) патологическая подвижность одного зуба;
- 6) патологическая подвижность нескольких зубов.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

6. Рентгенологические симптомы при остром периостите:

- 1) отсутствуют;
- 2) соответствуют рентгенологическим признакам хронического периодонтита;
- 3) очаговый или диффузный остеопороз периапикальной зоны.

Правильный ответ: 2.

7. Лечение острого одонтогенного периостита челюстей заключается:

- 1) только в хирургическом лечении;
- 2) только в медикаментозном лечении;
- 3) в комплексном (хирургическом и медикаментозном) лечении.

Правильный ответ: 3.

8. Хирургическое лечение при остром гнойном периостите челюстей заключается:
- 1) в удалении причинного зуба и проведении периостотомии;
 - 2) проведении периостотомии и вскрытии полости зуба;
 - 3) проведении периостотомии и резекции верхушки корня.
- Правильный ответ: 1, 2.*
9. Для проведения хирургического лечения при остром периостите инфльтрационная анестезия проводится:
- 1) в область инфильтрата;
 - 2) в здоровые ткани на границе с инфильтратом;
 - 3) со всех сторон от инфильтрата на границе здоровых и патологически измененных тканей;
 - 4) в область инфильтрата и вокруг него;
 - 5) под надкостницу.
- Правильный ответ: 3.*
10. Причинные зубы при периостите не удаляют, если:
- 1) это зубы с хорошо проходимыми корневыми каналами;
 - 2) зубы с хорошо запломбированными накануне корневыми каналами;
 - 3) это зубы с непроходимыми каналами;
 - 4) причинный зуб подлежит обязательному удалению.
- Правильный ответ: 1, 2.*
11. Первичная хирургическая обработка гнойного очага при остром гнойном периостите челюстей включает:
- 1) проведение анестезии;
 - 2) рассечение слизистой оболочки и надкостницы по переходной складке на уровне 2–3 зубов;
 - 3) удаление причинного зуба (по показаниям);
 - 4) дренирование раны;
 - 5) рассечение слизистой оболочки по переходной складке.
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.*
12. Для обеспечения оттока экссудата после проведения первичной хирургической обработки при остром одонтогенном периостите челюстей рану следует дренировать:
- 1) резиновым перчаточным дренажем;
 - 2) марлевым дренажем;
 - 3) трубчатым дренажем;
 - 4) рану можно не дренировать.
- Правильный ответ: 1.*

13. Укажите местные клинические проявления при остром гнойном периостите, локализуемом в области твердого нёба:

- 1) появление резко гиперемированной полушаровидной или полуовальной припухлости в области твердого нёба;
- 2) сглаженность переходной складки;
- 3) слизистая оболочка над областью припухлости гиперемирована, отечна;
- 4) острая пульсирующая боль в области гнойного очага;
- 5) парестезия в области гнойно-воспалительного очага.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

14. При лечении острых одонтогенных периоститов назначают физиотерапевтическое лечение:

- 1) УВЧ-терапия;
- 2) УФО области раны;
- 3) электрофорез с 3%-ным раствором йодистого калия;
- 4) электрофорез с 10%-ным раствором хлористого кальция.

Правильный ответ: 1, 2.

15. Средние сроки временной утраты трудоспособности при остром гнойном одонтогенном периостите составляют:

- | | |
|--------------|---------------|
| 1) 1–2 дня; | 2) 3–5 дней; |
| 3) 6–8 дней; | 4) 9–12 дней. |

Правильный ответ: 2.

16. Чаще всего причиной острого гнойного периостита на нижней челюсти являются:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1) первые моляры; | 2) третьи моляры; |
| 3) первые резцы; | 4) клыки; |
| 5) первые премоляры; | 6) вторые резцы. |

Правильный ответ: 1, 2.

17. Чаще всего причиной острого гнойного периостита на верхней челюсти являются:

- | | |
|----------------------|-------------------|
| 1) первые моляры; | 2) третьи моляры; |
| 3) первые резцы; | 4) клыки; |
| 5) первые премоляры; | 6) вторые резцы; |
| 7) вторые моляры; | |

Правильный ответ: 1, 5.

18. При проведении первичной хирургической обработки гнойных очагов при периоститах челюстей применяют следующие анестезии:

- | | |
|-------------------|----------------------|
| 1) проводниковую; | 2) инфильтрационную; |
| 3) субдуральную; | 4) эндолюмбальную. |

Правильный ответ: 1, 2.

19. При первичной хирургической обработке гнойных очагов при периодите челюстей применяют следующие виды инфильтрационной анестезии:

- 1) поднадкостничная;
- 2) итролигаментарная;
- 3) прямая инфильтрационная;
- 4) непрямая инфильтрационная.

Правильный ответ: 4.

20. Требования к разрезу при первичной хирургической обработке гнойного очага следующие:

- 1) рассечение слизистой оболочки, подслизистой, надкостницы в проекции 2–3 зубов;
- 2) рассечение слизистой оболочки, подслизистой в проекции корня причинного зуба;
- 3) рассечение слизистой оболочки, подслизистой в проекции 2–3 зубов.

Правильный ответ: 1.

21. При локализации воспалительного процесса со стороны преддверия полости рта разрез проводится:

- 1) по переходной складке на всю длину инфильтрата;
- 2) альвеолярному отростку челюсти;
- 3) слизистой оболочке щеки.

Правильный ответ: 1.

22. При локализации воспалительного процесса со стороны твердого нёба разрез проводится:

- 1) в месте перехода альвеолярного отростка в горизонтальную нёбную пластинку верхней челюсти;
- 2) иссекается треугольный участок мягких тканей стенки абсцесса;
- 3) параллельно краю альвеолярного отростка в области наибольшей инфильтрации тканей с иссечением треугольного участка мягких тканей.

Правильный ответ: 3.

23. При локализации воспалительного процесса с язычной стороны разрез проводится:

- 1) в области перехода слизистой оболочки альвеолярного отростка на подъязычную область по всей длине инфильтрата вдоль края челюсти;
- 2) области десневого края;
- 3) подъязычной области.

Правильный ответ: 1.

24. Дренирование раны резиновым перчаточным дренажом проводится с целью:

- 1) обеспечения оттока экссудата;
- 2) предупреждения слипания краев раны.

Правильный ответ: 2.

25. При проведении первичной хирургической обработки гнойных очагов при периоститах челюстей соблюдаются правила асептики и антисептики:

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

26. При проведении антибактериального медикаментозного лечения при периостите челюстей применяют антибиотики:

- 1) широкого спектра действия;
- 2) обладающие тропизмом к костной ткани;
- 3) обладающие бактерицидным и бактериостатическим действием.
- 4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 4.

27. Для инсталляции раны при проведении оперативного вмешательства при периоститах челюстей применяют антисептики:

- 1) 0,05%-ный водный раствор хлоргексидина;
- 2) 4%-ный раствор перекиси водорода;
- 3) 1%-ный раствор перманганата калия;
- 4) 0,1%-ный спиртовой раствор хлоргексидина.

Правильный ответ: 1, 3.

28. Противопоказаниями для назначения физиотерапевтического лечения при периоститах челюстей являются:

- 1) угроза возникновения тромбофлебитов лицевых вен;
- 2) отсутствие проведения первичной хирургической обработки гнойного очага;
- 3) недостаточная длина разреза при первичной хирургической обработке гнойного очага;
- 4) непосредственное назначение их при первичной хирургической обработке.
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

29. Боли при острых периоститах челюстей носят следующий характер:

- 1) острые пульсирующие с иррадиацией по ходу ветвей тройничного нерва;
- 2) тупые, ноющие;
- 3) кратковременные острые колющего характера;
- 4) тупые, которые усиливаются при действии термических раздражителей.

Правильный ответ: 1.

30. Факторами, оказывающими влияние на клиническое течение периостита, являются:
- 1) реактивность организма;
 - 2) наличие ретенрованного зуба;
 - 3) вирулентность микроорганизма;
 - 4) локализация воспалительного процесса.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4.
31. Симптомами, указывающими на интоксикацию организма при периоститах челюстей, являются:
- 1) общее недомогание;
 - 2) покраснение кожных покровов;
 - 3) головная боль;
 - 4) повышение температуры тела до 37,8 °С.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4.
32. Асимметрия лица при периоститах челюстей является следствием:
- 1) отека мягких тканей, окружающих челюсти;
 - 2) инфильтрации мягких тканей, окружающих челюсти;
 - 3) образования в области мягких тканей, окружающих челюсти;
 - 4) рубцовой деформации мягких тканей, окружающих челюсти;
- Правильный ответ:* 1.
33. Регионарные лимфатические узлы при периоститах челюстей могут быть:
- 1) плотными, безболезненными при пальпации;
 - 2) не пальпируются;
 - 3) увеличены, болезненны при пальпации;
 - 4) «деревянистой» плотности, безболезненны при пальпации.
- Правильный ответ:* 2, 3.
34. Симптом флюктуации по переходной складке определяется:
- 1) при серозном периостите;
 - 2) гнойном периостите.
- Правильный ответ:* 2.
35. Причинными зубами, при которых чаще всего возникают периоститы верхней челюсти с абсцедированием в области твердого нёба, являются:
- 1) 11, 22 или 14, 24;
 - 2) 16, 26 – 17, 27;
 - 3) 18 – 28.
- Правильный ответ:* 2, 3.
36. Дополнительными методами исследования при периоститах челюстей являются:
- 1) цитологическое исследование;
 - 2) радиоизотопное исследование;
 - 3) рентгенологические методы;
 - 4) ЭОД;
 - 5) лабораторные исследования крови;
 - 6) показатели температуры тела больного.
- Правильный ответ:* 2, 3.

37. При острых одонтогенных периоститах челюстей следует применять методы рентгенологического исследования:

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

38. При острых одонтогенных периоститах челюстей применяют методы лучевой диагностики:

- 1) компьютерная томография челюстей;
2) ЯМР-томография мягких тканей и челюстей;
3) УЗИ мягких тканей;
4) ортопантомография челюстей;
5) дентальная рентгенография.

Правильный ответ: 4, 5.

39. Физиотерапевтическое лечение у больных с острым одонтогенным периоститом в виде электрофореза с 10%-ным раствором хлористого кальция применяется:

- 1) до оперативного вмешательства;
2) после оперативного вмешательства;
3) не применяется.

Правильный ответ: 3.

40. Больные с острым одонтогенным периоститом относятся к группе диспансерного наблюдения:

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

41. Средние сроки временной утраты трудоспособности при остром одонтогенном периостите нижней челюсти в случае правильно выбранной тактики лечения составляют:

- 1) 1–2 дня; 2) 3–4 дня; 3) 5–6 дней. 4) 8–10 недель.

Правильный ответ: 3.

Одонтогенные лимфадениты. Клиника. Диагностика. Лечение

1. По локализации входных ворот инфекционного агента лимфадениты различают:

- 1) одонтогенные; 2) стоматогенные;
3) риногенные; 4) дерматогенные;
5) тонзиллогенные; 6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.

2. По характеру течения лимфадениты подразделяют:
- 1) на острые;
 - 2) хронические;
 - 3) хронические в стадии обострения;
 - 4) репродуктивные.
- Правильный ответ:* 1, 2, 3.
3. В зависимости от характера и распространенности острого воспаления в области лимфатического узла различают:
- 1) острый серозный лимфаденит;
 - 2) острый гнойный лимфаденит;
 - 3) продуктивный лимфаденит;
 - 4) одонтогенная аденофлегмона.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4.
4. Перечислите клинические симптомы острого гнойного лимфаденита:
- 1) кожа над лимфоузлом в цвете не изменена;
 - 2) кожа над лимфоузлом отечна, гиперемирована;
 - 3) пальпаторно определяется резко болезненное «образование» округлой формы;
 - 4) пальпаторно определяется безболезненное «образование» округлой формы;
 - 5) при пункции «образования» — гнойное содержимое;
 - 6) при пункции «образования» — геморрагическое содержимое.
- Правильный ответ:* 2, 3, 5.
5. Для диагностики острого гнойного лимфаденита следует проводить:
- 1) пункцию лимфоузла;
 - 2) КТ регионарной области (по показаниям);
 - 3) УЗИ лимфатического узла;
 - 4) ЯМРТ регионарной области (по показаниям).
- Правильный ответ:* 1, 2, 3, 4.
6. Лечение острого гнойного одонтогенного лимфаденита включает:
- 1) санацию очагов одонтогенной инфекции;
 - 2) первичную хирургическую обработку гнойного очага;
 - 3) медикаментозную терапию;
 - 4) комплексную противовоспалительную терапию.
- Правильный ответ:* 1, 2, 4.
7. Осложнением острого одонтогенного лимфаденита является:
- 1) аденофлегмона;
 - 2) остеофлегмона;
 - 3) острый остеомиелит;
 - 4) воспалительный инфильтрат.
- Правильный ответ:* 1.
8. Хронический, продуктивный лимфаденит необходимо дифференцировать:
- 1) с острым гнойным лимфаденитом;
 - 2) со специфическим лимфаденитом;
 - 3) с дермоидной кистой;

- 4) с доброкачественными опухолями;
- 5) с первичными злокачественными опухолями лимфатических узлов и метастазами в них;
- 6) с аденофлегмоной.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5.

9. Тактика лечения хронического одонтогенного, продуктивного лимфаденита заключается:

- 1) в санации очагов одонтогенной инфекции;
- 2) повышении реактивности организма;
- 3) удалении лимфатического узла с последующим гистологическим исследованием (по показаниям);
- 4) проведении первичной хирургической обработки.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

10. Лицевые, или щечные, лимфатические узлы разделяют на следующие группы:

- 1) верхние или подглазничные;
- 2) средние или щечные;
- 3) супрамандибулярные в количестве от 1 до 3;
- 4) все ответы правильные.

Правильные ответы: 4.

11. Число околоушных лимфатических узлов составляет:

- 1) 1–2;
- 2) 7–8;
- 3) 3–5.

Правильный ответ: 3.

12. Число передних лимфатических ушных узлов составляет:

- 1) 1–2;
- 2) 5–7;
- 3) 6–8;
- 4) 1–3.

Правильный ответ: 4.

13. В соответствии с классификацией лимфадентиты подразделяют:

- 1) на острые (серозные, гнойные);
- 2) хронические (гиперпластические, гнойные);
- 3) специфические;
- 4) неспецифические;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

14. При отсутствии положительной динамики консервативного лечения при хроническом продуктивном лимфадентите следует:

- 1) удалить лимфоузел с обязательным последующим гистологическим исследованием;
- 2) провести короткофокусную рентген-терапию;
- 3) провести склерозирующую терапию;
- 4) провести курс блокад местными анестетиками.

Правильный ответ: 1.

Болезни прорезывания зубов. Клиника. Диагностика. Лечение

1. К болезням прорезывания зубов относят:
 - 1) изменение сроков прорезывания зубов;
 - 2) неправильное положение прорезывающегося зуба;
 - 3) неправильное расположение зубного зачатка в кости;
 - 4) воспалительные процессы, возникающие вокруг прорезывающегося зуба;
 - 5) отсутствие зачатка зуба в челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.
2. Дистопия зуба — это:
 - 1) нарушение сроков прорезывания зуба;
 - 2) расположение либо прорезывание зуба в атипичном или не характерном для данной группы зубов, положении;
 - 3) воспаление мягких тканей вокруг прорезывающегося зуба;
 - 4) перемещение неправильно расположенного зуба в анатомическое положение с помощью ортодонтических аппаратов.

Правильный ответ: 2.
3. Ретенция зуба — это:
 - 1) наличие непрорезавшегося полностью сформированного зуба, расположенного в характерном для него месте альвеолярного отростка челюсти;
 - 2) прорезывание зуба в атипичном положении;
 - 3) воспаление мягких тканей вокруг прорезывающегося зуба.

Правильный ответ: 1.
4. Ретенция зуба может быть:
 - 1) полная;
 - 2) неполная;
 - 3) смешанная;
 - 4) сложная.

Правильный ответ: 1, 2.
5. Расположение нижнего зуба мудрости в собственно ветви нижней челюсти — это:
 - 1) полная ретенция;
 - 2) неполная ретенция;
 - 3) дистопия.

Правильный ответ: 3.
6. При дифференциальной диагностике полной и неполной ретенции зуба необходимы дополнительные методы исследования:
 - 1) осмотр полости рта;
 - 2) компьютерная томография;
 - 3) ортопантомография челюстей;
 - 4) радиоизотопный метод исследования.

Правильный ответ: 2, 3.

7. Перечислите осложнения, которые могут возникать при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости:

- 1) острый перикоронарит;
- 2) абсцесс позадиомолярного пространства;
- 3) абсцесс подмассетериального пространства;
- 4) абсцесс челюстно-язычного желобка;
- 5) абсцесс крыловидно-нижнечелюстного пространства;
- 6) острый позадиомолярный периостит нижней челюсти;
- 7) острый остеомиелит нижней челюсти;
- 8) абсцесс подвисочной области.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

8. Перикоронарит — это:

- 1) воспаление мягких тканей в околокоронковой части зуба при затрудненном его прорезывании;
- 2) воспалительный процесс в области слизистой оболочки челюстно-язычного желобка;
- 3) самопроизвольная боль в области непрорезавшегося зуба;
- 4) осложнение, возникшее после удаления ретенированного зуба.

Правильный ответ: 1.

9. Сохранение нижнего зуба мудрости при затрудненном его прорезывании возможно:

- 1) при правильном расположении зуба в альвеолярном отростке;
- 2) наличии места в ретромолярном пространстве для его прорезывания;
- 3) отсутствии хронического воспаления в кости вокруг зуба, и болезней твердых тканей зуба;
- 4) наличии несформированных верхушек корней на рентгенограмме, указывающих на возможность дальнейшего прорезывания жевательной поверхности коронки в окклюзионную плоскость;
- 5) наличии зуба-антагониста;
- 6) желании пациента сохранить зуб.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

10. При решении вопроса о сохранении нижнего зуба мудрости при затрудненном его прорезывании ретромолярное расстояние составляет:

- 1) 32 мм;
- 2) 29 мм;
- 3) 20 мм;
- 4) соотношение размеров коронки реального зуба с размерами ретромолярного пространства на рентгенограмме.

Правильный ответ: 4.

11. Хирургическими операциями при затрудненном прорезывании нижнего зуба мудрости с его сохранением могут быть:

- 1) периостотомия;
- 2) перикоронаротомия;
- 3) перикоронарэктомия;
- 4) лоскутная операция.

Правильный ответ: 2, 3.

12. Какое оперативное вмешательство показано при горизонтальном положении нижнего зуба мудрости?

- 1) перикоронарэктомия;
- 2) перикоронаротомия;
- 3) удаление 38, 48;
- 4) атипичное удаление 38, 48.

Правильный ответ: 3, 4

13. Перикоронаротомия — это:

- 1) рассечение слизистого «капюшона» над прорезывающимся зубом;
- 2) иссечение слизистого «капюшона» над прорезывающимся зубом;
- 3) рассечение надкостницы в проекции вершины корня зуба;
- 4) отслоение слизисто-надкостничного лоскута для обнажения коронки ретенрованного зуба.

Правильный ответ: 1.

14. Перикоронарэктомия — это:

- 1) рассечение слизистого «капюшона» над прорезывающимся зубом;
- 2) иссечение слизистого «капюшона» над прорезывающимся зубом;
- 3) рассечение надкостницы в проекции вершины корня зуба;
- 4) отслоение слизисто-надкостничного лоскута для обнажения коронки ретенрованного зуба.

Правильный ответ: 2.

15. К местным симптомам острого гнойного перикоронарита в области нижнего зуба мудрости относятся:

- 1) отек и гиперемия слизистой оболочки капюшона в области прорезывающегося зуба с распространением на крылонижнечелюстную складку;
- 2) выделение гнойного экссудата из-под слизистой оболочки капюшона;
- 3) перкуссия соседнего зуба болезненная;
- 4) затрудненное открывание полости рта;
- 5) боль при глотании с иррадиацией в ухо, височную область;
- 6) болезненный инфильтрат в поднижнечелюстной области;
- 7) увеличенные регионарные лимфатические узлы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 7.

16. Перечислите причины ретенции клыков на верхней челюсти:

- 1) нарушение закладки зачатка постоянного зуба;
- 2) наличие сверхкомплектных зубов на пути прорезывания клыка;
- 3) дефицит места в челюсти;
- 4) зачаток клыка находится выше других зубов и при удалении молочных зубов образуется дефицит места в челюсти;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

17. На рентгенограмме нижней челюсти при затрудненном прорезывании нижнего восьмого зуба, осложненного перикоронаритом, определяют:

- 1) положение нижнего восьмого зуба;
- 2) состояние его периодонта;
- 3) состояние окружающей его кости;
- 4) состояние окружающих мягких тканей;
- 5) отношение зуба к ветви нижней челюсти;
- 6) отношение зуба к нижнечелюстному каналу.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

18. Диагноз дистопированного зуба устанавливается на основании:

- 1) при осмотре зубного ряда имеется зуб, выступающий из зубного ряда;
- 2) при осмотре зубного ряда имеется зуб, расположенный неправильно по отношению к другим зубам;
- 3) наличия сверхкомплектного зуба в зубном ряду;
- 4) рентгенологически определяется дистопированный зуб в зубном ряду;
- 5) рентгенологически определяется зуб вне зубного ряда;
- 6) рентгенологически определяется зуб в других участках верхней или нижней челюсти (придаточных пазухах носа, ветви челюсти).

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

19. Дистопированные клыки удаляют в случаях:

- 1) при отсутствии клинических симптомов воспаления в области проекции расположения клыков в альвеолярных отростках челюсти;
- 2) отсутствии частого рецидивирования воспалительных явлений в области проекции расположенных клыков в альвеолярных отростках челюстей;
- 3) отсутствии результата от ортодонтического лечения;
- 4) наличии очага деструкции костной ткани в окружении дистопированного зуба при рентгенологическом исследовании;
- 5) наличии интактной кости в окружении дистопированного зуба.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

20. Показанием для удаления дистопированного, ретенированного зуба из верхнечелюстной пазухи являются:

- 1) интактная пазуха;
- 2) клинически и рентгенологически определяемый синусит верхнечелюстной пазухи;
- 3) наличие стойкого болевого синдрома со стороны верхней челюсти.

Правильный ответ: 2, 3.

21. Показанием для удаления дистопированного, ретенированного зуба, расположенного в области горизонтального сегмента тела нижней челюсти являются:

1) наличие стойкого болевого синдрома в области зубного ряда нижней челюсти;

2) рентгенологически определяемого очага деструкции костной ткани в области дистопированного, ретенированного зуба;

3) наличие интактной костной ткани в области дистопированного, ретенированного зуба;

4) расположение зуба в проекции нижнечелюстного канала без наличия болевого синдрома;

5) расположение зуба в проекции нижнечелюстного канала при наличии стойкого болевого синдрома.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

22. При полуретенированном зубе рентгенологически определяется:

1) зуб, расположенный в альвеолярном отростке тела челюсти;

2) коронка или только часть ее прикрыта костной тканью;

3) коронка полностью покрыта костной тканью;

4) коронка не покрыта костной тканью.

Правильный ответ: 1, 2.

23. Тактика по отношению к полуретенированным зубам мудрости на верхней и нижней челюстях заключается в следующем:

1) ортодонтическое лечение;

2) удаление;

3) наблюдение в динамике.

Правильный ответ: 2.

24. Причинами ретенции клыков на верхней челюсти являются:

1) нарушение закладки зачатка постоянного зуба;

2) сверхкомплектные зубы на пути прорезывания;

3) дефицит места;

4) воспалительные заболевания молочных зубов;

5) наклон корня клыка в дистальную сторону;

6) постоянные клыки прорезываются последними;

7) вредные привычки.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

25. Пациенты после операции удаления ретенированного клыка из области верхней челюсти подлежат диспансеризации:

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

26. Средние сроки нетрудоспособности после операции удаления ретенни-
рованного клыка с области верхней челюсти составляют:

- 1) 2–3 дня;
- 2) 4–7 дней;
- 3) 8–10 дней;
- 4) 11–14 дней.

Правильный ответ: 2.

27. Проведение операции удаления ретеннированного третьего зуба на
верхней челюсти проводится в учреждении здравоохранения:

- 1) стоматологической поликлинике;
- 2) стоматологическом отделении городской поликлиники;
- 3) специализированном стационаре.

Правильный ответ: 1, 2.

28. Проведение операции удаления ретеннированного, дистопированного
зуба на нижней челюсти, расположенного в проекции нижнечелюст-
ного канала, проводится в учреждении здравоохранения:

- 1) стоматологической поликлинике;
- 2) стоматологическом отделении городской поликлиники;
- 3) специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии.

Правильный ответ: 3.

29. Наиболее частыми осложнениями проведения операций удаления ре-
тенированного, дистопированного зуба на нижней челюсти, располо-
женного в проекции нижнечелюстного канала, являются:

- 1) перелом нижней челюсти;
- 2) развитие неврита третьей ветви тройничного нерва;
- 3) профузное кровотечение;
- 4) нарушение целостности сосудисто-нервного пучка;
- 5) вывих, перелом соседних зубов.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

Острый одонтогенный остеомиелит

1. Назовите наиболее частый путь проникновения инфекции в челюсть
при остром одонтогенном остеомиелите:

- 1) контактный;
- 2) каналикулярный;
- 3) гематогенный;
- 4) стоматогенный.

Правильный ответ: 2.

2. К неинфекционным остеомиелитам относятся:

- 1) гематогенные;
- 2) контактные;
- 3) травматические;
- 4) стоматогенные;
- 5) одонтогенные.

Правильный ответ: 3.

3. Остеомиелиты челюстей вызываются чаще всего:
- 1) смешанной флорой;
 - 2) одним видом микроорганизма;
 - 3) двух видов микробов.
- Правильный ответ: 1.*
4. Причинами более легкого течения острого одонтогенного остеомиелита верхней челюсти является:
- 1) хорошая васкуляризация верхней челюсти;
 - 2) хорошая иннервация верхней челюсти;
 - 3) наличие плотной толстой костной ткани с небольшим количеством отверстий в компактной пластинке;
 - 4) наличие тонкой, пористой, пронизанной большим количеством отверстий компактной пластинки.
- Правильный ответ: 1, 2, 4.*
5. Возникновение симптома Венсана обусловлено:
- 1) сдавлением нижнелуночкового нерва воспалительным экссудатом в кости;
 - 2) интоксикацией нижнелуночкового нерва продуктами распада тканей;
 - 3) вирулентностью микробов.
- Правильный ответ: 1.*
6. Рентгенологическая картина острого одонтогенного остеомиелита в первые три дня заболевания характеризуется:
- 1) отсутствием изменения в кости;
 - 2) ограниченной резорбцией стенки лунки у верхушки корня;
 - 3) наличием секвестров.
- Правильный ответ: 1, 2.*
7. Врачебная тактика по отношению к зубу, послужившему причиной развития одонтогенного остеомиелита, заключается:
- 1) в удалении причинного зуба;
 - 2) эндодонтическом лечении;
 - 3) наблюдении под контролем ЭОД.
- Правильный ответ: 1.*
8. Укажите учреждение здравоохранения для лечения пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом:
- 1) поликлиника;
 - 2) стационар;
 - 3) не имеет значения;
 - 4) диагностический центр.
- Правильный ответ: 2.*

9. Повторные ознобы, резкие повышения температуры тела при остром одонтогенном остеомиелите свидетельствуют:

- 1) о диффузности распространения процесса, постоянно поражающего новые участки кости;
- 2) степени вирулентности микроорганизмов;
- 3) снижении иммунитета организма.

Правильный ответ: 1.

10. Назовите сроки начальных рентгенологических изменений в пораженной кости при остром одонтогенном остеомиелите:

- 1) 7–10 дней;
- 2) 3–5 дней;
- 3) 12–14 дней.

Правильный ответ: 1.

11. Особенно тяжело протекает одонтогенный остеомиелит при локализации процесса в области отделов нижней челюсти:

- 1) ветви;
- 2) угла;
- 3) тела.

Правильный ответ: 1.

12. Тактика врача по отношению к интактным патологически подвижным зубам, находящимся рядом с причинным зубом при остром одонтогенном остеомиелите заключается:

- 1) в удалении зубов;
- 2) эндодонтическом лечении;
- 3) частичном шинировании;
- 4) наблюдении с контролем ЭОД в динамике.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

13. Урограмма у пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом включает:

- 1) повышение удельного веса мочи;
- 2) снижение удельного веса мочи;
- 3) альбуминурию;
- 4) наличие гиалиновых и зернистых цилиндров;
- 5) наличие сахара.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

14. Определение остеомиелита — это:

- 1) воспалительный процесс в костной ткани;
- 2) воспалительный процесс в костной и окружающих мягких тканях;
- 3) инфекционный гнойно-некротический процесс, развивающийся в кости и в окружающих ее тканях под влиянием агрессивных факторов на фоне предварительной сенсibilизации нейрогуморальных сдвигов, предшествующих развитию заболевания.

Правильный ответ: 3.

15. Причиной острого одонтогенного остеомиелита является:
- 1) разрушенный кариозный зуб;
 - 2) острый воспалительный процесс в периодонте зуба;
 - 3) острый маргинальный периодонтит;
 - 4) травматические повреждения челюсти;
 - 5) специфические воспалительные процессы в челюсти.
- Правильный ответ:* 1, 2, 3.
16. По клиническому течению одонтогенные остеомиелиты бывают:
- 1) острые;
 - 2) подострые;
 - 3) хронические;
 - 4) обострение хронического процесса.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4.
17. По распространенности воспалительного процесса одонтогенные остеомиелиты бывают:
- 1) ограниченные;
 - 2) очаговые;
 - 3) диффузные;
 - 4) разлитые.
- Правильный ответ:* 1, 2, 3.
18. Назовите автора теории сенсбилизации организма при развитии остеомиелита:
- 1) С. М. Дерижанов;
 - 2) В. М. Уваров;
 - 3) М. М. Соловьев.
- Правильный ответ:* 1.
19. Авторы, отражающие роль иммунитета в развитии остеомиелита:
- 1) Г. И. Семенченко;
 - 2) Г. А. Васильев;
 - 3) М. М. Соловьев.
- Правильный ответ:* 3.
20. Назовите местные признаки острого одонтогенного остеомиелита:
- 1) резкая боль при перкуссии причинного и рядом стоящих зубов;
 - 2) патологическая подвижность причинного и рядом стоящих зубов;
 - 3) отек, гиперемия, муфтообразное утолщение альвеолярного отростка челюсти;
 - 4) явления парестезии в области нижней губы, подбородочной области;
 - 5) воспалительный отек и инфильтрат мягких тканей челюсти;
 - 6) все ответы правильные.
- Правильный ответ:* 6.
21. Первые рентгенологические признаки остеомиелита проявляются в сроки:
- 1) 30 дней;
 - 2) 14 дней;
 - 3) 6 месяцев.
- Правильный ответ:* 2.
22. Назовите правильную последовательность комплексного лечения острого одонтогенного остеомиелита:
- 1) проведение противомикробной терапии;
 - 2) компактостеотомия челюсти по показаниям;

- 3) удаление причинного зуба;
- 4) дезинтоксикационная терапия.

Правильный ответ: 3, 2, 1, 4.

23. Компактостеотомию при местном лечении острого одонтогенного остеомиелита проводят с целью:

- 1) декомпрессии;
- 2) противомикробной терапии;
- 3) создания доступа дренирования раны.

Правильный ответ: 1.

24. По распространенности воспалительного процесса при одонтогенном остеомиелите нижней челюсти симптом Венсана развивается у больных:

- 1) с сограниченным остеомиелитом;
- 2) очаговым остеомиелитом;
- 3) диффузным остеомиелитом;
- 4) разлитым остеомиелитом.

Правильный ответ: 3.

Хронический одонтогенный остеомиелит

1. При локализации остеомиелитарного процесса на верхней челюсти острое воспаление переходит в хроническую форму в сроки:

- 1) 1 неделя; 2) 2 недели; 3) 3 недели;
- 4) 4 недели; 5) 5 недель; 6) 6 недель.

Правильный ответ: 3, 4.

2. При локализации остеомиелитарного процесса на нижней челюсти острое воспаление переходит в хроническую форму в сроки:

- 1) 1 неделя; 2) 2 недели; 3) 3 недели;
- 4) 4 недели; 5) 5 недель; 6) 6 недель.

Правильный ответ: 5, 6.

3. Патоморфологически секвестральная полость состоит:

- 1) из грануляционной ткани;
- 2) некротизированной костной ткани (секвестра);
- 3) секвестральной капсулы;
- 4) зоны остеопороза кости по периферии патологического очага;
- 5) зоны склероза кости по периферии патологического очага.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

4. При хроническом одонтогенном остеомиелите будет превалировать:

- 1) высокая температура тела (выше 38 °С);
- 2) озноб;

3) наличие свищевого хода с гнойным отделяемым и выбуханием грануляционной ткани;

4) температура тела в пределах нормы или субфебрильная;

5) наличие инфильтрата в окологлазничных мягких тканях.

Правильный ответ: 3, 4.

5. Хронический одонтогенный остеомиелит является показанием для санации полости рта у больных:

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

6. При хроническом одонтогенном остеомиелите следует проводить оперативное вмешательство:

1) некрэктомию;

2) секвестрэктомию;

3) дренирование секвестральной полости;

4) периостотомию.

Правильный ответ: 2.

7. При проведении секвестрэктомии следует удалять:

1) грануляционную ткань;

2) секвестры;

3) секвестральную капсулу;

4) зону склероза кости по периферии патологического очага.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

8. При хроническом одонтогенном остеомиелите следует проводить дезинтоксикационную терапию:

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

9. При остеомиелите Гарре проводится секвестрэктомия:

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

10. Назовите клинические признаки хронического остеомиелита:

1) подвижность зубов в зоне поражения кости;

2) снижения порога возбудимости рядом стоящих соседних зубов;

3) появление герпетических высыпаний на слизистой оболочке альвеолярного отростка;

4) появление свищей с гнойным отделяемым.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

11. При хроническом одонтогенном остеомиелите следует проводить антибактериальную терапию:

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

- 2) повышение температуры тела;
- 3) температура тела в пределах нормы;
- 4) лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево;
- 5) лейкоцитарная формула не изменена.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

19. Физиотерапевтическое лечение у больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом в виде электрофореза с 10%-ным раствором хлористого кальция применяется:

- 1) до оперативного вмешательства;
- 2) после оперативного вмешательства.

Правильный ответ: 2.

20. Больные с хроническим одонтогенным остеомиелитом относятся к группе диспансерного наблюдения:

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

21. Больные с хроническим одонтогенным остеомиелитом наблюдаются при диспансеризации в сроки:

- 1) через месяц после операции;
- 2) через три месяца после операции;
- 3) через два года после операции;
- 4) через 3 недели после операции;
- 5) через 6 месяцев после операции;
- 6) через 1 год после операции.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

22. Больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом следует снимать с диспансерного наблюдения при отсутствии рецидивирования в течение:

- 1) 6 месяцев;
- 2) 2 лет;
- 3) 1 года.

Правильный ответ: 3.

23. Средние сроки непрерывной временной утраты трудоспособности при хроническом одонтогенном остеомиелите нижней челюсти в случае правильно выбранной тактики лечения составляют:

- 1) 3–4 недели;
- 2) 5–6 недель;
- 3) 6–8 недель;
- 4) 8–10 недель.

Правильный ответ: 3, 4.

Дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов

1. Врачу-стоматологу необходимо проводить дифференциальную диагностику периодонтита со следующими заболеваниями:
 - 1) гнойным периоститом;
 - 2) острым остеомиелитом;
 - 3) диффузным пульпитом;
 - 4) невралгией тройничного нерва;
 - 5) острым воспалением верхнечелюстной пазухи;
 - 6) острым лимфаденитом.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.
2. В диагностике периодонтитов, диффузных пульпитов, невралгий тройничного нерва, гнойных периоститов, острых остеомиелитов, острых воспалений верхнечелюстных пазух врачи-стоматологи выделяют общий симптом:
 - 1) высокая температура тела;
 - 2) патологическая подвижность причинного зуба;
 - 3) боль;
 - 4) воспалительная реакция регионарных лимфатических узлов;
 - 5) субпериостальный абсцесс.

Правильный ответ: 3.
3. Охарактеризуйте болевой симптом при остром гнойном или обострившемся периодонтите:
 - 1) боль имеет постоянный характер, без «светлых» промежутков;
 - 2) боль имеет приступообразный характер, со «светлыми» промежутками различной продолжительности;
 - 3) боль имеет самопроизвольный приступообразный характер с некоторой периодичностью в повторении приступов.

Правильный ответ: 1.
4. Общее состояние больного средней степени тяжести и тяжелым бывает при заболеваниях:
 - 1) острым и обострившемся хроническом периодонтите;
 - 2) острым гнойным периостите;
 - 3) острым остеомиелите;
 - 4) острым лимфадените.

Правильный ответ: 3.
5. Отличительный признак «муфтообразного воспалительного инфильтрата», охватывающего челюсть, характерен:
 - 1) для острого, или обострившегося хронического, гнойного периодонтита;
 - 2) острого гнойного периостита;
 - 3) острого остеомиелита.

Правильный ответ: 3.

6. Наиболее часто врачи стоматологи отмечают симптом Венсана при заболевании:
- 1) острым или обострившемся гнойном периодонтите;
 - 2) гнойном периостите;
 - 3) острым остеомиелите.

Правильный ответ: 3.

7. Сдвиг лейкоцитарной формулы влево в анализах периферической крови характерен:
- 1) для хронического периодонтита в стадии обострения;
 - 2) острого одонтогенного остеомиелита;
 - 3) острого одонтогенного периостита.

Правильный ответ: 2, 3.

8. Врач-стоматолог отмечает быстрое купирование воспалительного процесса после хирургической обработки гнойного очага и удаления причинного зуба при заболевании:
- 1) острым гнойном периостите;
 - 2) острым одонтогенным остеомиелите.

Правильный ответ: 1.

9. Общее состояние больного страдает:
- 1) при периодонтите;
 - 2) острым одонтогенным периостите;
 - 3) острым одонтогенным остеомиелите.

Правильный ответ: 2, 3.

10. Симптом Венсана характерен:
- 1) для острого периодонтита;
 - 2) острого одонтогенного периостита;
 - 3) острого одонтогенного ограниченного остеомиелита;
 - 4) острого одонтогенного диффузного остеомиелита.

Правильный ответ: 4.

11. Сильная боль в области причинного зуба характерна:
- 1) при острым периодонтите;
 - 2) острым одонтогенным периостите;
 - 3) острым одонтогенным остеомиелите.

Правильный ответ: 1.

Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области

1. Укажите на возможные осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области и шеи:
 - 1) тромбофлебит вен лица;
 - 2) внутричерепной синус тромбоз;
 - 3) флегмоны шеи;
 - 4) оральная хроническая септицемия;
 - 5) фокальная инфекция;
 - 6) газовая анаэробная инфекция;
 - 7) медиастинит одонтогенный;
 - 8) стенокардия;
 - 9) острая почечно-печеночная недостаточность.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.
2. Механизм вовлечения вен лица в воспалительный процесс включает:
 - 1) распространение инфекции гематогенным (венозным) путем;
 - 2) закупорку вен инфицированным тромбом;
 - 3) гнойное расплавление стенок вены;
 - 4) травматическое повреждение вен лица;

Правильные ответы: 1, 2, 3.
3. Тромб может попасть в пещеристый синус через вены лица:
 - 1) верхнюю глазную вену;
 - 2) нижнюю глазную вену;
 - 3) лицевую ангулярную вену;
 - 4) крыловидное венозное сплетение;
 - 5) все ответы правильные.

Правильные ответы: 5.
4. Характерные клинические признаки тромбофлебита вен лица:
 - 1) резкий отек с инфильтрацией тканей по расположению угловой или лицевых вен;
 - 2) плотные болезненные «тяжи» по расположению вен;
 - 3) гиперемия кожи с синюшным оттенком;
 - 4) выраженная интоксикация;
 - 5) повышение внутрисосудистого свертывания крови;
 - 6) септикемия;
 - 7) тошнота, рвота, головная боль;
 - 8) боли в области шеи при повороте головы.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5, 6.
5. Клинические формы современной классификации газовой анаэробной инфекции лица и шеи:
 - 1) эмфизематозная;
 - 2) отечная (токсическая);
 - 3) смешанная;
 - 4) гнилостная;
 - 5) флегмонозная;
 - 6) генерализованная;
 - 7) внутричерепная.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

6. Укажите характерные патологические процессы в тканях лица и шеи, как следствие тяжелых морфологических изменений при газовой анаэробной инфекции:

- 1) омертвление (некроз) тканей;
- 2) гнилостный распад мышц;
- 3) отек тканей;
- 4) образование в пораженных тканях пузырьков газа;
- 5) тромбоз артерий и вен;
- 6) гемолиз эритроцитов;
- 7) резкое нарушение крово- и лимфообращения;
- 8) интоксикация организма;
- 9) отек головного мозга;
- 10) судорожный синдром.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8.

7. Характерными клиническими признаками операционной раны при газовой анаэробной инфекции лица и шеи являются:

- 1) сухая рана;
- 2) зловонный запах со сладковатым привкусом;
- 3) мимические и жевательные мышцы некротизированы;
- 4) кожа в области краев раны имеет характерный «мраморный» цветовой оттенок;
- 5) обильное отделяемое желтого или желто-зеленого цвета.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4.

8. Принципы лечебной тактики при тромбофлебите вен лица:

- 1) борьба с инфекцией;
- 2) борьба с интоксикацией;
- 3) предупреждение расширения границ воспаления;
- 4) нормализация гемостаза;
- 5) общеукрепляющая терапия; 6) профилактика тромбоэмболии.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4.

9. Тактика врача при поступлении в стационар больного с газовой анаэробной инфекцией лица и шеи:

- 1) ускорение процедуры регистрации больного в приемном покое;
- 2) проведение диагностики заболевания по правилу «зеленой улицы»;
- 3) определение места выполнения хирургического вмешательства (приемный покой, экстренная операционная, гнойная операционная);
- 4) изоляция пациента после операции в отдельную палату с соблюдением режима ООИ;

- 5) извещение начмеда УЗ о наличии такого больного;
- 6) перевод больного в инфекционную больницу.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

10. Наиболее частой причиной развития одонтогенных медиастинитов являются следующие глубокие флегмоны челюстно-лицевой области:
- 1) глубокие флегмоны дна полости рта;
 - 2) флегмоны окологлоточного пространства;
 - 3) флегмоны крылочелюстного пространства;
 - 4) флегмоны поднижнечелюстного пространства.
- Правильные ответы:* 1, 2, 3.
11. Пути распространения одонтогенной инфекции (гнойного экссудата) в средостение:
- 1) по влагалищам сосудисто-нервных пучков шеи;
 - 2) преларингеальной клетчатке;
 - 3) претрахеальной клетчатке;
 - 4) позадипищеводной клетчатке;
 - 5) предпозвоночному клетчаточному пространству;
 - 6) сразу по всем клетчаточным пространствам.
- Правильные ответы:* 1, 2, 3, 4, 5.
12. Для одонтогенного медиастинита характерны патогномоничные симптомы:
- 1) симптом Герке;
 - 2) симптом Рутенбурга–Ревуцкого;
 - 3) симптом Иванова;
 - 4) симптом Равич–Щербо;
 - 5) симптом Штейнберга;
 - 6) локализованная боль в спине на уровне С5;
 - 7) плотная инфильтрация тканей шеи;
 - 8) затрудненное дыхание.
- Правильные ответы:* 1, 2, 3, 4, 5, 6.
13. При наличии больного с одонтогенным медиастинитом хирургу-стоматологу необходимо решать следующие тактические вопросы:
- 1) где лечить больного (в отделении челюстно-лицевой хирургии, торакальной хирургии);
 - 2) выбор необходимого и наиболее эффективного объема хирургического вмешательства;
 - 3) как воздействовать на микроорганизмы с целью ускоренного подавления их активности;
 - 4) как воздействовать на макроорганизм с целью повышения его защитных сил;
 - 5) ускорение нормализации нарушенного гомеостаза;
 - 6) нормализация гемостаза.
- Правильные ответы:* 1, 2, 3, 4, 5.

14. К компетенции хирурга стоматолога относятся:

1) проведение хирургической обработки глубоких одонтогенных флегмон челюстно-лицевой области (дна полости рта, окологлоточных, крылочелюстных);

2) передняя верхне-шейная медиастинотомия по Разумовскому;

3) трансстернальная медиастинотомия;

4) задняя медиастинотомия по Насилову.

Правильные ответы: 1, 2.

15. Затруднение интубации трахеи при наличии флегмоны дна полости рта, окологлоточного пространства, переднем верхнешейном медиастините обусловлено:

1) воспалительным отеком слизистой оболочки окологлоточного кольца и гортани;

2) воспалительной контрактурой жевательных мышц;

3) выраженным ограничением в открывании рта;

4) смещением гортани и трахеи воспалительным инфильтратом в области шеи;

5) раздражением каротидного синуса воспалительным инфильтратом;

6) затруднением акта глотания.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

16. Общая терапия больных с осложнениями одонтогенной инфекции должна состоять из следующих компонентов:

1) химиотерапия одонтогенной инфекции;

2) активизация системы микроциркуляции;

3) уменьшение образования вазоактивных веществ;

4) снижение патологических рефлексов, нейрогуморальных сдвигов и степени алергизации;

5) иммунокорректирующая терапия;

6) нормализация нарушений гомеостаза;

7) терапия, поддерживающая свободную проходимость дыхательных путей;

8) нормализация гемостаза;

9) кардиотропная терапия.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.

7. Время дегидратации марлевого дренажа с 10 % хлоридом натрия составляет:
1) 2 ч; 2) 12 ч; 3) 24 ч; 4) 6 ч.
Правильный ответ: 1.
8. Для дренирования глубоких клетчаточных пространств эффективнее использовать:
1) перфорированные трубчатые дренажи; 2) марлевые дренажи;
3) резиновые дренажи; 4) дренажи не используют.
Правильный ответ: 1.
9. Интенсивную терапию с целью детоксикации и коррекции изменений гомеостаза у больных с тяжелыми острыми гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области проводят:
1) с момента их поступления в стационар;
2) только после проведения первичной хирургической обработки;
3) на 2–3 сутки с момента поступления;
4) не проводят.
Правильный ответ: 1.
10. Назначение парентерального питания показано больным со следующими заболеваниями:
1) флегмоной корня языка;
2) разлитой флегмоной дна полости рта, окологлоточного, крыловидно-челюстного пространств;
3) флегмоной подглазничной, щечной областей;
4) абсцессом щечной области.
Правильный ответ: 1, 2.
11. Для парентерального питания используются:
1) белковые гидролизаты;
2) жировые эмульсии;
3) антиоксиданты.
Правильный ответ: 1, 2.
12. Назовите средства активной иммунизации:
1) антистафилококковый гамма-глобулин;
2) антистафилококковая плазма;
3) стафилококковый анатоксин;
4) бактериофаг.
Правильный ответ: 1, 2.
13. При гнойно-воспалительных процессах в челюстно-лицевой области рефлексотерапию назначают в послеоперационном периоде в сроки:
1) 1 сутки; 2) 2 сутки; 3) 3 сутки; 4) 4 сутки.
Правильный ответ: 1.

14. Рефлексотерапию с физиотерапией назначают у больных с гнойными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области:

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

15. С целью дезинтоксикационной терапии применяют препараты:

- 1) 5%-ный раствор глюкозы;
- 2) 10%-ный раствор глюкозы;
- 3) 5%-ный или 10%-ный растворы глюкозы с инсулином;
- 4) гемодез;
- 5) полиглюкин;
- 6) реополиглюкин.

Правильный ответ: 3, 4, 6.

16. Стандартная противовоспалительная терапия на современном этапе при лечении больных с гнойно-воспалительными процессами включает:

- 1) антибиотики;
- 2) препараты нитрофуранового ряда;
- 3) сульфаниламидные препараты;
- 4) анальгетики;
- 5) антигистаминные препараты.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

17. В послеоперационном периоде у больных с гнойно-воспалительными процессами мягких тканей назначают физиотерапевтическое лечение:

- 1) УВЧ-терапию;
- 2) УФО области послеоперационной раны;
- 3) электрофорез с 10%-ным раствором хлористого кальция;
- 4) электрофорез с 3%-ным раствором йодистого калия;
- 5) ультразвук.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области

1. К факторам способствующим развитию фурункулов и карбункулов челюстно-лицевой области следует относить:

- 1) выдавливание угрей;
- 2) атеромы;
- 3) пиодермия;
- 4) хроническая механическая травма кожных покровов;
- 5) недостаточная гигиена кожи.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

2. Укажите общие факторы, предрасполагающие к развитию фурункулов и карбункулов лица:

- 1) снижение общей резистентности организма;
- 2) заболевания сердечно-сосудистой системы;
- 3) заболевания связанные с нарушением обмена веществ;
- 4) интенсивное ультрафиолетовое облучение.

Правильный ответ: 1, 3.

3. Фурункул — это:

- 1) острое гнойно-некротическое воспаление сальной железы;
- 2) острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей соединительной ткани;

- 3) острое гнойно-некротическое воспаление потовой железы;
- 4) острое гнойное воспаление подкожно-жировой клетчатки.

Правильный ответ: 2.

4. Карбункул — это:

- 1) поражение двух или нескольких волосяных фолликулов в одной анатомической области;

- 2) поражение двух или нескольких волосяных фолликулов в разных анатомических областях;

- 3) рецидивирующий в течение года фурункул.

Правильный ответ: 1.

5. Первичная хирургическая обработка гнойного очага при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области включает:

- 1) адекватное обезболивание;

- 2) антисептическую обработку операционного поля;

- 3) проведение разреза;

- 4) некрэктомию;

- 5) некротомию;

- 6) дренирование раны марлевым дренажем с гипертоническим раствором;

- 7) дренирование раны йодоформной турундой;

- 8) асептическую повязку.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6, 8.

6. Укажите антикоагулянт прямого действия, используемый при терапии осложнений фурункулов челюстно-лицевой области:

- 1) аскорбиновая кислота;
- 2) синкумар;

- 3) аспирин;
- 4) гепарин;

- 5) E-аминокапроновая кислота.

Правильный ответ: 4.

7. Врачу необходимо вести контроль при назначении гепарина в терапии осложнений фурункулов челюстно-лицевой области за следующими показателями крови:
- 1) длительность кровотечения;
 - 2) время свертывания крови;
 - 3) СОЭ;
 - 4) цветной показатель;
 - 5) протромбиновый индекс.
- Правильный ответ: 1, 2, 5.*
8. Укажите наиболее частые осложнения при фурункулах и карбункулах челюстно-лицевой области:
- 1) тромбоз пещеристого синуса;
 - 2) лимфангоит;
 - 3) тромбофлебит;
 - 4) флебит;
 - 5) лимфаденит.
- Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.*
9. Обязательный перечень лабораторных исследований крови перед проведением первичной хирургической обработки фурункула или карбункула должен включать:
- 1) С-реактивный белок;
 - 2) Т- и В-лимфоциты;
 - 3) билирубин;
 - 4) время свертывания крови;
 - 5) цветной показатель;
 - 6) тромбоциты;
 - 7) лейкоцитарную формулу;
 - 8) большую коагулограмму.
- Правильный ответ: 4, 6, 7, 8.*
10. Специализированная помощь больным с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области должна оказываться в учреждении здравоохранения:
- 1) стоматологической поликлинике;
 - 2) специализированном стационаре;
 - 3) хирургическом отделении районной больницы.
- Правильный ответ: 2, 3.*

**Специфические воспалительные заболевания
челюстно-лицевой области: актиномикоз,
сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция**

1. Перечислите возможные пути поражения тканей челюстно-лицевой области при активном туберкулезном процессе:
- 1) гематогенный;
 - 2) каналикулярный;
 - 3) по протяжению;
 - 4) лимфогенный;
 - 5) стоматогенный.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

2. Укажите формы туберкулеза чаще приводящие к вторичному туберкулезному поражению челюстно-лицевой области:

- 1) туберкулез костей опорно-двигательного аппарата;
- 2) туберкулез суставов;
- 3) кишечная форма;
- 4) легочная форма.

Правильный ответ: 3, 4.

3. Для клинической картины туберкулезной язвы характерно:

- 1) язва с правильными округлыми краями, блестящим дном, безболезненная при пальпации;
- 2) щелевидная язва, покрытая фибрином.
- 3) язва с инфильтрированными краями, кратерообразная, безболезненная при пальпации;
- 4) болезненная язва с неровными подрытыми краями и дном, выполненным зернистыми грануляциями;

Правильный ответ: 4.

4. Укажите группы лимфоузлов челюстно-лицевой области, которые чаще поражаются туберкулезом:

- 1) подбородочные;
- 2) шейные;
- 3) заушные;
- 4) лицевые;
- 5) поднижнечелюстные.

Правильный ответ: 1, 5.

5. Лечение стоматологических болезней у пациентов с активной формой легочного туберкулеза должно проводиться в учреждении здравоохранения:

- 1) отделении челюстно-лицевой хирургии общесоматической больницы;
- 2) стоматологической поликлинике;
- 3) стоматологическом кабинете инфекционной больницы;
- 4) стоматологическом кабинете туберкулезного диспансера.

Правильный ответ: 4.

6. Перечислите пути распространения ВИЧ-инфекции:

- 1) бытовой;
- 2) половой;
- 3) инъекционный;
- 4) трансфузионный;
- 5) трансплацентарный;
- 6) при трансплантации органов и тканей.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 6.

7. Источником ВИЧ инфекции является больной:

- 1) в стадии острой инфекции;
- 2) в стадии асимптомной инфекции (вирусоносительство);
- 3) с предромальной стадией СПИДа;
- 4) со СПИДом.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

8. Наибольшие концентрации вируса ВИЧ инфекции содержатся:

- 1) в сперме;
- 2) слюне;
- 3) крови;
- 4) моче;
- 5) молоке.

Правильный ответ: 1, 3.

9. Укажите систему организма, которая первично поражается при ВИЧ-инфекции:

- 1) система желез внутренней секреции;
- 2) пищеварительная;
- 3) нервная;
- 4) иммунная.

Правильный ответ: 4.

10. Укажите время, когда чаще всего появляются в крови антитела к ВИЧ-инфекции:

- 1) три недели – три месяца;
- 2) шесть месяцев;
- 3) 1–3 года.

Правильный ответ: 1.

11. Для нахождения антител к ВИЧ инфекции используют биологический материал:

- 1) кровь;
- 2) моча;
- 3) кал.

Правильный ответ: 1.

12. В обязательном исследовании крови на ВИЧ-инфекцию нуждаются:

- 1) группа риска по социальному статусу;
- 2) иностранные граждане;
- 3) больные с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, с саркомой Капоши;
- 4) больные при первичном обращении в учреждение здравоохранения;
- 5) пациенты перед проведением плановых операций.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

13. Перечислите полный объем мероприятий, которые необходимо осуществить для профилактики ВИЧ инфекции при загрязнении кровью или биологической жидкостью без повреждения кожных покровов:

- 1) обработать кожу дезинфектантом (70 % этиловым спиртом, 3 % перекисью водорода, 3 % хлорамином), промыть место загрязнения водой с мылом, протереть 70 % этиловым спиртом;
- 2) промыть водой с мылом, протереть 70 % этиловым спиртом;
- 3) протереть 70 % этиловым спиртом.

Правильный ответ: 1.

14. При попадании крови или слюны в глаза для профилактики ВИЧ-инфекции у медицинского персонала следует предпринять:

- 1) промыть водным 0,05%-ным раствором хлоргексидина биглюконата, затем водой;
- 2) промыть водой;

3) промыть чистой водой и закапать 3–5 капель 20 % сульфацила натрия;

4) закапать 3–5 капель 20 % сульфацила натрия, затем промыть водой.

Правильный ответ: 3.

15. Для профилактики ВИЧ-инфекции при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями в случае нарушения целостности кожных покровов (укол, порез) проводятся мероприятия в следующем порядке:

1) быстро снять перчатку и вывернуть ее рабочей поверхностью внутрь; выдавить из раны кровь, поврежденное место обработать одним из растворов (70° этиловым спиртом, 3%-ным раствором перекиси водорода, 5%-ной настойкой йода), вымыть руки проточной водой. Повторить обработку 70 % этиловым спиртом или 5 % йодом, высушить руку на воздухе и заклеить рану пластырем, надеть перчатку;

2) быстро снять перчатку, промыть поврежденное место под проточной водой, обработать рану одним из растворов (70° этиловым спиртом, 3%-ным раствором перекиси водорода, 5%-ной настойкой йода), вымыть руки проточной водой, высушить руку на воздухе и заклеить рану пластырем, надеть перчатку;

3) не снимая перчатки обработать место пореза 96° этиловым спиртом, снять перчатку, промыть проточной водой с мылом, вторично обработать 96° этиловым спиртом, надеть перчатку;

4) снять перчатки, поврежденное место обработать 96° этиловым спиртом, вымыть руки проточной водой с мылом, прекратить прием пациентов.

Правильный ответ: 1.

16. Назовите возбудителя актиномикоза:

1) палочка Коха;

2) лучистый грибок;

3) бледная спирохета;

4) дрожжевой грибок;

Правильный ответ: 2.

17. Актиномицеты в организме различают:

1) аэробы;

2) анаэробы.

Правильный ответ: 1, 2.

18. Назовите пути внедрения актиномицетов в организм:

1) слизистая оболочка полости рта;

2) протоки слюнных желез;

3) кариозные зубы;

4) травматические повреждения;

5) патологические зубодесневые карманы.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

19. Назовите формы актиномикоза, предложенные Т. Г. Робустовой:

- 1) кожная;
- 2) подкожная;
- 3) подслизистая;
- 4) слизистая;
- 5) актиномикоз лимфатических узлов;
- 6) актиномикоз паренхиматозных органов;
- 7) актиномикоз головного мозга.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

20. Назовите клинические проявления кожной формы актиномикоза:

- 1) пустула;
- 2) бугорок;
- 3) инфильтрат;
- 4) свищевой ход.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

21. Назовите формы подкожного актиномикоза:

- 1) абсцедирующая;
- 2) гуммозная;
- 3) смешанная;
- 4) флегмонозная;
- 5) инфильтративная.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

22. Перечислите проявления актиномикоза при рентгенологическом исследовании:

- 1) мозаичная структура кости;
- 2) краевые поражения челюсти;
- 3) деструкция костной ткани с нечеткими контурами;
- 4) деструкция костной ткани с четкими контурами.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

23. Назовите возбудителя сифилиса:

- 1) актиномицеты;
- 2) палочка Коха;
- 3) стрептококки;
- 4) бледная трепонема.

Правильный ответ: 4.

24. Назовите формы сохранения трепонемы в организме:

- 1) цисты;
- 2) I-формы;
- 3) друзы.

Правильный ответ: 1, 2.

25. Укажите виды серологической диагностики сифилиса:

- 1) реакция связывания комплемента;
- 2) реакция преципитации Канна;
- 3) реакция непрямой гемагглютинации.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

26. Перечислите классификацию сифилиса:

- 1) первичный;
- 2) вторичный;
- 3) третичный;
- 4) скрытый;
- 5) нервной системы;
- 6) висцеральный;
- 7) слизистых оболочек;
- 8) лимфатических узлов.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

27. Назовите морфологические элементы поражения кожи при первичном сифилисе:
1) твердый шанкр; 2) пустула; 3) бугорок.
Правильный ответ: 1.
28. Назовите клинические проявления третичного сифилиса:
1) гумма; 2) бугорок; 3) папула; 4) розеола.
Правильный ответ: 1, 2.
29. Укажите методы диагностики сифилиса:
1) микробиологический; 2) серологический;
3) цитологический; 4) гистологический.
Правильный ответ: 1, 2, 4.
30. Твердый шанкр с момента заражения появляется:
1) через 2–4 дня; 2) 2–4 недели; 3) 1 месяц.
Правильный ответ: 2.

**Одонтогенные синуситы
верхнечелюстной пазухи и травматическая перфорация
дна верхнечелюстной пазухи**

1. Наиболее часто в непосредственной близости с дном верхнечелюстной пазухи находится:
1) первый моляр; 2) второй моляр;
3) третий моляр; 4) первый премоляр;
5) второй премоляр; 6) клык;
7) второй резец.
Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.
2. В зависимости от характера патологического процесса, путей распространения инфекции, патогенеза верхнечелюстные синуситы следует подразделять:
1) на одонтогенные; 2) риногенные;
3) тонзилогенные; 4) гематогенные;
5) травматические; 6) аллергические.
Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6.
3. В пользу риногенной природы синусита верхнечелюстных пазух свидетельствуют следующие жалобы пациентов:
1) боль в области лба и виска с одной стороны;
2) закладывание обеих половин носа;
3) нарушение обоняния одной половины носа;
4) боль в области лба и виска справа и слева;

- 5) нарушение обоняния обеими половинами носа;
- 6) заложенность носа с одной стороны;
- 7) выделение слизи из одной половины носа;
- 8) выделение слизи из обеих половин носа.

Правильный ответ: 2, 4, 5, 8.

4. В пользу одонтогенной природы синусита верхнечелюстной пазухи свидетельствуют следующие жалобы больного:

- 1) боль в области лба и виска на стороне болезни;
- 2) закладывание обеих половин носа;
- 3) нарушение обоняния одной половины носа;
- 4) боль в области лба и виска справа и слева;
- 5) нарушение обоняния обеих половин носа;
- 6) заложенность носа на стороне болезни;
- 7) выделение слизи из одной половины носа;
- 8) выделение слизи из обеих половин носа;
- 9) одонтогенный анамнез.

Правильный ответ: 1, 3, 6, 7, 9.

5. На основании гистологической картины, хронического одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи принято выделять следующие его формы:

- | | |
|--------------------------------|-----------------------|
| 1) катаральный; | 2) гнойный; |
| 3) полинозно-гипертрофический; | 4) гиперпластический; |
| 5) полинозно-гнойный; | 6) атрофический. |

Правильный ответ: 3, 5, 6.

6. Для закрытия свища верхнечелюстной пазухи используются ткани:

- 1) со щечной поверхности альвеолярного отростка;
- 2) с нёбной поверхности альвеолярного отростка;
- 3) двуслойный лоскут;
- 4) мостовидные лоскуты;
- 5) трапециевидного слизисто-надкостничного щечно-деснового лоскута;
- 6) слизисто-надкостничного лоскута языкообразной формы с твердого нёба;
- 7) все ответы правильные.

Правильный ответ: 7.

7. При проведении радикальной операции на верхнечелюстной пазухе по поводу хронического одонтогенного гиперпластического синусита следует удалить:

- 1) всю пораженную слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи;
- 2) только патологически измененную слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи и полипозные разрастания;

3) инородные тела (пломбировочный материал, корни зубов, имплантанты);

4) интактную слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи.

Правильный ответ: 2, 3.

8. Чтобы придать щечно-десновому лоскуту большую мобильность, необходимо у его основания, параллельно кожной складке, линейным разрезом рассечь:

1) надкостницу до подслизистого слоя;

2) слизистую с надкостницей.

Правильный ответ: 1.

9. Для закрытия свища верхнечелюстной пазухи наиболее травматичным является:

1) образование трапецевидного слизисто-надкостничного щечно-деснового лоскута;

2) образование слизисто-надкостничного лоскута языкообразной формы с твердого нёба.

Правильный ответ: 2.

10. Для диагностики одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи могут использоваться лучевые методы исследования:

1) ортопантомография;

2) ЯМР-томография;

3) компьютерная томография;

4) электроодонтометрия;

5) рентгенологическое исследование с контрастным веществом;

6) эндоскопическое исследование.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

11. Укажите инвазивные методики исследования верхнечелюстной пазухи:

1) ортопантомография;

2) эндоскопия;

3) пункция верхнечелюстной пазухи;

4) рентгенологическое исследование с контрастным веществом;

5) ЯМР-томография.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

12. Вскрытие верхнечелюстной пазухи по А. И. Евдокимову подразумевает:

1) эндоскопическое вскрытие верхнечелюстной пазухи;

2) нанесение перфорационных отверстий в области fossa canina с последующим их соединением фиссурным бором между собой.

Правильный ответ: 2.

13. К показаниям для оперативного вмешательства на ВЧП следует относить:

- 1) хронический, длительно не поддающийся консервативному лечению синусит верхнечелюстной пазухи;
- 2) наличие в пазухе инородных тел (корень зуба, зуб, пломбировочный материал, имплантант);
- 3) механическое повреждение стенок пазухи при переломах верхней челюсти или скуловой кости со смещением;
- 4) гемосинус верхнечелюстной пазухи;
- 5) ретенционные кисты пазухи риногенного происхождения;
- 6) острый серозный синусит ВЧП;
- 7) радикулярные кисты верхней челюсти с прорастанием в верхнечелюстную пазуху.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 7.

14. Укажите три основных этапа при выполнении радикальной операции на ВЧП:

- 1) создание доступа к ВЧП;
- 2) хирургическая санация ВЧП;
- 3) забор материала для патогистологического исследования;
- 4) наложение соустья между ВЧП и нижним носовым ходом.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

15. При проведении РО на ВЧП, при наложении соустья между пазухой и нижним носовым ходом оптимальные размеры костного окна должны составлять:

- 1) длина 2,5–3 см, высота 1,5–2 см;
- 2) длина 2–2,5 см, высота 1,2–1,5 см;
- 3) длина 2,5–3 см, высота 1,2–1,5 см.

Правильный ответ: 2.

16. При проведении РО на ВЧП, при наложении соустья между пазухой и нижним носовым ходом основание отверстия должно располагаться:

- 1) в области передней стенки пазухи;
- 2) на уровне среднего носового хода;
- 3) на уровне дна пазухи.

Правильный ответ: 3.

17. Укажите средний объем верхнечелюстной пазухи взрослого человека (см²):

- 1) 5–10;
- 2) 15–40;
- 3) 50–100.

Правильный ответ: 3.

18. Внутренняя выстилка слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи представлена эпителием:
- 1) многослойным ороговевающим;
 - 2) кубическим;
 - 3) мерцательным.
- Правильный ответ: 3.*
19. Слизистая оболочка при одонтогенном синусите преимущественно поражается в области стенок верхнечелюстной пазухи:
- 1) нижней;
 - 2) верхней;
 - 3) медиальной;
 - 4) задней;
 - 5) латеральной;
 - 6) передней.
- Правильный ответ: 1, 5, 6.*
20. При рентгенографическом определении уровня экссудата в верхнечелюстной пазухе пациент должен находиться в положении:
- 1) лежа на спине;
 - 2) лежа на боку;
 - 3) стоя;
 - 4) лежа на животе.
- Правильный ответ: 3.*
21. При лечении острых верхнечелюстных синуситов применяется консервативное лечение:
- 1) да;
 - 2) нет.
- Правильный ответ: 1.*
22. Укажите возможные причины перфорации верхнечелюстной пазухи:
- 1) нарушение техники операции удаления зуба;
 - 2) анатомические особенности альвеолярного отростка верхней челюсти;
 - 3) патологические периапикальные процессы в верхней челюсти;
 - 4) анатомические особенности верхнечелюстной пазухи;
 - 5) хронические воспалительные процессы верхнечелюстной пазухи.
- Правильный ответ: 1, 3, 4.*
23. Укажите объективные клинические признаки перфорации верхнечелюстной пазухи:
- 1) выделение из лунки удаленного зуба крови с пузырьками воздуха;
 - 2) обильное выделение гноя из лунки удаленного зуба;
 - 3) проявление открытой ринолалии;
 - 4) при ревизии лунки — прохождение зонда на значительную глубину;
 - 5) при инстилляции лунки часть жидкости вытекает через нос.
- Правильный ответ: 1, 2, 4, 5*

Хронический оральный сепсис и фокальная инфекция

1. Инфекционный агент и продукты его жизнедеятельности могут распространяться из очагов хронической одонтогенной инфекции:
1) по пищеварительному тракту; 2) по дыхательным путям;
3) гематогенным путем; 4) лимфогенным путем;
5) все ответы правильные.
Правильный ответ: 5.
2. К открытому пути распространения орального хронического сепсиса и фокальной инфекции следует относить:
1) пищевой тракт; 2) кровеносную систему;
3) дыхательные пути; 4) лимфатическую систему.
Правильный ответ: 1, 3.
3. К закрытому пути распространения орального хронического сепсиса и фокальной инфекции следует относить:
1) пищевой тракт; 2) кровеносную систему;
3) дыхательные пути; 4) лимфатическую систему.
Правильный ответ: 2, 4.
4. Укажите правильную последовательность при распространении орального хронического сепсиса и фокальной инфекции открытым путем:
1) пищевой тракт → протоки, впадающие в пищевой тракт → органы пищеварительной системы;
2) пищевой тракт → протоки, впадающие в пищевой тракт → органы и ткани челюстно-лицевой области;
3) дыхательные пути → каналы, сообщающиеся с дыхательными путями → органы и ткани челюстно-лицевой области;
4) дыхательные пути → лимфатическая система → органы пищеварительной системы.
Правильный ответ: 1.
5. Укажите правильную последовательность при распространении орального сепсиса и фокальной инфекции закрытым путем:
1) дыхательные пути → каналы, сообщающиеся с дыхательными путями → органы ПЕР и легкие;
2) пищевой тракт → протоки, впадающие в пищевой тракт → органы пищеварительной системы;
3) кровеносная система → органы и ткани челюстно-лицевой области;
4) дыхательные пути → каналы, сообщающиеся с дыхательными путями → органы и ткани челюстно-лицевой области.
Правильный ответ: 3.

6. Перечислите источники орального хронического сепсиса:

- 1) кариес зуба;
- 2) хронический пульпит;
- 3) острый и хронический апикальный периодонтит;
- 4) язвенная болезнь желудка;
- 5) хронический гингивит;
- 6) острый и хронический периодонтит;
- 7) неухоженные зубные протезы;
- 8) средний отит;
- 9) хронический сиалоаденит.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9.

7. К возможным последствиям орального хронического сепсиса, распространяющегося открытым путем, следует относить:

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| 1) хейлит; | 2) кариес; |
| 3) тонзилит; | 4) периодонтит; |
| 5) фарингит; | 6) сиалоаденит; |
| 7) средний отит (мезотимпанит); | 8) пневмония; |
| 9) гастрит; | 10) язвенная болезнь желудка; |
| 11) холецистит; | 12) пульпит; |
| 13) панкреатит; | 14) аппендицит; |
| 15) колит. | |

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15.

8. К факторам, способствующим развитию фокальной (очаговой) инфекции, следует относить:

- 1) снижение общей резистентности организма;
- 2) травму;
- 3) удаление зубов;
- 4) травматическую операцию;
- 5) ингаляционный наркоз;
- 6) кюретаж десневого кармана;
- 7) повышение артериального давления;
- 8) ультразвук;
- 9) УВЧ.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9.

9. Сульфаниламиды уменьшают послеоперационную бактериемию:

- | | | |
|-------------------|--------------------|-------------------|
| 1) с 16 % до 4 %; | 2) с 20 % до 15 %; | 3) с 18 % до 2 %. |
|-------------------|--------------------|-------------------|

Правильный ответ: 1.

10. Прием антибиотиков уменьшает бактериемию:

- | | | |
|----------------------|--------------------|----------------------|
| 1) с 50 % до 15–7 %; | 2) с 45 % до 20 %; | 3) с 34 % до 15–7 %. |
|----------------------|--------------------|----------------------|

Правильный ответ: 3.

11. Для диагностики орального хронического сепсиса на современном этапе известны следующие группы тестов:
- 1) биологические тесты (серодиагностика, вакцинодиагностика и др.);
 - 2) методы провокации (искусственное обострение стоматогенного инфекционного очага);
 - 3) стоматологическая диагностика;
 - 4) все ответы правильные.
- Правильный ответ: 4.*
12. Тактика лечения орального хронического сепсиса и фокальной (очаговой) инфекции включает:
- 1) оценку общего состояния пациента перед дентальной операцией;
 - 2) устранение первичного поражения (независимо от фокальной инфекции);
 - 3) предоперационную и послеоперационную общую комплексную терапию;
 - 4) оценку анамнеза заболевания.
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.*
13. Профилактика хронического сепсиса и фокальной инфекции бывает:
- 1) первичная;
 - 2) вторичная;
 - 3) третичная.
- Правильный ответ: 1, 2, 3.*
14. Первичная профилактика орального хронического сепсиса и фокальной инфекции должна включать:
- 1) гигиенический уход за зубами;
 - 2) регулярное очищение протезов;
 - 3) атравматическое удаление зубов;
 - 4) удаление зубного камня;
 - 5) предотвращение кариеса;
 - 6) предупреждение пульпита;
 - 7) предупреждение апикального периодонтита;
 - 8) предупреждение болезней периодонта.
- Правильные ответы: 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8.*
15. Вторичная профилактика орального хронического сепсиса и фокальной инфекции должна включать:
- 1) гигиену полости рта после операций;
 - 2) атравматичное удаление зуба;
 - 3) инфильтрационную анестезию с адреналином;
 - 4) эффективное лечение кариеса и пульпита;
 - 5) предупреждение пульпита;
 - 6) удаление зуба или резекцию верхушки корня;
 - 7) гингивэктомию.
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6, 7.*

16. Третичная профилактика орального хронического сепсиса и фокальной инфекции должна включать:

1) медикаментозную подготовку к операции удаления фокальной инфекции;

2) предотвращение кариеса;

3) послеоперационную медикаментозную терапию;

4) лечение фокальной (очаговой) инфекции у специалиста;

5) гингивэктомию;

6) стоматологическую реабилитацию.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6.

Оглавление

История развития челюстно-лицевой хирургии в Республике Беларусь	3
Организация службы челюстно-лицевой хирургии и экспертиза ВУТ	4
Обследование больного с патологией челюстно-лицевой области	7
Подготовка к операции рук хирурга и операционного поля. Стерилизация хирургического инструментария, перевязочного и шовного материала	14
Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии	17
Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии	25
Показания и противопоказания к операции удаления зуба	28
Инструментарий и методика удаления зубов	30
Местные осложнения, возникающие во время проведения операции удаления зуба	34
Местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба	37
Особенности проведения анестезии и операции удаления зуба у больных с общесоматической патологией	39
Оказание неотложной помощи на хирургическом приеме в поликлинике	41
Апикальные периодонтиты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение	45
Одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение	49
Одонтогенные лимфадениты. Клиника, диагностика, лечение	56
Болезни прорезывания зубов. Клиника, диагностика, лечение	59
Острый одонтогенный остеомиелит	64
Хронический одонтогенный остеомиелит	68
Дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов	72
Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области	74
Современные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи	78
Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области	80
Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: актиномикоз, сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция	82
Одонтогенные синуситы верхнечелюстной пазухи и травматическая перфорация дна верхнечелюстной пазухи	87
Хронический оральный сепсис и фокальная инфекция	92