

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ
КАФЕДРА ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Тестовые вопросы к государственному экзамену

7-е издание



Минск БГМУ 2009

УДК 617.52(076)
ББК 54.57 я73
Ч-41

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
тестов 18.02.2009 г., протокол № 6

А в т о р ы: доц. А. В. Глинник; проф. И. О. Походенько-Чудакова; проф. О. П. Чудаков; доц. Л. Г. Быкадорова; доц. Т. Б. Людчик; доц. А. С. Ластовка; доц. А. З. Бармуцкая; доц. В. А. Маргунская; доц. Н. П. Пархимович; доц. С. В. Самсонов; доц. Л. И. Тесевич; доц. С. Ф. Хомич; доц. Н. Н. Черченко; доц. В. В. Барьяш; доц. Ф. А. Горбачев; доц. В. Л. Евтухов; доц. И. И. Ленькова; доц. С. И. Миронович; доц. А. Б. Шабанович; доц. Н. М. Тризна; ассист. Л. Л. Балакирева; ассист. А. А. Бондаровец; ассист. Н. Л. Гриценко; ассист. Н. Ф. Гузорова; ассист. Ю. М. Казакова; ассист. А. П. Лукашевич; ассист. Л. А. Лунева; ассист. Е. В. Максимович; ассист. Л. Е. Мойсейчик; ассист. А. Б. Голынский; ассист. Т. Л. Механик; ассист. С. П. Мулик; ассист. С. А. Навоша; ассист. С. Ф. Писарик; ассист. Л. Н. Пинчук; ассист. А. И. Печурский; ассист. Ю. А. Раптунович; ассист. И. Ю. Федченко; ассист. Т. Л. Шevela

Р е ц е н з е н т доц. каф. стоматологии детского возраста, канд. мед. наук А. К. Корсак

Челюстно-лицевая хирургия : тестовые вопр. / А. В. Глинник [и др.]. – 7-е изд. – Ч-41 Минск : БГМУ, 2009. – 208 с.

Издание содержит перечень вопросов, предназначенных для подготовки к государственному экзамену на стоматологическом факультете. Первое издание выпущено в 2003 году.
Предназначается для студентов стоматологического факультета.

УДК 617.52(076)
ББК 54.57 я73

Учебное издание

Глинник Александр Владимирович
Походенько-Чудакова Ирина Олеговна
Чудаков Олег Порфирьевич и др.

ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВАЯ ХИРУРГИЯ

Тестовые вопросы к государственному экзамену

7-е издание

Ответственный за выпуск А. В. Глинник

В авторской редакции

Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 19.02.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».

Печать офсетная. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 12,09. Уч.-изд. л. 8,82. Тираж 150 экз. Заказ 99.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».

ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004.

ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.

Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

История развития челюстно-лицевой хирургии в Республике Беларусь

- 1. В каком году была организована кафедра хирургической стоматологии в Минском государственном медицинском институте?**
1) в 1939; 2) в 1964; 3) в 1970.
Правильный ответ: 2.
- 2. Кто заведовал кафедрой хирургической стоматологии Минского государственного медицинского института с 1964 года по 1978 год?**
1) К. И. Бердыган; 2) Т. В. Фокина; 3) А. Н. Василенко.
Правильный ответ: 2.
- 3. Кто из белорусских ученых внес существенный вклад в изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений и предложил классификацию актиномикоза челюстно-лицевой области?**
1) Г. В. Кручинский; 2) Ю. К. Метлицкий;
3) К. И. Бердыган; 4) Т. В. Фокина.
Правильный ответ: 3.
- 4. Кем разработана и внедрена в клиническую практику методика пластических восстановительных операций челюстно-лицевой области и шеи с использованием плоского эпителизированного кожного лоскута?**
1) К. И. Бердыганом; 2) Г. В. Кручинским;
3) О. П. Чудаковым; 4) А. С. Артюшкевичем.
Правильный ответ: 3.
- 5. В каком году создана Ассоциация оральных и челюстно-лицевых хирургов?**
1) в 1980; 2) в 1990; 3) в 2000.
Правильный ответ: 2.
- 6. Кто является председателем Белорусской ассоциации оральных и челюстно-лицевых хирургов?**
1) О. П. Чудаков; 2) А. С. Артюшкевич; 3) С. А. Кабанова.
Правильный ответ: 1.
- 7. Какие существуют квалификационные категории профессионального уровня челюстно-лицевых хирургов в системе Министерства здравоохранения Республики Беларусь?**
1) высшая; 2) первая; 3) вторая; 4) третья.
Правильный ответ: 1, 2, 3.
- 8. В каком году в Республике Беларусь был создан Сотрудничающий Центр Европейской Ассоциации черепно-челюстно-лицевых хирургов?**
1) 1990; 2) 1993; 3) 2000.
Правильный ответ: 2.
- 9. Основные печатные работы Г. В. 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 эпителизованного 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. Сколько помещений должно быть в хирургическом блоке стоматологической поликлиники?**
1) 5; 2) 3; 3) 4; 4) 2.
Правильный ответ: 2.
- 2. Какая площадь предусмотрена нормативами для организации хирургического стоматологического кабинета в расчете на 1 кресло?**
1) 18 м²; 2) 21 м²; 3) 23 м²; 4) 14 м²; 5) 12 м².
Правильный ответ: 4.
- 3. Какая площадь предусматривается для установки второго кресла в хирургическо-стоматологическом кабинете?**
1) 9 м²; 2) 4 м²; 3) 7 м²; 4) 10 м².
Правильный ответ: 3.
- 4. В соответствии с санитарно-эпидемиологическими нормами можно ли разместить хирургическо-стоматологический кабинет в цокольном этаже здания?**
1) да; 2) нет.
Правильный ответ: 2.
- 5. На какую высоту стены хирургического кабинета должны быть облицованы плиткой?**
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 10 000 взрослого городского населения устанавливаются из расчета:**
1) 2 должности суммарно;
2) 4 должности суммарно;
3) 6 должностей суммарно.
Правильный ответ: 2.

7. Должности стоматологов-терапевтов и хирургов-стоматологов на 10 000 взрослого сельского населения устанавливаются из расчета:

- 1) 2,5 должности суммарно; 2) 2 должности суммарно;
3) 3,5 должности суммарно; 4) 6 должностей суммарно.

Правильный ответ: 1.

8. Укажите штатные нормативы должностей врачей хирургов-стоматологов в городе (на 10 000 взрослого населения) для оказания неотложной помощи:

- 1) 8 должностей; 2) 4 должности;
3) 0,2 должности; 4) 0,4 должности.

Правильный ответ: 4.

9. Сколько времени выделяется на прием одного больного на хирургическом приеме в стоматологической поликлинике?

- 1) 12 мин; 2) 15 мин;
3) 20 мин; 4) 30 мин.

Правильный ответ: 1.

10. Какие оперативные вмешательства, выполняемые в поликлинике относятся к плановым?

- 1) цистэктомия;
2) резекция верхушки корня, гемисекция корня, ампутация корня;
3) перикоронаротомия, перикоронарозэктомия;
4) периостотомия;
5) удаление доброкачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, губ, лица;
6) хирургическая обработка ран слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

11. Какие оперативные вмешательства, выполняемые в поликлинике, относятся к экстренным?

- 1) удаление ретенированного зуба;
2) перикоронаротомия, перикоронарозэктомия;
3) ПХО субпериостальных абсцессов;
4) удаление камня из протока слюнной железы;
5) цистэктомия.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

12. Укажите перечень первичной медицинской документации хирургического кабинета стоматологической поликлиники:

- 1) листок ежедневного учёта работы врача стоматолога Ф 037/у-88;
2) учетная карта диспансерного наблюдения за хирургическим больным 030/У;
3) дневник учёта лечебно-профилактической работы врача стоматолога Ф 039/у-06;
4) журнал записи амбулаторных операций Ф 069/у;
5) книга регистрации листков нетрудоспособности Ф 036/у;

- б) медицинская карта амбулаторного больного Ф 025/у;
 - в) стоматологическая амбулаторная карта Ф 043/ У-06.
- Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 7.*

13. Какой документ удостоверяет временную утрату трудоспособности и дает право на освобождение от работы?

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

Правильный ответ: 1, 2.

14. Можно ли выдать документ, удостоверяющий временную утрату трудоспособности «прошлым числом»?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

15. Выдается ли лист нетрудоспособности пациенту, получившему травму в состоянии алкогольного опьянения?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

16. Кто имеет право на выдачу листа нетрудоспособности?

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

Правильный ответ: 1.

17. Кто входит в состав врачебно-консультационной комиссии (ВКК)?

- 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. Кто должен продлевать лист нетрудоспособности свыше 6 дней в амбулаторных условиях?

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

Правильный ответ: 2, 4.

19. Кем может быть продлен лист нетрудоспособности после 105 дней непрерывного лечения по одному и тому же заболеванию?

- 1) заведующий 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. В каких случаях временной утраты трудоспособности больного следует отправить на МРЭК для решения вопроса о дальнейшей нетрудоспособности?

- 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. Какие данные обследования пациента следует считать субъективными?

- 1) результаты лабораторных исследований;
- 2) жалобы пациента;
- 3) анамнез жизни;
- 4) данные пальпации;

- 5) результаты осмотра пациента; б) 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, сиалогграфия, компьютерная томография, ЯМР-томография;

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

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

Правильный ответ: 2.

8. Какие инструментально-лабораторные методы исследования используются при диагностике заболеваний больших слюнных желез?

1) сиалогграфия, электроодонтометрия, антропометрия, фистулография;

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

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

Правильный ответ: 3.

9. Что такое передняя риноскопия?

1) осмотр наружного носа;

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

Правильный ответ: 2.

10. Какие инструменты используются для проведения передней риноскопии?

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. Какие инструменты используются для проведения задней риноскопии?

1) лобный рефлектор, носовое зеркало Килиана;

2) лобный рефлектор, носовое зеркало Килиана, шпатель;

3) носовое зеркало Килиана, носоглоточное зеркало, спиртовка;

4) лобный рефлектор, носоглоточное зеркало, спиртовка, шпатель.

Правильный ответ: 4.

12. Цель проведения передней риноскопии:

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

Правильный ответ: 1.

13. Где чаще проводят пункцию верхнечелюстной пазухи?

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

Правильный ответ: 1.

14. Пальпацию челюстно-лицевой области следует относить:

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

Правильный ответ: 1.

15. В каких случаях 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.

16. Флюктуация — это:

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

Правильный ответ: 2.

17. Определяются ли при пальпации в норме регионарные лимфатические узлы в челюстно-лицевой области?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

18. Как правильно проводить пальпацию?

- 1) от здорового к больному участку тела;
- 2) от больного к здоровому участку тела.

Правильный ответ: 1.

19. Аускультация челюстно-лицевой области и шеи применяется:

- 1) при флегмоне челюстно-лицевой области;
- 2) гемангиоме;
- 3) хемодектоне;
- 4) лимфангиоме;
- 5) заболеваниях височно-нижнечелюстных суставов;
- 6) искривлении носовой перегородки;
- 7) перфорации верхнечелюстной пазухи;
- 8) эмфиземе лица и шеи.

Правильный ответ: 2, 3, 5, 6, 7.

20. Когда при обследовании челюстно-лицевой области следует применять зондирование:

- 1) при наличии свищей;
- 2) при наличии резаных и колотых ран мягких тканей;
- 3) при переломах челюстей;
- 4) при патологии слюнных желез;
- 5) при перфорации дна верхнечелюстной пазухи.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

21. Бужирование следует применять:

- 1) при остеомиелите нижней челюсти;
- 2) радикулярной кисте;
- 4) стенозе выводного протока большой слюнной железы;
- 3) неполном свище большой слюнной железы.

Правильный ответ: 3, 4.

22. Компьютерная томография применяется для исследования:

- 1) височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) придаточных пазух носа;
- 3) больших слюнных желез;
- 4) костей лицевого скелета;
- 5) мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи;
- 6) органов средостения.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

23. ЯМР-томография применяется для исследования:

- 1) височно-нижнечелюстного сустава;
- 2) придаточных пазух носа;
- 3) больших слюнных желез;
- 4) костей лицевого скелета;
- 5) мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи;
- 6) органов средостения.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

24. Какие методы лучевой диагностики могут быть использованы для диагностики болезней височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) зонография;
- 2) ортопантомография;
- 3) компьютерная томография;
- 4) внутриротовая рентгенография зубов;
- 5) ЯМР-томография;
- 6) сцинтиграфия.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

25. Когда следует применять селективную интракаротидную ангиографию челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) при гемангиоме;
- 2) лимфангиоме;
- 3) хемодектоме;
- 4) опухолях слюнных желез;
- 5) новообразованиях, локализующихся вблизи магистральных сосудов.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

26. Инвазивной методикой исследования следует считать:

- 1) ангиографию;
- 2) рентгеноскопию;
- 3) стоматоскопию;
- 4) артроскопию;
- 5) эндоскопию верхнечелюстных пазух.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

27. Забор материала для цитологического исследования осуществляют:

- 1) пункционным методом;
- 2) аспирационным методом;
- 3) соскобом;
- 4) инцизионным методом;
- 5) изготовлением мазка-отпечатка;
- 6) изготовлением мазка-перепечатка;
- 7) эксцизионным методом.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

28. Является ли инцизионная биопсия методом гистологического исследования?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

29. Какой вид биопсии применяется при верификации опухолей больших слюнных желез?

- 1) инцизионная;
- 2) эксцизионная;
- 3) пункционная.

Правильный ответ: 2, 3.

30. Какие контрастные вещества используются для диагностики в челюстно-лицевой хирургии?

- 1) жирорастворимые;
- 2) водорастворимые;
- 3) растворимые в спиртах.

Правильный ответ: 1, 2.

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

1. Что понимают под асептикой?

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

Правильный ответ: 1.

2. Что понимают под антисептикой?

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

Правильный ответ: 2.

3. Можно ли считать ятрогенным гнойно-воспалительное осложнение, развившееся у больного в послеоперационном периоде?

- 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.

Правильный ответ: 1.

5. Мероприятиями, направленными на предотвращение контаминации следует считать:

- 1) асептику, 2) антисептику.

Правильный ответ: 1, 2.

6. Что относится к экзогенному источнику контаминации?

- 1) воздух с частицами пыли;
2) очаги одонтогенной инфекции;
3) больной человек (больной с инфекционным заболеванием);
4) гнойный экссудат, получаемый из раны при перевязках;
5) бытовые загрязнения;
6) очаги тонзиллогенной инфекции.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

7. Что является эндогенным источником контаминации?

- 1) попадание микроорганизмов в рану из очагов латентной инфекции, находящихся в организме;
2) попадание микроорганизмов в рану из окружающей среды.

Правильный ответ: 1.

8. Укажите пути экзогенной контаминации ран:

- 1) воздушно-пылевой; 2) воздушно-капельный;
3) контактный; 4) имплантационный;
5) инфузионный; 6) все ответы правильные.

Правильный ответ: 6.

9. Укажите возможные пути профилактики воздушной контаминации:

- 1) правильная планировка хирургических отделений;
2) обработка рук хирурга;
3) разделение потока больных;
4) правильное устройство операционного блока;
5) стерилизация хирургического инструментария;
6) система организации работы хирургического отделения и операционного блока.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6.

10. Что входит в понятие «физические» виды антисептики?

- 1) применение веществ с бактерицидным и бактериостатическим действием;

Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии

1. Какие виды местной анестезии применяются в амбулаторной челюстно-лицевой хирургии?

- | | |
|----------------------|--------------------|
| 1) инфильтрационная; | 2) проводниковая; |
| 3) субдуральная; | 4) эндолюмбальная. |

Правильный ответ: 1, 2.

2. Какие методы анестезии следует относить к неинъекционным?

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

Правильный ответ: 1, 2, 3.

3. Какие виды инфильтрационной анестезии применяются в стоматологической практике?

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

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

4. Какие препараты используются для аппликационной анестезии?

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

Правильный ответ: 7.

5. Какой анестетик относится к группе сложных эфиров?

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

Правильный ответ: 2.

6. Лидокаин относится:

- | | |
|----------------------|--------------|
| 1) к сложным эфирам; | 2) к 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. С какой целью к местным анестетикам добавляются вазоконстрикторы?

- 1) для 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. Какие препараты относятся к вазоконстрикторам?

- 1) адреналин;
- 2) ксилонол;
- 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) у пациентов с тяжелыми формами эндокринной патологией (тиреотоксикоз, сахарный диабет);
- 3) у пациентов страдающих патологией соединительной ткани, относящейся к большим коллагенозам;
- 4) у беременных женщин;
- 5) у пациентов, принимающих ингибиторы MAO, трициклические антидепрессанты, гормоны щитовидной железы, препараты, блокирующие бета-адренорецепторы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

11. Целесообразно ли применять вазоконстрикторы у пациентов, которым в ближайшее время предстоит прохождение допинг-контроля?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

12. Какова максимальная разовая доза 2% раствора новокаина при проведении местной анестезии?

- 1) 50 мл;
- 2) 100 мл;
- 3) 30 мл.

Правильный ответ: 3.

13. Какова максимальная разовая доза 2% раствора лидокаина при проведении местной анестезии?

- 1) 20 мл;
- 2) 50 мл;
- 3) 100 мл.

Правильный ответ: 1.

14. Какова максимальная разовая доза 4% раствора артикаина гидрохлорида при проведении местной анестезии?

- 1) 20 мл;
- 2) 12,5 мл;
- 3) 2,0 мл.

Правильный ответ: 2.

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

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

Правильный ответ: 4.

16. 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.

17. Какие общие осложнения возможны при проведении местной анестезии?

- 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.

18. При каких видах анестезии может развиваться местное осложнение — диплопия?

- 1) инфраорбитальная;
- 2) мандибулярная;
- 3) туберальная;
- 4) нёбная;
- 5) торусальная.

Правильный ответ: 1.

19. 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.

20. 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.

21. 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.

- 2) моляры и соответствующий им участок альвеолярного отростка с вестибулярной стороны;
- 3) слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны;
- 4) слизистая оболочка неба.

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 неба;
- 3) областью резцов;
- 4) сзади — границей между твердым и мягким небом;
- 5) областью клыков и слизистой оболочки переднего отдела твердого неба.

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. Какие виды анестезий можно использовать при удалении корня 12 зуба?

- 1) инфильтрационная и резцовая;
- 2) туберальная;
- 3) нёбная;
- 4) резцовая;
- 5) инфраорбитальная и резцовая.

Правильный ответ: 1, 5.

34. Под какой анестезией можно удалить зубы 26 и 16?

- 1) туберальная анестезия и нёбная;
- 2) двухсторонняя инфильтрационная;
- 3) инфраорбитальная и нёбная;
- 4) туберальная и инфильтрационная с небной стороны;
- 5) туберальная и инфильтрационная с вестибулярной стороны;

Правильный ответ: 1, 2, 4.

35. Какая ветвь тройничного нерва обезболивается при проведении анестезии у круглого отверстия?

- 1) вторая;
- 2) третья;
- 3) первая;
- 4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 1.

36. 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.

37. Какая анестезия применяется при воспалительной контрактуре жевательных мышц для открывания полости рта?

- 1) анестезия по Берше;
- 2) анестезия по Берше–Дубову;
- 3) анестезия по М. М. Вайсбрему;
- 4) анестезия по П. М. Егорову.

Правильный ответ: 1.

**Общее обезболивание
в челюстно-лицевой хирургии**

1. Укажите 4 вида анестезии согласно классификации Международной Ассоциации анестезиологов:

- 1) терминальная;
- 2) регионарная;
- 3) интралегментарная;
- 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 нейролептаналгезии:

- 1) дроперидол;
- 2) фентанил;
- 3) диазепам;
- 4) пропофол;
- 5) севафлюран;
- 6) мидазолам.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 6.

5. Какие виды наркоза выделяют в зависимости от способа введения наркотического вещества?

- 1) НЛА; 2) ингаляционный; 3) неингаляционный.

Правильный ответ: 2, 3.

6. Какие виды наркоза принято выделять в зависимости от числа применяемых способов?

- 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 вентиляцией 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. Пациенты, с какой степенью риска при амбулаторном хирургическом стоматологическом вмешательстве, подлежат госпитализации для обеспечения полноценного анестезиологического пособия с учетом характера и степени выраженности сопутствующей патологии?

- 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. Какой вид ингаляционной анестезии применяется, если при поступлении наркотического вещества из баллона в смеси с кислородом и наркотическая смесь выдыхается больным в атмосферу полностью?

1) по открытому контуру;

2) по полуоткрытому контуру;

3) по полузакрытому контуру;

4) по 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. Какие виды интубации трахеи Вам известны?

- 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. К какому классу степени риска в соответствии с классификацией ASA могут быть отнесены больные с флегмонами челюстно-лицевой области и шеи?

- 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) аурикулоакупунктуру (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 Vidway; 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. Какие осложнения могут возникнуть в период пробуждения больного после прекращения наркоза:

- 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 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. В какие сроки беременности нежелательно проведение плановой операции удаления зуба?

- 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) для удаления зубов с наличием или отсутствием коронковой части (коронковые и корневые щипцы);
- 3) для удаления отдельных групп зубов с сохранившейся коронкой;
- 4) для 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. Какие зубы вывихиваются ротационными движениями щипцов?

- 1) однокорневые зубы на верхней челюсти;
- 2) однокорневые зубы на нижней челюсти;
- 3) многокорневые зубы на верхней челюсти;
- 4) многокорневые зубы 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. Применяются ли маятникообразные движения при удалении первых резцов на верхней челюсти?

- 1) не применяется;
- 2) применяется при появлении препятствия ротации зуба.

Правильный ответ: 2.

6. С каких движений следует начинать вывихивание вторых резцов на верхней челюсти?

- 1) с маятникообразных возвратно-поступательных движений, преимущественно в вестибулярном направлении;
- 2) с ротационных движений;
- 3) с маятникообразных возвратно-поступательных движений, преимущественно в небном 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) с маятникообразных возвратно-поступательных вывихивающих движений в небном направлении;
- 3) с 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 небной 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 небная);
- 4) вестибулярная стенка альвеолы второго моляра тоньше, чем небная;
- 5) вестибулярная и небная стенки альвеол моляров одинаковой толщины;
- 6) близостью верхушек корней к дну верхнечелюстной пазухи;
- 7) вестибулярная стенка альвеолы второго моляра толще, чем небная.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

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

- 1) в вестибулярном направлении;
- 2) в небном 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. Какому инструменту отдадите предпочтение при проведении этапа вывихивания третьего верхнего моляра при выраженном его наклоне в сагиттальной или фронтальной плоскости?

- 1) основной этап вывихивания производят прямым элеватором;
- 2) основной этап вывихивания производят коронковыми щипцам;
- 3) основной этап вывихивания производят корневыми щипцам.

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. Какие щипцы являются универсальными для удаления зубов на верхней челюсти:

- 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 впереди;
- 2) справа и сзади;
- 3) сзади от пациента;
- 4) слева от пациента.

Правильный ответ: 1.

20. Какие щипцы используют для удаления 17 зуба с сохраненной коронкой?

- 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. Какое должно быть положение пациента в кресле при удалении зубов на верхней челюсти?

- 1) удаляемый зуб у больного должен находиться на уровне плечевого сустава хирурга, голова несколько отведена назад;
- 2) удаляемый зуб должен находиться на уровне локтевого сустава хирурга, голова отведена назад;
- 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. Через какое время необходимо извлечь кровоостанавливающую марлевую турунду из лунки после остановки кровотечения?

- 1) 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. Что является причиной полного или неполного вывиха соседнего зуба при операции удаления зубов?

- 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. Какие причины могут привести к перелому нижней челюсти во время операции удаления зуба?

- 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 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. Какова тактика врача хирурга-стоматолога при проталкивании корня зуба в мягкие ткани полости рта?

- 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 отслаивания 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. Что является причиной первичного луночкового кровотечения, возникшего после операции удаления зуба?

- 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. Какова тактика врача хирурга-стоматолога при кровотечении, источником которого являются сосуды слизистой оболочки десны?

- 1) измерить артериальное давление;
- 2) наложить швы на кровоточащий участок;
- 3) затампонировать лунку йодоформным тампоном;
- 4) произвести сдавление кровоточащего сосуда щипцами;
- 5) на лунку наложить тампон, пропитанный 3%-ной перекисью водорода.

Правильный ответ: 1, 2.

4. Какова тактика врача хирурга-стоматолога при невозможности остановки луночкового кровотечения в условиях поликлиники?

- 1) провести перевязку магистрального сосуда;
- 2) измерить артериальное давление;
- 3) провести внутривенное переливание кровезамещающих растворов;
- 4) затампонировать лунку и доставить пациента в стационар для уточнения общих причин луночкового кровотечения;
- 5) направить пациента на консультацию к гематологу по месту жительства;
- 6) назначить антигеморрагические препараты.

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) кратковременная 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 (1:200000);
- 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. Что необходимо соблюдать при проведении операции удаления зуба у пациентов с ишемической болезнью сердца?

- 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. Можно ли проводить анестезию пациентам с водителями ритма:

- 1) да, используя анестетики без добавления вазоконстрикторов, в том числе адреналина;
- 2) да, используя анестетики с добавлением вазоконстрикторов, в том числе адреналина;
- 3) да, используя любой анестетик;
- 4) нет.

Правильный ответ: 1.

4. Перечислите особенности проведения операции удаления зуба у пациентов с бронхиальной астмой:

- 1) тщательный сбор анамнеза и выяснение 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. Через какое время после перенесенного инфаркта миокарда можно проводить плановую хирургическую санацию полости рта?

- 1) через 3 месяца; 2) через 1 месяц; 3) через 2 недели.

Правильный ответ: 1.

6. В каких условиях следует проводить экстренные хирургические вмешательства в полости рта пациенту в первые 6 месяцев после инфаркта миокарда?

- 1) в отделении реанимации многопрофильной больницы;
2) хирургическом кабинете стоматологической поликлиники в присутствии зав. отделения;
3) хирургическом кабинете стоматологической поликлиники в присутствии анестезиолога;
4) в 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) фурасемид; 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 болей 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 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 местноанестезирующих 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 сенсibilизирующая 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 эпигастриальной 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 эпигастриальной 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 эпигастриальной 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, неукротимая 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) тонзилотенный;
- 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. Какие процессы происходят в кости при хроническом апикальном гранулематозном периодонтите?

- 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) на фоне продолжающейся резорбции костной ткани, происходит частичное ее восстановление грануляционной тканью.

Правильный ответ: 3.

6. Какие процессы происходят в кости при хроническом апикальном фиброзном периодонтите?

- 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) на фоне продолжающейся резорбции костной ткани, происходит частичное ее восстановление грануляционной тканью.

Правильный ответ: 1.

7. Какие процессы происходят в кости при хроническом апикальном гранулирующем периодонтите?

- 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) резорбция костной ткани с разрастанием грануляционной 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. Какие виды гранул различают по морфологическому строению?

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.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

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) коронаро-радикулярную сепарацию;
- 5) периостеотомию;
- 6) реплантацию зуба.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6.

18. Какие операции позволяют частично сохранить коронковую часть зуба и его периодонт?

- 1) гемисекция и ампутация корня зуба;
- 2) резекция верхушки корня зуба;
- 3) коронко-радикулярная сепарация зуба;
- 4) реплантация 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. Какой вариант лечения приемлем для острого одонтогенного периостита челюстей?

- 1) только хирургическое лечение;
- 2) только медикаментозная терапия;
- 3) комплексное (хирургическое и медикаментозное).

Правильный ответ: 3.

8. Хирургическое лечение при остром гнойном периостите челюстей заключается:

- 1) в удалении причинного зуба и проведении периостотомии;
- 2) в проведении периостотомии и вскрытии полости зуба;
- 3) в 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) 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 неба:

- 1) появление резко гипермированной полушаровидной или полуовальной припухлости в области твердого неба;
- 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 проведении первичной хирургической обработки гнойно-воспалительного очага, локализуемого в области твердого неба, разрез следует проводить:

- 1) линейный;
- 2) треугольный, с иссечением небольшого участка мягких тканей;
- 3) трапециевидный;
- 4) параллельный краю альвеолярного отростка.

Правильный ответ: 2.

15. Какие средние сроки временной утраты трудоспособности при остром гнойном одонтогенном периостите?

- 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.

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

Правильный ответ: 1, 2, 3.

**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. Дистоция 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) дистоция.

Правильный ответ: 3.

6. Какие дополнительные методы исследования необходимы при дифференциальной диагностике полной и неполной ретенции зуба?

- 1) осмотр полости рта;
- 2) компьютерная томография;
- 3) ортопантомограмма 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. Какие из перечисленных условий обязательны для сохранения нижнего зуба мудрости при затрудненном его прорезывании?

- 1) правильное расположение зуба в альвеолярном отростке;
- 2) наличие места в ретромолярном пространстве для его прорезывания;
- 3) отсутствие хронического воспаления в кости вокруг зуба, и болезней твердых тканей зуба;
- 4) наличие несформированных верхушек корней на рентгенограмме, указывающее на возможность дальнейшего прорезывания жевательной поверхности коронки в окклюзионную плоскость;
- 5) наличие зуба-антагониста; б) желание пациента сохранить зуб.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

10. На какие размеры ретромолярного расстояния ориентируется хирург, решая вопрос о сохранении нижнего зуба мудрости при затрудненном его прорезывании?

- 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 верхушки коря 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 верхушки коря 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.

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. Какие остеомиелиты относятся к неинфекционным?

- 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. Чем обусловлено возникновение симптома Венсана?

- 1) сдавление нижнелуночкового нерва воспалительным экссудатом в кости;
- 2) интоксикацией нижнелуночкового нерва продуктами распада тканей;
- 3) вирулентностью микробов.

Правильный ответ: 1.

6. Какова рентгенологическая картина острого одонтогенного остеомиелита?

- 1) отсутствуют изменения в кости;
- 2) ограниченная резорбция стенки лунки у верхушки корня;
- 3) наличие секвестров.

Правильный ответ: 1, 2.

7. Какова врачебная тактика по отношению к зубу, послужившему причиной развития одонтогенного остеомиелита?

- 1) удаление причинного зуба;
- 2) эндодонтическое лечение;
- 3) наблюдение 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. О чем свидетельствуют повторные ознобы, резкие повышения температуры тела при остром одонтогенном остеомиелите?

- 1) о диффузности распространения процесса, постоянно поражающего новые участки;
- 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. В какой области нижней челюсти особенно тяжело протекает одонтогенный остеомиелит:

- 1) в области ветви;
- 2) угла;
- 3) тела.

Правильный ответ: 1.

12. Какова тактика врача по отношению к интактным патологически подвижным зубам, находящимся рядом с причинным зубом при остром одонтогенном остеомиелите?

- 1) удаление;
- 2) эндодонтическое лечение;
- 3) частичное шинирование;
- 4) наблюдение и контроль ЭОД в динамике.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

13. Какова урограмма у пациентов с острым одонтогенным остеомиелитом?

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

Правильный ответ: 1, 3, 4.

Хронический одонтогенный остеомиелит

1. В какие сроки после начала острого процесса остеомиелит переходит в хроническую стадию при локализации заболевания на верхней челюсти?

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

Правильный ответ: 3, 4.

2. В какие сроки после начала острого процесса остеомиелит переходит в хроническую стадию при локализации заболевания на нижней челюсти?

- 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 °C);
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 околочелюстных мягких тканях.

Правильный ответ: 3, 4.

5. Следует ли проводить санацию полости рта у больных с хроническим одонтогенным остеомиелитом?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

6. Какое оперативное вмешательство следует проводить при хроническом одонтогенном остеомиелите?

- 1) некроэктомию; 2) секвестрэктомию;
3) дренирование секвестральной полости; 4) периостеотомию.

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. Целесообразно ли проводить дезинтоксикационную терапию при хроническом одонтогенном остеомиелите?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

9. Проводится ли секвестрэктомия при остеомиелите Гарре?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

Дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов

1. С какими заболеваниями врачу стоматологу необходимо проводить дифференциальную диагностику периодонтита?

- 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. Какой общий симптом выделяют врачи стоматологи в диагностике периодонтитов, диффузных пульпитов, невралгий тройничного нерва, гнойных периоститов, острых остеомиелитов, острых воспалений верхнечелюстных пазух?

- 1) высокая температура тела;
- 2) патологическая подвижность причинного зуба;
- 3) боль;
- 4) воспалительная реакция регионарных лимфатических узлов;
- 5) субпериостальный абсцесс.

Правильный ответ: 3.

3. Характеризуйте 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. При каком заболевании общее состояние больного бывает средней степени тяжести и тяжелым:

- 1) при остром и обострившемся хроническом периодонтите;
- 2) при остром гнойном периостите;
- 3) при остром остеомиелите;
- 4) при остром лимфадените.

Правильный ответ: 3.

5. Для какого заболевания характерен отличительный признак «муфтообразного воспалительного инфильтрата», охватывающего челюсть?

- 1) острого, или обострившегося хронического, гнойного периодонтита;
- 2) острого гнойного периостита;
- 3) острого остеомиелита.

Правильный ответ: 3.

6. При каком заболевании наиболее часто врачи стоматологи отмечают симптом Венсана?

- 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. При каком заболевании врач стоматолог отмечает быстрое купирование воспалительного процесса после хирургической обработки гнойного очага и удаления причинного зуба?

- 1) острым гнойном периостите;
- 2) 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) тромбоз вен лица;
- 2) внутричерепной синус тромбоз;
- 3) флегмоны шеи;
- 4) оральная хроническая инфекция;
- 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. Каков механизм вовлечения вен лица в воспалительный процесс?

- 1) распространение инфекции гематогенным (венозным) путем;
- 2) закупорка вен инфицированным тромбом;
- 3) гнойное расплавление стенок вены;
- 4) травматическое повреждение вен лица.

Правильные ответы: 1, 2, 3.

3. Через какие вены лица тромб может попасть в пещеристый синус?

- 1) верхняя глазная вена;
- 2) нижняя глазная вена;
- 3) лицевая ангикулярная вена;
- 4) крыловидное венозное сплетение;
- 5) все ответы правильные.

Правильные ответы: 5.

4. Характерные клинические признаки тромбоза 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) септикопиемия;
- 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) смешенная;
- 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 тромбозе 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. Какие глубокие флегмоны челюстно-лицевой области наиболее часто являются причиной развития одонтогенных медиастинитов?

- 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) по преларингеальной клетчатке;
- 3) по претрахеальной клетчатке;
- 4) по позадипищеводной клетчатке;
- 5) по предпозвоночному клетчаточному пространству;
- 6) сразу по всем клетчаточным пространствам.

Правильные ответы: 1, 2, 3, 4, 5.

12. Какие патогномичные симптомы характерны для одонтогенного медиастинита?

- 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. Какие тактические вопросы необходимо решать хирургу стоматологу при наличии больного с одонтогенным медиастинитом?

- 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. Чем обусловлено затруднение интубации трахеи при наличии флегмоны дна полости рта, окологлоточного пространства, переднем верхне-шейном медиастините?

- 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. Из каких компонентов должна состоять общая терапия больных с осложнениями одонтогенной инфекции?

- 1) химиотерапия одонтогенной инфекции;
- 2) активизация системы микроциркуляции;
- 3) уменьшение образования вазоактивных веществ;
- 4) снижение патологических рефлексов, нейрогуморальных сдвигов и степени аллергизации;
- 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.

Современные принципы лечения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи

- 1. Лечение больных с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области должно быть:**
1) местным; 2) общим; 3) комплексным.
Правильный ответ: 3.
- 2. Обязательно ли соблюдение норм асептики и антисептики при проведении хирургической обработки гнойного очага?**
1) да; 2) нет.
Правильный ответ: 1.
- 3. Для местной терапии гнойной раны в фазе воспаления применяют:**
1) гипертонические растворы;
2) растворы антисептиков;
3) протеолитические ферменты;
4) кератопластики;
5) индифферентные мази.
Правильный ответ: 1, 2, 3.
- 4. Для местной терапии гнойной раны в фазе регенерации применяют:**
1) гипертонические растворы; 2) растворы антисептиков;
3) кератопластики; 4) индифферентные мази.
Правильный ответ: 3.
- 5. Какие требования предъявляют к разрезам в челюстно-лицевой области при проведении первичной хирургической обработки гнойного очага?**
1) максимально широкий разрез с целью полного и быстрого опорожнения очага;
2) минимальный разрез с целью профилактики формирования грубого рубца;
3) разрез на всем протяжении гнойника, с учетом анатомо-топографических особенностей челюстно-лицевой области.
Правильный ответ: 3.
- 6. Каким антибиотикам следует отдать предпочтение при первичном обращении пациента с гнойно-воспалительным процессом в челюстно-лицевой области?**
1) антибиотики назначают только после получения результатов исследования микрофлоры на чувствительность;
2) антибиотики не назначают;
3) антибиотики широкого спектра действия.
Правильный ответ: 3.
- 7. Время дегидратации марлевого дренажа с 10 % хлоридом натрия:**
1) 2 ч; 2) 12 ч; 3) 24 ч.
Правильный ответ: 1.

8. Для дренирования глубоких клетчаточных пространств эффективнее использовать:

- 1) перфорированные трубчатые дренажи;
- 2) марлевые дренажи;
- 3) резиновые дренажи.

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) не проводят.

Правильный ответ: 1.

10. Больным с какими заболеваниями показано назначение парентерального питания?

- 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.

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. Чем отличаются понятия «фурункул» и «карбункул»?

- 1) это две стадии одного заболевания;
- 2) количеством пораженных волосяных фолликулов в одной анатомической области;
- 3) количеством пораженных волосяных фолликулов в разных анатомических областях;
- 4) карбункул — это рецидивирующий в течение года фурункул.

Правильный ответ: 2.

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) асептическая повязка.

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) Е-аминокапроновая кислота.

Правильный ответ: 4.

7. За какими показателями крови врачу необходимо вести контроль при назначении гепарина в терапии осложнений фурункулов челюстно-лицевой области?

- 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. Что должен включать обязательный перечень лабораторных исследований крови перед проведением первичной хирургической обработки фурункула или карбункула?

- 1) С-реактивный белок; 2) Т- и В-лимфоциты;
3) билирубин; 4) время свертывания крови;
5) цветной показатель; 6) тромбоциты;
7) лейкоцитарная формула; 8) большая коагулограмма.

Правильный ответ: 4, 6, 7, 8.

10. В каком учреждении здравоохранения должна оказываться специализированная помощь больным с фурункулами и карбункулами челюстно-лицевой области?

- 1) стоматологическая поликлиника;
2) специализированный стационар;
3) хирургическое отделение 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. Где должно проводиться лечение стоматологических болезней у пациентов с активной формой легочного туберкулеза?

- 1) в отделении челюстно-лицевой хирургии общесоматической больницы;
2) стоматологической поликлинике;
3) стоматологическом кабинете инфекционной больницы;
4) в 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. Кто является источником ВИЧ-инфекции?

- 1) больной в стадии острой инфекции;
2) больной в стадии асимптомной инфекции (вирусоносительство);
3) больной с преСПИДом;
4) больной со СПИДом.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

8. Где содержатся наибольшие концентрации вируса ВИЧ-инфекции?

- 1) в сперме; 2) в слюне; 3) в крови;
4) в моче; 5) в 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. Какой биологический материал используют для нахождения антител к ВИЧ-инфекции?

- 1) кровь; 2) моча; 3) кал.

Правильный ответ: 1.

12. Какие группы населения нуждаются в обязательном исследовании крови на ВИЧ-инфекцию?

- 1) группа риска по социальному статусу;
2) иностранные граждане;
3) больные с хроническими заболеваниями слизистой оболочки полости рта, с саркомой Капоши;
4) при первичном обращении в поликлинику;
5) 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 % хлорамин), 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. Что необходимо предпринять при попадании крови или слюны в глаза для профилактики ВИЧ-инфекции у медицинского персонала?

- 1) промыть водным 0,05% 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. Какие мероприятия, и в каком порядке должны быть применены медицинским персоналом для профилактики ВИЧ-инфекции при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями в случае нарушения целостности кожных покровов (укол, порез)?

1) быстро снять перчатку и вывернуть ее рабочей поверхностью внутрь; выдавить из раны кровь, поврежденное место обработать одним из растворов (70%-ным этиловым спиртом, 3%-ным р-ром перекиси водорода, 5%-ной настойкой йода), вымыть руки проточной водой. Повторить обработку 70%-ным этиловым спиртом или 5%-ным 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%-ным 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%-ным этиловым спиртом, снять перчатку, промыть проточной водой с мылом, вторично обработать 96%-ным этиловым спиртом, надеть перчатку;

4) снять перчатки, поврежденное место обработать 96%-ным 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. Какой формы встречаются актиномицеты в организме:

- 1) аэробная; 2) анаэробная.

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. 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. Возможна ли реинфекция сифилисом:

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

26. Укажите виды серологической диагностики сифилиса:

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

Правильный ответ: 1, 2, 3.

27. 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.

28. Назовите морфологические элементы поражения кожи при первичном сифилисе:

- 1) твердый шанкр; 2) пустула; 3) бугорок.

Правильный ответ: 1.

29. Назовите клинические проявления третичного сифилиса.

- 1) гумма; 2) бугорок; 3) папула; 4) розеола.

Правильный ответ: 1, 2.

30. Укажите методы диагностики сифилиса:

- 1) микробиологический;
2) серологический;
3) цитологический;
4) гистологический.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

31. Твердый шанкр появляется с момента заражения:

- 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 следует подразделять верхнечелюстные синуситы:

- 1) на одонтогенные;
- 2) риногенные;
- 3) тонзилогенные;
- 4) гематогенные;
- 5) травматические;
- 6) аллергические.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6.

3. Какие жалобы пациента свидетельствует в пользу риногенной природы синусита верхнечелюстных пазух:

- 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. Какие жалобы больного свидетельствуют в пользу одонтогенной природы синусита верхнечелюстной пазухи:

- 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 небной поверхности альвеолярного отростка;
- 3) двуслойный лоскут;
- 4) мостовидные лоскуты;
- 5) трапецевидного 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 (пломбирочный материал, корни зубов, имплантанты);
- 4) интактную слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи.

Правильный ответ: 2, 3.

8. Чтобы придать щечно-десновому лоскуту большую мобильность, необходимо:

- 1) у его основания, параллельно кожной складке, линейным разрезом рассечь надкостницу до подслизистого слоя;
- 2) у его основания, параллельно кожной складке, линейным разрезом рассечь слизистую с надкостницей.

Правильный ответ: 1.

9. Образование какого лоскута для закрытия свища верхнечелюстной пазухи является более травматичным?

- 1) образование трапецевидного слизисто-надкостничного щечно-деснового лоскута;
- 2) образование слизисто-надкостничного лоскута языкообразной формы с твердого неба.

Правильный ответ: 2.

10. Какие лучевые методы исследования могут использоваться для диагностики одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи?

- 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, пломбирочный 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. Каким эпителием представлена внутренняя выстилка слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи?

- 1) многослойным ороговевающим;
- 2) кубическим;
- 3) мерцательным.

Правильный ответ: 3.

19. В области каких стенок верхнечелюстной пазухи преимущественно поражается слизистая оболочка при одонтогенном синусите?

- 1) нижней;
- 2) верхней;
- 3) медиальной;
- 4) задней;
- 5) латеральной;
- 6) передней.

Правильный ответ: 1, 5, 6.

20. В каком положении должен находиться пациент при рентгенографическом определении уровня экссудата в верхнечелюстной пазухе?

- 1) лежа на спине;
- 2) лежа на боку;
- 3) стоя;
- 4) лежа на животе.

Правильный ответ: 3.

21. Возможно ли консервативное лечение острых верхнечелюстных синуситов?

- 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. Из очагов хронической одонтогенной инфекции инфекционный агент и продукты его жизнедеятельности могут распространяться:

- 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) травма;

3) удаление зубов;

4) травматическая операция;

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 % по 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. Какие группы тестов для диагностики орального хронического сепсиса известны на современном этапе?

- 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. Какая профилактика хронического сепсиса и фокальной инфекции Вам известна?

- 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) инфльтрационную анестезию с адреналином;
- 4) эффективное лечение кариеса и пульпита;
- 5) предупреждение пульпита;
- 6) удаление зуба или резекцию верхушки корня;
- 7) гингивэктомия.

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) гингивозектомию;
- 6) стоматологическую реабилитацию.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6.

**Хирургическое лечение болезней
маргинального периодонта**

1. Показанием для кюретажа при маргинальном периодонтите является:

- 1) единичные патологические карманы глубиной свыше 6 мм, особенно в области бифуркации зуба;
- 2) множественные патологические карманы с оголением корней зубов на 1/3 длины;
- 3) единичные патологические карманы глубиной 4–6 мм на легко доступных поверхностях;
- 4) патологическая подвижность зуба III степени.

Правильный ответ: 3.

2. Укажите основные противопоказания к кюретажу при маргинальном периодонтите:

- 1) генерализованный процесс;
- 2) наличие костных карманов;
- 3) наличие поддесневых абсцессов;
- 4) резорбция кости на 1/3 длины корня;
- 5) истончение стенок карманов;
- 6) фиброматоз десен.

Правильный ответ: 2, 3, 6.

3. Показанием к открытому кюретажу при маргинальном периодонтите является:

- 1) единичные глубокие остаточные патологические карманы в аппроксимальных межзубных промежутках;
- 2) обширные остаточные изменения и очаги поражения в области фуркаций зубов;
- 3) патологические карманы глубиной не более 6 мм в области 4 рядом расположенных зубов;
- 4) патологические карманы в области моляров, глубиной более 6 мм в области бифуркации зубов.

Правильный ответ: 1, 3.

4. Какой клинический признак не является показанием для гингивэктомии?

- 1) множественные десневые патологические карманы;
- 2) широкие и мелкие десневые патологические карманы;
- 3) множественные костные патологические карманы;
- 4) единичные глубокие костные патологические карманы.

Правильный ответ: 3, 4.

5. Укажите правильную последовательность комплексного лечения генерализованного маргинального периодонтита:

- 1) санация полости рта;
- 2) хирургическое лечение;
- 3) пришлифовывание зубов;
- 4) шинирование зубов (при необходимости).

Правильный ответ: 1, 3, 4, 2.

6. В каком случае показано удаление зубов при маргинальном периодонтите?

- 1) при наличии костных карманов и патологической подвижности зуба III–IV степени;
- 2) феномене Попова–Годона;
- 3) атрофии альвеолярного отростка более 2/3 длины корня зуба;
- 4) при поражении маргинального периодонта, сопровождающемся атрофией кости до 1/2 длины корня зуба и отсутствии патологической подвижности зуба.

Правильный ответ: 1, 3.

7. Укажите цель патогенетической терапии при лечении болезней маргинального периодонта:

- 1) устранение микробного фактора;
- 2) уменьшение патологической подвижности зубов;
- 3) уменьшение глубины костных карманов;
- 4) замедление процесса резорбции костной ткани;
- 5) полное восстановление анатомии периодонта.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

8. Укажите цель этиотропной терапии при лечении болезней маргинального периодонта:

- 1) устранение микробного фактора (субгингивальной микробной биопленки);
- 2) уменьшение подвижности зубов;
- 3) стимуляция специфического и неспецифического иммунитета;
- 4) заполнение костных карманов остеорегенерирующими препаратами;
- 5) полное восстановление анатомии периодонта.

Правильный ответ: 1, 3.

9. Каким антибактериальным препаратам отдают предпочтение при местной терапии в комплексном лечении болезней маргинального периодонта?

- 1) антибиотики широкого спектра действия;
- 2) антисептики группы детергентов;
- 3) антибиотики узкого спектра действия;
- 4) антисептики группы фенола;
- 5) антибиотики резерва.

Правильный ответ: 2, 4.

10. Какие из перечисленных видов вертикальных разрезов являются оптимальными при мобилизации прикрепленной и свободной слизистой оболочки альвеолярного отростка челюсти в хирургическом лечении болезней маргинального периодонта?

- 1) парамедианный;
- 2) межзубной;
- 3) медианный;
- 4) треугольный.

Правильный ответ: 1.

11. В какой клинической ситуации нецелесообразно для больного проведение гингивоостеопластики?

- 1) маргинальный периодонтит с вертикальной резорбцией альвеолярной кости, не превышающей $3/4$ длины корней зубов;
- 2) маргинальный периодонтит с вертикальной резорбцией альвеолярной кости, превышающей $3/4$ длины корней зубов;
- 3) наличие поддесневых абсцессов;
- 4) наличие костных патологических карманов в области группы рядом расположенных зубов с их патологической подвижностью III степени.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

12. Что является показанием к вестибулопластике?

- 1) мелкое преддверие полости рта с шириной прикрепленной десны до 2 мм;
- 2) прикрепление уздечки губы непосредственно к десневому сосочку;
- 3) мелкое преддверие полости рта с патологической подвижностью I–II степени центральных резцов;
- 4) мелкое преддверие полости рта с патологической подвижностью III степени центральных резцов.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

13. Перечислите репаративные методы хирургического лечения болезней маргинального периодонта:

- 1) гингивэктомия;
- 2) кюретаж;
- 3) резекция корня;
- 4) апикально перемещаемый лоскут;
- 5) лоскутные операции.

Правильный ответ: 2, 5.

14. Какие пародонтальные лоскуты возможно сформировать при проведении лоскутных операций в хирургическом лечении болезней маргинального периодонта?

- 1) дублированные;
- 2) полнослойные (эпителий, соединительная ткань, надкостница);
- 3) расщепленные (эпителий, соединительная ткань);
- 4) опрокидываемые;
- 5) простые (возвращаемые на место);
- 6) позиционные (перемещаемые на другой участок).

Правильный ответ: 2, 3, 5, 6.

15. В чем состоит смысл применения техники направленной регенерации тканей (применение мембранных барьеров) при хирургическом лечении болезней маргинального периодонта?

- 1) активизация эпителиальной регенерации;
- 2) сдерживание быстро пролиферирующей ткани (эпителия, соединительной ткани);
- 3) активизация фибробластов надкостницы;
- 4) активизация остеобластов костной ткани и клеток периодонтальной связки.

Правильный ответ: 2, 4.

Флегмоны и абсцессы околочелюстных тканей нижней челюсти

1. Острый гнойный разлитой воспалительный процесс в клетчатке — это:

- 1) абсцесс;
- 2) флегмона;
- 3) эмпиема.

Правильный ответ: 2.

2. Ограниченный воспалительный процесс в клетчатке — это:

- 1) абсцесс;
- 2) флегмона;
- 3) эмпиема.

Правильный ответ: 1.

3. Назовите признаки общей интоксикации организма:

- 1) общая слабость, потеря аппетита, озноб;
- 2) брадикардия, апноэ;
- 3) повышение температуры тела;
- 4) отсутствие изменений в анализах периферической крови и мочи.

Правильный ответ: 1, 3.

4. Какими признаками характеризуется течение анаэробной инфекции в области головы и шеи?

- 1) медленное, вялое течение, признаки интоксикации слабо выражены;
- 2) острое начало, быстрое нарастание местных симптомов, тяжелая интоксикация.

Правильный ответ: 2.

5. Первично воспалительные процессы в поднижнечелюстной области возникают в результате распространения одонтогенной инфекции:

- 1) от фронтальной группы зубов нижней челюсти;
- 2) околоушно-жевательной области;
- 3) от жевательной группы зубов нижней челюсти;
- 4) гематогенным путем.

Правильный ответ: 3.

6. Укажите методы специального обследования пациента с абсцессом в области нижней челюсти:

- 1) общий анализ периферической крови;
- 2) рентгенограмма нижней челюсти с соответствующей стороны в боковой проекции;
- 3) контрастная сиалография.

Правильный ответ: 2.

7. Для флегмоны поднижнечелюстной области характерно нарушение функции:

- 1) глотания;
- 2) жевания;
- 3) речи;
- 4) не сопровождается грубыми функциональными нарушениями;
- 5) открывания рта.

Правильный ответ: 4.

8. Укажите оперативный доступ при проведении ПХО флегмоны поднижнечелюстной области.

- 1) внутриротовой разрез по переходной складке с язычной стороны нижней челюсти;
- 2) наружный разрез в поднижнечелюстной области, отступя от края нижней челюсти на 2,5 см;
- 3) наружный разрез по краю нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

9. Нижняя граница подподбородочного треугольника:

- 1) тело и большие рожки подъязычной кости;
- 2) передние брюшки двубрюшных мышц;
- 3) челюстно-язычная мышца.

Правильный ответ: 1.

10. Укажите оперативный доступ для ПХО гнойного очага в подподбородочной области:

- 1) внутриротовой доступ;
- 2) дугообразный в подподбородочной области параллельно краю нижней челюсти;
- 3) от края нижней челюсти к подъязычной кости по средней линии шеи.

Правильный ответ: 2, 3.

11. Верхней границей околоушно-жевательной области является:

- 1) передний край m. masseter;

- 2) нижний край скуловой дуги;
- 3) нижний край тела нижней челюсти;
- 4) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

12. Нижней границей околоушно-жевательной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой дуги;
- 3) нижний край тела нижней челюсти;
- 4) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

13. Передней границей околоушно-жевательной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой дуги;
- 3) нижний край тела нижней челюсти;
- 4) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

14. Задней границей околоушно-жевательной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой дуги;
- 3) нижний край тела нижней челюсти;
- 4) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

15. Источники инфекции при флегмонах околоушно-жевательной области:

- 1) в результате распространения воспалительного процесса из щечной области;
- 2) в результате распространения воспалительного процесса из околоушной слюнной железы;
- 3) в результате распространения воспалительного процесса из поднижнечелюстной области.

Правильный ответ: 1, 2.

16. Укажите возможный оперативный доступ при флегмоне околоушно-жевательной области:

- 1) наружный доступ по переднему краю собственно жевательной мышцы;
- 2) внутриротовой разрез по крыловидно-нижнечелюстной складке;
- 3) наружный доступ, окаймляя угол нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

17. Укажите оперативный доступ при абсцессе поджевательного клетчаточного пространства:

- 1) внутриротовой разрез, латеральнее от крыловидно-нижнечелюстной складки с формированием раневого канала снаружи от ветви челюсти;
- 2) внутриротовой разрез, латеральнее от крыловидно-нижнечелюстной складки с формированием раневого канала кнутри от ветви челюсти;
- 3) наружный поднижнечелюстной доступ.

Правильный ответ: 1.

18. Укажите оперативный доступ при флегмоне поджевательного пространства:

1) наружный доступ, окаймляя угол нижней челюсти с отслойкой сухожилия собственно жевательной мышцы и формированием раневого канала кнутри от ветви челюсти;

2) наружный доступ, окаймляя угол нижней челюсти с отслойкой сухожилия собственно жевательной мышцы и формированием раневого канала кнаружи от ветви челюсти;

3) внутриротовой разрез, латеральнее от крыловидно-нижнечелюстной складки с формированием раневого канала кнаружи от ветви челюсти.

Правильный ответ: 2.

19. Верхней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток;

2) сосцевидный отросток;

3) наружный слуховой проход;

4) нижний полюс *gl. parotis*;

5) околоушно-жевательная фасция;

6) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

20. Передней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток;

2) сосцевидный отросток;

3) наружный слуховой проход;

4) нижний полюс *gl. parotis*;

5) околоушно-жевательная фасция;

6) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 6.

21. Задней границей позадичелюстной области является:

1) сосцевидный отросток височной кости;

2) наружный слуховой проход;

3) нижний полюс *gl. parotis*;

4) околоушно-жевательная фасция;

5) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

22. Внутренней границей позадичелюстной области является:

1) шиловидный отросток с «анатомическим букетом» мышц;

2) сосцевидный отросток;

3) наружный слуховой проход;

4) нижний полюс *gl. parotis*;

5) околоушно-жевательная фасция;

6) задний край ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

23. С какими прилежащими фасциально-клетчаточными пространствами сообщается крыловидно-нижнечелюстное пространство?

- 1) с поднижнечелюстным пространством;
- 2) околоушно-жевательной областью;
- 3) височной областью;
- 4) подвисочной ямкой;
- 5) крылонёбной ямкой;
- 6) с окологлоточным пространством.

Правильный ответ: 4, 5, 6.

24. Для флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства характерно:

- 1) свободное открывание полости рта;
- 2) отечный и болезненный инфильтрат под внутренней поверхностью угла нижней челюсти;
- 3) взбухание боковой стенки глотки;
- 4) гиперемия, инфильтрация, сглаженность крыловидно-нижнечелюстной складки.

Правильный ответ: 2, 4.

25. Наружной границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- 1) щечно-глоточный шов;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

Правильный ответ: 3.

26. Внутренней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- 1) щечно-глоточный шов;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

Правильный ответ: 4.

27. Верхней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- 1) щечно-глоточный шов;
- 2) латеральная крыловидная мышца;
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

Правильный ответ: 2.

28. Передней границей крыловидно-нижнечелюстного пространства является:

- 1) щечно-глоточный шов;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти;
- 4) наружная поверхность медиальной крыловидной мышцы.

Правильный ответ: 1.

29. Укажите оперативный доступ при абсцессе крыловидно-нижнечелюстного пространства.

- 1) наружный доступ в поднижнечелюстной области;
- 2) наружный доступ, окаймляя угол нижней челюсти с отслойкой сухожилия внутренней крыловидной мышцы и формированием раневого канала кнутри от ветви нижней челюсти;
- 3) внутриротовой доступ латеральнее от крыловидно-нижнечелюстной складки с формированием раневого канала кнаружи от ветви нижней челюсти;
- 4) внутриротовой доступ медиальнее от крыловидно-нижнечелюстной складки с формированием раневого канала кнутри от ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

30. Оперативный доступ при ПХО флегмоны крыловидно-нижнечелюстного пространства осуществляется:

- 1) только внутриротовым разрезом медиальнее крыловидно-нижнечелюстной складки;
- 2) внеротовым разрезом параллельно переднему краю грудинно-ключично-сосцевидной мышцы с формированием раневого канала кнаружи от ветви нижней челюсти;
- 3) разрезом, окаймляющим угол нижней челюсти с отслойкой сухожилия медиальной крыловидной мышцы и формированием раневого канала кнутри от ветви челюсти.

Правильный ответ: 3.

31. Наружной границей окологлоточного пространства является:

- 1) боковая стенка глотки;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа;
- 4) медиальная крыловидная мышца;
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции.

Правильный ответ: 4.

32. Внутренней границей окологлоточного пространства является:

- 1) боковая стенка глотки;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа;
- 4) медиальная крыловидная мышца;
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции.

Правильный ответ: 1.

33. Передней границей окологлоточного пространства является:

- 1) боковая стенка глотки;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа;
- 4) медиальная крыловидная мышца;
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции.

Правильный ответ: 2.

34. Задней границей окологлоточного пространства является:

- 1) боковая стенка глотки;
- 2) межкрыловидная фасция;
- 3) поднижнечелюстная слюнная железа;
- 4) медиальная крыловидная мышца;
- 5) боковые отростки предпозвоночной фасции.

Правильный ответ: 5.

35. Верхней границей подъязычной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) слизистая оболочка дна полости рта;
- 3) подбородочно-язычная и подъязычная мышцы;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

36. Нижней границей подъязычной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) слизистая оболочка дна полости рта;
- 3) подбородочно-язычная и подъязычная мышцы;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

37. Наружной границей подъязычной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) слизистая оболочка дна полости рта;
- 3) подбородочно-язычная и подъязычная мышцы;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

38. Внутренней границей подъязычной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) слизистая оболочка дна полости рта;
- 3) подбородочно-язычная и подъязычная мышцы;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

39. При абсцессе челюстно-язычного желобка наблюдается:

- 1) гноетечение из вартонова протока;
- 2) болезненность при глотании;
- 3) ограничение открывания рта;
- 4) гиперемия, сглаженность, болезненность подъязычной складки;
- 5) флюктуация при пальпации поднижнечелюстной области.

Правильный ответ: 2, 4.

40. Укажите этапы хирургической обработки гнойного очага при лечении пациентов с абсцессом челюстно-язычного желобка:

- 1) внутривенное назначение антибиотиков;
- 2) удаление причинного зуба;
- 3) проведение разреза в области абсцесса;
- 4) дренирование раны.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

41. Укажите оперативный доступ при ПХО абсцесса челюстно-язычного желобка:

- 1) наружный доступ в поднижнечелюстной области;
- 2) наружный доступ, окаймляя угол нижней челюсти;
- 3) внутриротовой доступ с поворотом острия скальпеля к телу нижней челюсти;
- 4) внутриротовой доступ с поворотом острия скальпеля к языку.

Правильный ответ: 3.

42. Верхней границей подподбородочной области является:

- 1) подъязычная кость;
- 2) челюстно-подъязычная мышца;
- 3) передние брюшки m. digastricus;
- 4) нижний край подбородочного отдела тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

43. Задней границей подподбородочной области является:

- 1) подъязычная кость;
- 2) челюстно-подъязычная мышца;
- 3) передние брюшки m. digastricus;
- 4) нижний край подбородочного отдела тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

44. Латеральной границей подподбородочной области является:

- 1) подъязычная кость;
- 2) челюстно-подъязычная мышца;
- 3) передние брюшки m. digastricus;
- 4) нижний край подбородочного отдела тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

45. Нижней границей подподбородочной области является:

- 1) челюстно-язычная мышца;
- 2) передние брюшки m. digastricus;
- 3) поверхностная фасция шеи;
- 4) подъязычная кость.

Правильный ответ: 4.

46. Верхневнутренней границей поднижнечелюстной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) переднее брюшко m. digastricus;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

47. Наружной границей поднижнечелюстной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) переднее брюшко m. digastricus;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

48. Нижней границей поднижнечелюстной области является:

- 1) челюстно-подъязычная мышца;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) поверхностный листок собственной фасции шеи;
- 4) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

49. Верхней границей дна полости рта является:

- 1) основание языка;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) кожа поднижнечелюстных областей;
- 4) слизистая оболочка дна полости рта;
- 5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

50. Нижней границей дна полости рта является:

- 1) основание языка;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) кожа поднижнечелюстных областей;
- 4) слизистая оболочка дна полости рта;
- 5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

51. Передненаружной границей дна полости рта является:

- 1) основание языка;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) кожа поднижнечелюстных областей;
- 4) слизистая оболочка дна полости рта;
- 5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 5.

52. Задней границей дна полости рта является:

- 1) корень языка и мышцы «анатомического букета»;
- 2) заднее брюшко m. digastricus;
- 3) кожа поднижнечелюстных областей;
- 4) слизистая оболочка дна полости рта;
- 5) внутренняя поверхность тела нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

53. Укажите возможные оперативные доступы при ПХО флегмоны дна полости рта:

- 1) поднижнечелюстной + подподбородочный по средней линии;
- 2) поднижнечелюстные с обеих сторон + подподбородочный по средней линии;
- 3) воротникообразный;
- 4) с двух сторон в подъязычной области + подподбородочный по средней линии с соединением разрезов.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

54. Где должно проводиться лечение больных с флегмоной дна полости рта?

- 1) в хирургическом кабинете поликлиники;
- 2) в отделении реанимации;
- 3) в специализированном отделении челюстно-лицевой хирургии.

Правильный ответ: 2, 3.

55. Какие функции нарушаются у больного при флегмоне дна полости рта?

- 1) жевания;
- 2) глотания;
- 3) речи;
- 4) вкуса.

Правильный ответ: 2.

56. Для воспалительного процесса какой локализации характерна следующая клиническая картина: воспалительный инфильтрат в проекции ветви нижней челюсти, мочка уха приподнята, воспалительная контрактура жевательных мышц 3 степени?

- 1) крыловидно-нижнечелюстного пространства;
- 2) позадичелюстной области;
- 3) околоушно-жевательной области.

Правильный ответ: 3.

57. Причиной флегмоны языка могут быть факторы:

- 1) одонтогенные;
- 2) риногенные;
- 3) тонзиллогенные;
- 4) стоматогенные.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

58. Общая продолжительность временной утраты трудоспособности при флегмоне дна полости рта:

- 1) 18–20 дней;
- 2) 30–32 дня;
- 3) 7–8 дней.

Правильный ответ: 1.

Флегмоны и абсцессы окологлазничных тканей верхней челюсти

1. Укажите причинные зубы, которые могут вызвать воспаление в подглазничной области:

- 1) резцы и премоляры;
- 2) только резцы;
- 3) премоляры и моляры.

Правильный ответ: 1.

2. Какие из нижеперечисленных симптомов воспаления могут характеризовать абсцесс подглазничной области?

- 1) нарушение функции жевания;
- 2) экзофтальм;
- 3) гиперемия кожи подглазничной области.

Правильный ответ: 3.

3. Верхней границей подглазничной области является:

- 1) скулочелюстной шов;
- 2) нижний край глазницы;
- 3) край грушевидного отверстия;
- 4) альвеолярный отросток верхней челюсти.

Правильный ответ: 2.

4. Нижней границей подглазничной области является:

- 1) скулочелюстной шов;
- 2) нижний край глазницы;
- 3) край грушевидного отверстия;
- 4) альвеолярный отросток верхней челюсти.

Правильный ответ: 4.

5. Медиальной границей подглазничной области является:

- 1) скулочелюстной шов;
- 2) нижний край глазницы;
- 3) край грушевидного отверстия;
- 4) альвеолярный отросток верхней челюсти.

Правильный ответ: 3.

6. Латеральной границей подглазничной области является:

- 1) скулочелюстной шов;
- 2) нижний край глазницы;
- 3) край грушевидного отверстия;
- 4) альвеолярный отросток верхней челюсти.

Правильный ответ: 1.

7. Укажите возможные оперативные доступы при ПХО абсцесса подглазничной области:

- 1) по переходной складке альвеолярного отростка верхней челюсти;
- 2) по носогубной складке;
- 3) по линии, окаймляющей крыло носа и к медиальному углу глаза.

Правильный ответ: 1, 2.

8. Верхней границей щечной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой кости;
- 3) передний край нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

9. Нижней границей щечной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой кости;
- 3) нижний край нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

10. Задней границей щечной области является:

- 1) передний край m. masseter;
- 2) нижний край скуловой кости;
- 3) нижний край нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

11. Укажите оперативный доступ при ПХО флегмоны щечной области:

- 1) поднижнечелюстной доступ;
- 2) по ходу основного выводного протока околоушной слюнной железы;
- 3) внутриротовой по линии смыкания зубов.

Правильный ответ: 1.

12. Какие функции нарушаются при флегмоне щечной области?

- 1) глотания; 2) не нарушаются; 3) дыхания; 4) речи.

Правильный ответ: 2.

13. Какие виды дренажей можно использовать при проведении ПХО абсцесса щечной области внутриротовым доступом?

- 1) из перчаточной резины;
2) марлевые с гипертоническими растворами;
3) перфорированные трубчатые;
4) с сорбентами.

Правильный ответ: 1.

14. Верхней границей скуловой области является:

- 1) скуловисочный шов;
2) скулочелюстной шов;
3) передневерхний отдел щечной области;
4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

Правильный ответ: 4.

15. Нижней границей скуловой области является:

- 1) скуловисочный шов;
2) скулочелюстной шов;
3) передневерхний отдел щечной области;
4) передненижний отдел височной области, нижний край глазницы.

Правильный ответ: 2.

16. Задней границей скуловой области является:

- 1) скуловисочный шов;
2) скулочелюстной шов;
3) передневерхний отдел щечной области;
4) нижний край глазницы.

Правильный ответ: 1.

17. Для абсцесса подвисочной ямки характерно:

- 1) припухлость воспалительного характера в нижнем отделе височной области в виде песочных часов;
2) гиперемия кожи височной области;
3) отечность и гиперемия слизистой оболочки верхнего свода преддверия полости рта на уровне моляров;
4) ограничение открывания рта.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

18. Верхней границей подвисочной ямки является:

- 1) бугор верхней челюсти;
2) подвисочный гребень основной кости;
3) наружная пластинка крыловидного отростка;
4) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

19. Передней границей подвисочной ямки является:

- 1) шиловидный отросток;
- 2) бугор верхней челюсти;
- 3) щечно-глоточная фасция;
- 4) подвисочный гребень основной кости;
- 5) наружная пластинка крыловидного отростка;
- 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 2.

20. Задней границей подвисочной ямки является:

- 1) шиловидный отросток с «анатомическим букетом» мышц;
- 2) бугор верхней челюсти;
- 3) щечно-глоточная фасция;
- 4) подвисочный гребень основной кости;
- 5) наружная пластинка крыловидного отростка;
- 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

21. Внутренней границей подвисочной ямки является:

- 1) шиловидный отросток;
- 2) бугор верхней челюсти;
- 3) щечно-глоточная фасция;
- 4) подвисочный гребень основной кости;
- 5) наружная пластинка крыловидного отростка клиновидной кости и внутренняя стенка глотки;
- 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 5.

22. Наружной границей подвисочной ямки является:

- 1) шиловидный отросток;
- 2) бугор верхней челюсти;
- 3) щечно-глоточная фасция;
- 4) подвисочный гребень основной кости;
- 5) наружная пластинка крыловидного отростка;
- 6) внутренняя поверхность ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 6.

23. Укажите оперативный доступ при ПХО флегмоны подвисочной ямки:

- 1) в скуловой области с учетом расположения ветвей лицевого нерва;
- 2) со стороны полости рта по переходной складке кзади от второго и третьего моляров;
- 3) по переднему краю височной мышцы.

Правильный ответ: 2.

24. Верхней и задней границей височной области является:

- 1) скуловая дуга;
- 2) височная линия;
- 3) чешуя височной кости;
- 4) лобный отросток скуловой кости;
- 5) подвисочный гребень основной кости.

Правильный ответ: 2.

25. Нижней границей височной области является:

- 1) скуловая дуга;
- 2) височная линия;
- 3) чешуя височной кости;
- 4) лобный отросток скуловой кости;
- 5) подвисочный гребень основной кости.

Правильный ответ: 5.

26. Передней границей височной области является:

- 1) скуловая дуга;
- 2) височная линия;
- 3) чешуя височной кости;
- 4) лобный отросток скуловой кости, скуловой отросток лобной кости;
- 5) подвисочный гребень основной кости.

Правильный ответ: 4.

27. Внутренней границей височной области является:

- 1) скуловая дуга;
- 2) височная линия;
- 3) чешуя височной кости;
- 4) лобный отросток скуловой кости;
- 5) подвисочный гребень основной кости.

Правильный ответ: 3.

28. Укажите причину развития флегмоны височной области:

- 1) моляры верхней челюсти;
- 2) вторичное поражение в результате распространения воспалительного процесса из подвисочной ямки;
- 3) инфекционно-воспалительные поражения кожи, инфицированные раны височной области.

Правильный ответ: 2, 3.

29. Укажите возможные оперативные доступы при ПХО поверхностной височной флегмоны.

- 1) разрез по линии роста волос и контраперура ниже скуловой дуги;
- 2) радиальный разрез височной области;
- 3) разрез по височной линии и контрапертура выше скуловой дуги;
- 4) разрез по височной линии и контрапертура по верхнему своду преддверия полости рта.

Правильный ответ: 2, 3.

30. Укажите возможные оперативные доступы при ПХО глубокой височной флегмоны.

- 1) разрез по линии роста волос и контраперура ниже скуловой дуги;
- 2) радиальный разрез височной области;
- 3) разрез по височной линии и контрапертура выше скуловой дуги;
- 4) разрез по височной линии и контрапертура по верхнему своду преддверия полости рта.

Правильный ответ: 4.

31. Какие виды дренажей можно использовать при дренировании флегмоны височной области?

- 1) из перчаточной резины;
- 2) марлевые дренажи, пропитанные гипертоническим раствором;
- 3) перфорированные трубчатые дренажи;

Правильный ответ: 3.

32. Под каким видом обезболивания можно проводить ПХО гнойного очага височной области?

- 1) инфильтрационная анестезия с премедикацией;
- 2) анестезия по Берше–Дубову;
- 3) общее обезболивание.

Правильный ответ: 1, 3.

33. Укажите причины возникновения абсцесса и флегмоны орбиты:

- 1) в результате распространения гнойного процесса из верхнечелюстной пазухи;
- 2) при флегмонах подглазничной области;
- 3) в результате распространения процесса из подвисочного пространства;
- 4) при субпериостальных абсцессах верхней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2.

34. Медиальная стенка орбиты образована следующими костями:

- 1) клиновидной, лобной, скуловой;
- 2) верхнечелюстной, клиновидной;
- 3) верхнечелюстной, клиновидной, слезной;
- 4) клиновидной, лобной, слезной.

Правильный ответ: 4.

35. Какие из перечисленных симптомов характерны для абсцесса орбиты?

- 1) боль пульсирующего характера в области глазного яблока;
- 2) воспалительная инфильтрация в области век (хемоз);
- 3) снижение остроты зрения;
- 4) лагофтальм;
- 5) диплопия;
- 6) ограничение подвижности глазного яблока.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

36. Укажите возможные оперативные доступы при проведении ПХО флегмоны орбиты:

- 1) по нижнему краю орбиты;
- 2) по верхнему своду преддверия полости рта;
- 3) по нижнелатеральному краю орбиты;
- 4) по верхнему краю орбиты;
- 5) через верхнечелюстную пазуху.

Правильный ответ: 3, 5.

37. Передней границей скуловой области является:

- 1) скуловисочный шов;
- 2) скуловерхнечелюстной шов;
- 3) грушевидное отверстие носа.

Правильный ответ: 2.

38. Укажите возможные функциональные нарушения при абсцессе скуловой области:

- 1) нарушение функции зрения из-за отека век;
- 2) функциональных нарушений нет;
- 3) затруднение жевания.

Правильный ответ: 2.

Сиалоадениты, слюнно-каменная болезнь

1. Укажите основные функции больших слюнных желез:

- 1) пищеварительная;
- 2) накопительная;
- 3) выделительная;
- 4) эндокринная;
- 5) защитная.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

2. Зондирование устья выводного протока слюнной железы проводят:

- 1) для обнаружения инородного тела протока;
- 2) обнаружения болезненности стенки протока;
- 3) определения направления изгиба протока;
- 4) определения характера секрета слюнной железы;
- 5) для обнаружения слюнного камня.

Правильный ответ: 1, 5.

3. Укажите основную рентгенологическую характеристику структуры околоушной слюнной железы в норме при сиалографии:

- 1) ширина основного выводного протока составляет 1 мм;
- 2) ширина основного выводного протока составляет 2 мм;
- 3) контуры протоков ровные, четкие;
- 4) проток выходит из железы после дугообразного изгиба;
- 5) внутридолевые протоки отходят веерообразно;
- 6) внутридолевые протоки отходят перпендикулярно.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

4. Укажите основную рентгенологическую характеристику структуры поднижнечелюстной слюнной железы в норме при сиалографии:

- 1) ширина основного выводного протока составляет 1 мм;
- 2) ширина основного выводного протока составляет 2 мм;
- 3) контуры протоков ровные, четкие;
- 4) проток выходит из железы после дугообразного изгиба;
- 5) внутридолевые протоки отходят веерообразно;
- 6) внутридолевые протоки отходят перпендикулярно.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 6.

5. Анализ полученной сиалограммы включает:

1) изучение изображения главного выводного протока (степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);

2) изучение взаимоотношения мягких тканей челюстно-лицевой области и контрастируемой железы;

3) изучение изображения внутрижелезистой части протоков (их взаимоотношение, степень заполнения контрастом, положение, длина, ширина, форма, контуры);

4) определение величины, формы, структуры и топографии исследуемой слюнной железы.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

6. Укажите возможные пути проникновения инфекции в слюнную железу:

1) стоматогенный ретроградный; 2) гематогенный;

3) трансплацентарный; 4) лимфогенный;

5) контактный.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

7. Какая слюнная железа вырабатывает больше по объему количества слюны?

1) околоушная; 2) поднижнечелюстная;

3) подъязычная; 4) все в одинаковом количестве.

Правильный ответ: 2.

8. Что относится к острым сиалоаденитам вирусного происхождения?

1) эпидемические паротиты; 2) постгриппозные паротиты;

3) болезнь Шегрена; 4) слюннно-каменная болезнь.

Правильный ответ: 1, 2.

9. Какой специальный метод обследования не применяется при хронических воспалительных заболеваниях больших слюнных желез вне обострения?

1) сиалография; 2) стинциграфия; 3) ЯМР КТ;

4) ангиография; 5) КТ.

Правильный ответ: 4.

10. Уровень какого фермента в крови значительно повышается при эпидемическом паротите?

1) АСТ; 2) лактатдегидрогеназы; 3) α -амилазы; 4) АЛТ.

Правильный ответ: 3.

11. Болевые точки Филатова при остром сиалоадените околоушной слюнной железы располагаются:

1) впереди мочки уха;

2) в наружном слуховом проходе;

3) в области верхушки сосцевидного отростка;

4) в области полулунной вырезки ветви нижней челюсти;

5) по краю нижней челюсти.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

12. Показатели α -амилазы крови при эпидемическом паротите:

- 1) в пределах нормы; 2) 64–128 ЕД и выше; 3) 12–24 ЕД.

Правильный ответ: 2.

13. Укажите возможные осложнения эпидемического паротита:

- 1) орхит;
2) мастит;
3) панкреатит;
4) остеомиелит челюстной кости.

Правильный ответ: 1, 3.

14. Укажите местные причины возникновения острого сialoadенита:

- 1) травма железы;
2) лимфаденит внутриорганных лимфоузлов;
3) болезни прорезывания зуба мудрости;
4) стоматиты;
5) попадание в проток инородного тела.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

15. Укажите важнейшие звенья патогенеза хронических сialoadенитов:

- 1) угнетение факторов неспецифической защиты организма;
2) снижение секреторной функции железы;
3) нарушение слюновыделительной функции;
4) восходящее инфицирование железы;
5) предшествующий острый сialoadенит.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

16. Для хронического паренхиматозного сialoadенита характерно:

- 1) частые обострения;
2) выделения мутной с хлопьями, горько-соленой слюны;
3) ранняя ксеростомия;
4) редкие обострения.

Правильный ответ: 1, 2.

17. Укажите рентгенологические симптомы, характерные для хронического паренхиматозного сialoadенита:

- 1) паренхима железы видна нечетко;
2) отмечается стеноз основного выводного протока;
3) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные контрастной массой;
4) отмечается сужение всех протоков железы, они имеют четкие и ровные контуры;
5) нет изображения протоков IV–V порядка.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

18. Укажите рентгенологические симптомы, характерные для хронического интерстициального сialoadенита:

- 1) паренхима железы видна нечетко;
2) нет изображения протоков IV–V порядка;

3) в концевых отделах протоков располагаются полости разной величины, заполненные контрастной массой;

4) отмечается стенозирование всех протоков железы с четкими и ровными контурами;

5) отмечается расширение основного выводного протока.

Правильный ответ: 1, 4.

19. Какая слюнная железа наиболее часто поражается слюннно-каменной болезнью?

1) подъязычная; 2) поднижнечелюстная;

3) околоушная; 4) малые слюнные железы.

Правильный ответ: 2.

20. Могут ли встречаться нерентгеноконтрастные конкременты при слюннно-каменной болезни?

1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

21. Укажите правильное описание слюнного камня, находящегося во вне-железистой части выводного протока:

1) неправильной формы с шероховатой поверхностью;

2) округлый с неровной, шероховатой поверхностью;

3) овальный, продолговатый, гладкий;

4) округлый большого размера с гладкой поверхностью.

Правильный ответ: 3.

22. Какие методы лучевого исследования показаны при диагностике слюннно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы?

1) зонография, панорамная рентгенография;

2) обзорная рентгенография нижней челюсти в боковой и прямой проекциях;

3) рентгенография дна полости рта;

4) ЯМР КТГ;

5) КТ;

6) сиалография;

7) ангиография.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

23. Укажите основной критерий применения органосохраняющей операции при слюннно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы?

1) сохранение секреторной активности железистой ткани;

2) наличие множественных конкрементов в разных отделах протоковой системы железы;

3) отсутствие выраженных признаков замещения паренхимы железы соединительной тканью;

4) выраженные рубцовые изменения в тканях, окружающих слюнную железу и ее выводной проток, как следствие ранее проводимых хирургических вмешательств.

Правильный ответ: 1, 3.

24. Сиалодохостомия при слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы показана:

- 1) при локализации конкремента в дистальном отделе основного выводного протока;
- 2) локализации конкремента во внутрижелезистой части выводного протока;
- 3) локализации конкремента в среднем отделе основного выводного протока;
- 4) при локализации конкремента в устье основного выводного протока.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

25. Экстирпация поднижнечелюстной слюнной железы при слюнно-каменной болезни показана:

- 1) при длительном течении болезни с частыми обострениями;
- 2) значительном замещении железистой ткани соединительной тканью;
- 3) наличии нескольких конкрементов во внежелезистой части выводного протока;
- 4) значительном снижении секреторной функции железы;
- 5) при наличии множественных конкрементов в различных отделах протоковой системы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

26. Симптом «слюнной колики» возникает:

- 1) при остром сиалоадените бактериального происхождения;
- 2) слюнно-каменной болезни;
- 3) попадании инородного тела в основной выводной проток;
- 4) сиалозах;
- 5) при остром сиалоадените вирусного происхождения.

Правильный ответ: 2, 3.

Сиалозы

1. К какой группе сиалозов относят патологию слюнных желез при болезни Шегрена?

- 1) к гормональным;
- 2) аллергическим;
- 3) нейрогенным;
- 4) к алиментарным.

Правильный ответ: 2.

2. Как изменяется секреция слюнной железы при парасимпатической стимуляции?

- 1) секретируется много жидкой (бедной органическими веществами) слюны;
- 2) слюна становится более вязкой за счет увеличения органических субстанций;
- 3) снижается слюноотделение;
- 4) секреция не изменяется.

Правильный ответ: 1.

3. Как изменяется секреция слюнной железы при симпатической стимуляции?

- 1) увеличивается количество слюны;
- 2) слюна становится более вязкой за счет увеличения органических субстанций;
- 3) снижается слюноотделение;
- 4) секреция не изменяется.

Правильный ответ: 2.

4. Какие клинические проявления характерны для болезни Шегрена?

- 1) сухой кератоконъюнктивит;
- 2) ксеростомия и (или) паренхиматозный сиалоаденит;
- 3) системная красная волчанка;
- 4) ревматоидный полиартрит;
- 5) болезнь Бехтерева.

Правильный ответ: 1, 2.

5. Какие клинические проявления характерны для синдрома Шегрена?

- 1) сухой кератоконъюнктивит;
- 2) ксеростомия и (или) паренхиматозный сиалоаденит;
- 3) аутоиммунное заболевание соединительной ткани;
- 4) Болезнь Бехтерева.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

6. Какие клинические признаки относятся к болезни Шегрена?

- 1) нечеткость контуров протоков на сиалограмме;
- 2) ксеростомия;
- 3) наличие петрификатов в железе;
- 4) ксерофтальмия;
- 5) диспротеинемия;
- 6) резкое увеличение железы в объеме при приеме пищи.

Правильный ответ: 2, 4.

7. Чем объясняется нечеткость сиалографических контуров слюнных протоков при болезни (синдроме) Шегрена?

- 1) неправильным подбором контраста;
- 2) ошибкой в технике проведения сиалографии (введение контраста под чрезмерным давлением);
- 3) повышением проницаемости протоковых стенок;
- 4) сужением выводных протоков;
- 5) разбавлением контрастного вещества слюной.

Правильный ответ: 3.

8. Врачи каких специальностей должны принимать участие в лечении больных с синдромом Шегрена?

- 1) ревматолог;
- 2) челюстно-лицевой хирург;
- 3) инфекционист;
- 4) офтальмолог;
- 5) гематолог.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

9. Возможно ли назначение препарата, стимулирующего секрецию слюны (пилокарпин) при болезни (синдроме) Шегрена?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

10. Транзиторная ксеростомия встречается:

1) при назначении психотропных, антидепрессантов, диуретиков, холиноблокаторов, гипотензивных, спазмолитиков;

2) змеиных укусах, отравлениях солями тяжелых металлов;

3) вирусной инфекции;

4) синдроме Шегрена;

5) дегидратации организма;

6) при психогениях.

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6.

11. Какие клинико-морфологические стадии различают при развитии сиалоза?

1) стадия гиперсекреции;

2) стадия истощения секретобразования;

3) стадия «слюнной колики»;

4) стадия липоматоза и вторичных воспалительных изменений.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

12. Каким образом возникают воспалительные изменения в слюнных железах при сиалозах?

1) первично, вследствие инфицирования паренхимы;

2) вторично (ретроградно), вследствие нарушения секреции и транспорта слюны.

Правильный ответ: 2.

13. Какие изменения в полости рта свидетельствуют о ксеростомии?

1) слизистая оболочка полости рта истончена, бледная, отсутствует блеск и яркость;

2) увеличение количества кариозных полостей в зубах и нетипичная их локализация;

3) количество свободной слюны в подъязычной области превышает 3 мл;

4) появление признаков кандидоза;

5) явления ангулярного хейлита.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

14. Выделите основные направления местной терапии при развитии вторичного воспаления слюнной железы при сиалозе:

1) назначение компрессов с 39%-ным раствором димексида;

2) назначение пилокарпина для стимуляции слюноотделения;

3) внутрипротоковое введение противомикробных препаратов и ингибитора протеаз;

4) назначение низкоэнергетической лазеротерапии;

5) назначение УВЧ-терапии в термической дозировке.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

Травма зубов и альвеолярных отростков челюстей

1. Вывихи зубов бывают:

- 1) частичные;
- 2) неполные;
- 3) полные;
- 4) вколоченные;
- 5) с удалением зуба.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

2. Переломы корней зубов бывают:

- 1) поперечные;
- 2) продольные;
- 3) крестообразные;
- 4) косые.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

3. Где чаще локализуются переломы зубов?

- 1) на верхней челюсти во фронтальном отделе;
- 2) на нижней челюсти во фронтальном отделе;
- 3) на верхней челюсти в боковом отделе;
- 4) на нижней челюсти в боковом отделе.

Правильный ответ: 1.

4. На каком уровне чаще наблюдается перелом корней резцов?

- 1) в области верхушки зуба;
- 2) между средней и верхушечной третью;
- 3) в области середины корня зуба;
- 4) в области шейки зуба.

Правильный ответ: 2.

5. На рентгенограмме при полном вывихе зуба определяется:

- 1) свободная лунка;
- 2) расширение периодонтальной щели в области верхушки;
- 3) отсутствие периодонтальной щели в области верхушки;
- 4) отсутствие периодонтальной щели по всей длине.

Правильный ответ: 1.

6. На рентгенограмме при неполном вывихе зуба определяется:

- 1) свободная лунка;
- 2) расширение периодонтальной щели на всем протяжении;
- 3) отсутствие периодонтальной щели;
- 4) расширение периодонтальной щели в области верхушки.

Правильный ответ: 2.

7. На рентгенограмме при вколоченном вывихе зуба определяется:

- 1) свободная лунка;
- 2) расширение периодонтальной щели в области верхушки;
- 3) отсутствие периодонтальной щели по всей длине.

Правильный ответ: 3.

8. При неполном травматическом вывихе зуба репозицию проводят:

- 1) пальцами, при этом последние располагаются на соседних зубах и захватывают альвеолярный отросток;
- 2) при помощи щипцов, захватывая при этом коронковую часть зуба;
- 3) при помощи специальных репонирующих аппаратов.

Правильный ответ: 1.

9. Нужно ли проводить обезболивание при репозиции вывихнутого зуба, если диагностировано повреждение его сосудисто-нервного пучка?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

10. При полном травматическом вывихе зуба, сопровождающемся оскольчатый переломом стенок его альвеолы с наличием костного дефекта:

- 1) реплантацию не проводят, лунку зуба обрабатывают и зашивают;
2) после обработки лунки проводят реплантацию предварительно депульпированного зуба с его иммобилизацией;
3) после обработки лунки реплантируют зуб без предварительного пломбирования канала с обязательным последующим проведением ЭОД;
4) тампонируют лунку йодоформным тампоном.

Правильный ответ: 1.

11. Реплантацию зубов при полном травматическом вывихе нельзя проводить:

- 1) при разрушении стенок лунки;
2) острым воспалительном процессе в области лунки;
3) выраженном разрушении тканей зуба;
4) при нейтральном, мезиальном и дистальном прикусе.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

12. Укажите возможные типы сращения стенок лунки с корнем зуба при его реплантации:

- 1) периодонтальный;
2) периодонтально-фиброзный;
3) цементоидный;
4) гиалиновый;
5) остеоидный.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

13. При полном травматическом вывихе медикаментозная обработка реплантируемого зуба проводится:

- 1) в спиртовом растворе антисептиков;
2) в 3%-ном растворе перекиси водорода, а затем в 70%-ном этиловом спирте;
3) в изотоническом растворе хлорида натрия с антибиотиками;
4) в сухожаровом шкафу или в автоклаве.

Правильный ответ: 3.

14. Какие специальные методы исследования проводят больным при травматических переломах и вывихах зубов?

- 1) дентальная рентгенограмма; 2) панорамная рентгенограмма;
3) фасный снимок черепа; 4) гнатодинамометрия;
5) электроодонтодиагностика; 6) радиовизиография.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

15. Что используют при иммобилизации реплантированного вывихнутого зуба?

- | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|
| 1) шину-каппу; | 2) лигатурное связывание по Айви; |
| 3) гладкую шину-скобу; | 4) лигатурную повязку по Ядровой; |
| 5) простую лигатурную повязку; | 6) стекловолоконную шину. |

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6.

16. Укажите последовательность действий при лечении переломов альвеолярного отростка без повреждения корней зубов:

- 1) удаление подвижного фрагмента;
- 2) сглаживание острых краев кости;
- 3) иммобилизация смещенных отломков и зашивание слизистой оболочки наглухо;

- 4) репозиция отломков;
- 5) фиксация гладкой шиной-скобой.

Правильный ответ: 4, 5.

17. Выберите из нижеперечисленных этапы лечебной тактики при полном отрыве альвеолярного отростка, через 48 ч и более после травмы:

- 1) реплантация отломка;
- 2) иммобилизация гладкой шиной-скобой;
- 3) ревизия раны;
- 4) зашивание слизистой оболочки;
- 5) удаление свободно лежащих костных отломков, корней зубов;
- 6) сглаживание острых костных краев.

Правильный ответ: 3, 4, 5, 6.

Переломы нижней челюсти

1. Чем обусловлено изменение контуров лица при переломе нижней челюсти?

- 1) травматическим отеком;
- 2) наличием гематомы;
- 3) наличием подкожной эмфиземы;
- 4) деформацией за счет смещения отломков нижней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

2. Нарушение чувствительности кожных покровов в области угла рта, нижней губы и подбородка возможно при локализации перелома нижней челюсти в области:

- 1) фронтального отдела нижней челюсти;
- 2) тела нижней челюсти;
- 3) угла нижней челюсти;
- 4) венечного отростка ветви нижней челюсти;
- 5) мышечкового отростка ветви нижней челюсти.

Правильный ответ: 2, 3.

- 3. Возникновение боли в области перелома при одновременном надавливании к средней линии на область углов нижней челюсти, характерно для перелома нижней челюсти:**
- 1) в области углов;
 - 2) в области венечного отростка;
 - 3) в области мышцелкового отростка;
 - 4) во фронтальном отделе тела нижней челюсти.
- Правильный ответ:* 1, 4.
- 4. Возникновение боли в области перелома при надавливании сверху на нижний край угла нижней челюсти характерно для перелома нижней челюсти в области:**
- 1) угла нижней челюсти;
 - 2) тела нижней челюсти;
 - 3) фронтального отдела тела нижней челюсти;
 - 4) ветви нижней челюсти;
 - 5) мышцелкового отростка нижней челюсти.
- Правильный ответ:* 1, 4, 5.
- 5. Возникновение боли при надавливании на подбородочный отдел характерно для перелома нижней челюсти:**
- 1) во фронтальном отделе;
 - 2) в области тела;
 - 3) в области угла;
 - 4) в области мышцелкового отростка.
- Правильный ответ:* 1, 2, 3, 4.
- 6. Нарушение чувствительности в области нижней губы и подбородка сразу после травмы нижней челюсти свидетельствует:**
- 1) о остром травматическом остеомиелите;
 - 2) переломе нижней челюсти с травматическим невритом нижнеальвеолярного нерва;
 - 3) при ушибе мягких тканей в области ментального отверстия.
- Правильный ответ:* 2, 3.
- 7. Открытый перелом нижней челюсти это:**
- 1) перелом с разрывом кожного покрова;
 - 2) перелом в пределах зубного ряда;
 - 3) перелом за зубным рядом без разрыва слизистой оболочки.
- Правильный ответ:* 1, 2.
- 8. При локализации линии перелома в области угла меньший костный фрагмент обычно смещается:**
- 1) вверх и кнаружи;
 - 2) вверх и внутрь;
 - 3) кзади;
 - 4) вниз.
- Правильный ответ:* 1.
- 9. Отсутствие движения суставной головки нижней челюсти при открытии и закрытии рта свидетельствует:**
- 1) о переднем одностороннем вывихе ВНЧС;
 - 2) остром артрите;
 - 3) переломе мышцелкового отростка с вывихом суставной головки;
- Правильный ответ:* 3.

10. Двусторонний перелом в области мышечковых отростков с вывихом суставной головки может сопровождаться:

- 1) открытым прикусом;
- 2) глубоким прикусом;
- 3) ложной прогенией;

Правильный ответ: 1.

11. В какую сторону смещается средняя линия челюсти при одностороннем переломе мышечкового отростка со смещением?

- 1) в сторону перелома;
- 2) в здоровую сторону.

Правильный ответ: 1.

12. Кровотечение из полости рта при изолированном переломе нижней челюсти в пределах зубного ряда может быть обусловлено повреждением:

- 1) язычной артерии;
- 2) нижнеальвеолярной артерии;
- 3) лицевой артерией.

Правильный ответ: 2.

13. В зависимости от количества линий перелома, травматические переломы нижней челюсти могут быть:

- 1) одиночными;
- 2) двойными;
- 3) тройными;
- 4) множественными.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

14. При подозрении на травматический перелом нижней челюсти в области угла слева необходимо провести рентгенографию нижней челюсти:

- 1) в фасной (прямой) проекции;
- 2) боковой проекции слева;
- 3) боковой проекции справа;
- 4) в полуаксиальной проекции.

Правильный ответ: 1, 2.

15. При подозрении на травматический двусторонний перелом нижней челюсти в области углов необходимо провести рентгенографию нижней челюсти:

- 1) в фасной (прямой) проекции;
- 2) боковой проекции справа;
- 3) боковой проекции слева;
- 4) в аксиальной проекции.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

Лечение больных с переломами нижней челюсти

1. К ортопедическим методам лечения переломов нижней челюсти относят:

- 1) межчелюстное лигатурное связывание;
- 2) бимаксиллярное шинирование;
- 3) иммобилизацию костных отломков с помощью шины Порты;
- 4) иммобилизацию костных отломков с помощью шины Ванкевич;
- 5) иммобилизацию костных отломков с помощью аппарата Рудько;
- 6) наложение обвивного шва по Блэку.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

2. Временная иммобилизация при переломе нижней челюсти накладывается:

- 1) на время транспортировки в специализированное лечебное учреждение;
- 2) на время не более 3 суток после травмы;
- 3) на время до выхода больного из тяжелого общего состояния, при котором лечебная иммобилизация противопоказана.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

3. Можно ли использовать стандартную мягкую подбородочную пращу Померанцевой–Урбанской при переломах беззубых челюстей и отсутствии зубных протезов?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

4. Можно ли использовать зубы, находящиеся в линии перелома для межчелюстного лигатурного скрепления?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

5. Что является противопоказанием к наложению межчелюстного лигатурного связывания по Айви?

- 1) подвижные зубы на челюстях;
- 2) отсутствие пары устойчивых зубов-антагонистов;
- 3) наличие у больного сочетанной черепно-мозговой травмы, сопровождающейся тошнотой и рвотой;
- 4) переломы нижней челюсти за пределами зубных рядов.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

6. При каких переломах с целью временной иммобилизации накладывается теменно-подбородочная повязка?

- 1) при переломах нижней челюсти;
- 2) при переломах верхней челюсти;
- 3) при переломах скуловой кости.

Правильный ответ: 1, 2.

7. Зубонадесневая шина Вебера применяется при переломах нижней челюсти и накладывается:

- 1) на нижнюю челюсть;
- 2) на верхнюю челюсть.

Правильный ответ: 1.

8. Зубонадесневая шина Ванкевич применяется при переломе нижней челюсти и накладывается:

- 1) на нижнюю челюсть;
- 2) на верхнюю челюсть.

Правильный ответ: 2.

9. При переломе беззубой нижней челюсти и наличии съемных протезов показана следующая тактика:

- 1) связывание протезов верхней и нижней челюстей по Айви;
- 2) выполнение окружного шва по Блэку;
- 3) фиксация подбородочной пращей;

Правильный ответ: 2.

10. Показаниями к удалению зуба из линии перелома челюсти являются:

- 1) перелом корня зуба;
- 2) зубы с неполным эндодонтическим лечением и изменениями в периодонте;
- 3) вывихнутые зубы;
- 4) при наличии глубокого патологического костного кармана;
- 5) если зуб вклинивается в линию перелома и препятствует репозиции отломков;
- 6) зубы, находящиеся в линии перелома, корни которых закрыты костной тканью, и удерживающие отломок от смещения.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

11. Укажите показания к остеосинтезу нижней челюсти:

- 1) переломы беззубых челюстей при невозможности использования ортопедических протезов;
- 2) недостаточное количество зубов на смещенных фрагментах челюсти;
- 3) интерпозиция мягких тканей в линии перелома;
- 4) крупнооскольчатые переломы;
- 5) все виды переломов со смещением отломков;
- 6) переломы в области мышечного отростка с вывихом суставной головки.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

12. Преимущества остеосинтеза по сравнению с ортопедическими методами лечения переломов нижней челюсти состоит:

- 1) в точной репозицией и стабильной фиксации отломков;
- 2) предупреждением развития осложнений путем тщательной ревизии линии перелома, удалении свободно лежащих фрагментов;
- 3) снижением сроков ношения межчелюстной тяги;
- 4) широкой отслойкой надкостницы с вестибулярной и язычной стороны челюсти, перевязки лицевых сосудов.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

13. Костный шов в виде петли рекомендуется использовать при локализации линии перелома нижней челюсти:

- 1) в поперечном направлении;
- 2) косом;
- 3) продольном;
- 4) в строго вертикальном направлении.

Правильный ответ: 1.

14. Костный шов в виде восьмерки рекомендуется использовать при локализации линии перелома нижней челюсти:

- 1) в поперечном направлении;
- 2) косом;
- 3) продольном;
- 4) в строго вертикальном направлении.

Правильный ответ: 2.

15. Надо ли обнажать линию перелома нижней челюсти при остеосинтезе металлическим стержнем по В. И. Лукьяненко?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

16. Надо ли обнажать линию перелома нижней челюсти при остеосинтезе по методу М. А. Макиенко?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

17. Укажите расстояние от линии перелома для наложения перфорационных отверстий при выполнении остеосинтеза нижней челюсти с помощью костного шва (см):

- 1) 0,5; 2) 1,0;
3) 2,0; 4) 0,2.

Правильный ответ: 2.

18. Какой метод остеосинтеза показан при переломе тела нижней челюсти с дефектом костной ткани?

- 1) остеосинтез костным швом;
2) остеосинтез системой минипластин;
3) остеосинтез компрессионно-дистракционным аппаратом О. П. Чудакова;
4) остеосинтез компрессионным аппаратом.

Правильный ответ: 3.

19. Какому методу остеосинтеза отдают предпочтение в современной челюстно-лицевой хирургии?

- 1) остеосинтезу системой минипластин;
2) остеосинтезу проволочным швом;
3) остеосинтезу с помощью спиц;
4) остеосинтезу с помощью наkostных аппаратов;
5) любому из них по строгим индивидуальным показаниям.

Правильный ответ: 5.

20. Укажите повязки при переломах челюстей для транспортной иммобилизации:

- 1) круговая повязка;
2) межчелюстное лигатурное связывание;
3) повязка Померанцевой–Урбанской;
4) компрессионно-дистракционный аппарат;
5) круговая теменно-подбородочная праща;
6) аппарат Збаржа.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

21. Транспортная иммобилизация накладывается на срок:

- 1) до 3–4 дней;
2) 7 дней;
3) 2 недели.

Правильный ответ: 1.

Переломы верхней челюсти

1. Причиной анестезии (симптома Венсана) кожи подглазничной области, верхней губы и крыла носа при переломе верхней челюсти по Ле Фор II является:

- 1) повреждение подглазничного нерва в подглазничном канале;
- 2) повреждение подглазничного нерва в области подглазничного отверстия;
- 3) гемосинус верхнечелюстной пазухи;
- 4) сдавление подглазничного нерва гематомой мягких тканей;
- 5) контузия нервного ствола в зоне приложения травмирующей силы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

2. На что указывает кровотечение и ликворея из уха и (или) носа при переломе верхней челюсти по Ле Фор III?

- 1) на перелом костей носа;
- 2) на перелом нижней челюсти в области мышцелкового отростка (внутри-суставной) с нарушением целостности стенки наружного слухового прохода;
- 3) на перелом основания черепа;
- 4) на повреждение верхнечелюстной пазухи;
- 5) на перелом передней стенки лобной пазухи.

Правильный ответ: 3.

3. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III характеризуется:

- 1) линия перелома идет от основания грушевидного отверстия горизонтально и назад к крыловидному отростку клиновидной кости;
- 2) линия перелома проходит в поперечном направлении через носовые кости, дно глазницы, подглазничный край, вниз по скулочелюстному шву и крыловидному отростку клиновидной кости;
- 3) линия перелома проходит в поперечном направлении через основание носовых костей, дно глазницы, наружный ее край, скуловой дуге, крыловидный отросток клиновидной кости.

Правильный ответ: 3.

4. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II характеризуется:

- 1) линия перелома идет от основания грушевидного отверстия горизонтально и назад к крыловидному отростку клиновидной кости;
- 2) линия перелома проходит в поперечном направлении через носовые кости, дно глазницы, подглазничный край, вниз по скулочелюстному шву и крыловидному отростку клиновидной кости;
- 3) линия перелома проходит в поперечном направлении через основание носовых костей, дно глазницы, наружный ее край, скуловой дуге, крыловидный отросток клиновидной кости.

Правильный ответ: 2.

5. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I характеризуется:

- 1) линия перелома идет от основания грушевидного отверстия горизонтально и назад к крыловидному отростку клиновидной кости;

2) линия перелома проходит в поперечном направлении через носовые кости, дно глазницы, подглазничный край, вниз по скулочелюстному шву и крыловидному отростку клиновидной кости;

3) линия перелома проходит в поперечном направлении через основание носовых костей, дно глазницы, наружный ее край, скуловой дуге, крыловидный отросток клиновидной кости.

Правильный ответ: 1.

6. При каких переломах верхней челюсти может определяться ликворея?

1) Ле Фор III; 2) Ле Фор II; 3) Ле Фор I.

Правильный ответ: 1.

7. При каких переломах верхней челюсти наблюдается симптом «очков»?

1) Ле Фор III; 2) Ле Фор II; 3) Ле Фор I.

Правильный ответ: 1, 2.

8. Какие факторы влияют на смещение отломков при переломах верхней челюсти:

1) окологлазничные мышцы; 2) направление и сила удара;
3) тяжесть костных отломков. 4) возраст травмированного.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

9. При переломе верхней челюсти по Ле Фор I боль возникает при надавливании:

1) указательным пальцем на малый крыловидный отросток основной кости или его крючок (несколько кнутри от верхнего отдела крыловидно-нижнечелюстной складки);

2) на область третьего верхнего моляра;

3) на нижнеглазничный край;

4) на наружную стенку орбиты.

Правильный ответ: 1, 2.

10. В каких точках определяется болезненность и симптом «ступеньки» при переломе верхней челюсти по Ле Фор II?

1) наружный край орбиты; 2) нижнеглазничный край;

3) скулоальвеолярный гребень; 4) носолобный шов.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

11. Какие отделы лица могут быть подвижны при переломе верхней челюсти по Ле Фор II?

1) альвеолярный отросток верхней челюсти вместе с небным отростком;

2) вся верхняя челюсть и нос;

3) вся верхняя челюсть, нос и скуловая кость.

Правильный ответ: 2.

12. В каких точках определяется болезненность и симптом «ступеньки» при переломе верхней челюсти по Ле Фор III?

1) наружная стенка орбиты;

2) нижнеглазничный край;

3) скулоальвеолярный гребень;

- 4) граница мягкого и твердого нёба;
- 5) носолобный шов.

Правильный ответ: 1, 5.

13. Подкожная крепитация при переломе верхней челюсти обусловлена:

- 1) анаэробным клостридиальным верхнечелюстным синуситом;
- 2) выстоянием осколков кости;
- 3) попаданием воздуха в подкожную клетчатку в результате перелома передней стенки пазухи или решетчатой кости.

Правильный ответ: 3.

14. Какие рентгенологические укладки наиболее информативны при диагностике переломов верхней челюсти?

- 1) прямая проекция;
- 2) боковая проекция;
- 3) аксиальная проекция;
- 4) полуаксиальная проекция.

Правильный ответ: 3, 4.

15. Что чаще применяется для постоянной (лечебной) иммобилизации отломков при переломе верхней челюсти?

- 1) моношина на верхнюю челюсть;
- 2) двухчелюстные проволочные шины с зацепными петлями и межчелюстным вытяжением;
- 3) двухчелюстные проволочные шины с зацепными петлями, межчелюстным вытяжением и подбородочной пращей;
- 4) фиксация пращей Померанцевой–Урбанской.

Правильный ответ: 3.

16. Как называется хирургический способ краниомаксиллярной иммобилизации верхней челюсти, при котором костные фрагменты фиксируются костным швом к неподвижным отделам лицевого черепа?

- 1) по Федершпилю;
- 2) по Фальтину–Адамсу;
- 3) по Бернадскому Ю. И.

Правильный ответ: 2.

17. Какой метод оказания специализированной помощи применяется при переломе верхней челюсти по Ле Фор I?

- 1) бимаксиллярное шинирование шинами с зацепными петлями, межчелюстным вытяжением и дополнительной фиксацией подбородочной пращей;
- 2) остеосинтез в области скулоальвеолярного гребня;
- 3) метод Фальтина–Адамса;
- 4) бимаксиллярное шинирование шинами с зацепными петлями, межчелюстным вытяжением.

Правильный ответ: 1, 2.

Переломы скуловой кости и скуловой дуги

1. Укажите возможные субъективные симптомы при переломе скуловой кости:

- 1) парестезия или анестезия подглазничной области;
- 2) болезненное открывание рта;
- 3) невозможность открыть рот;
- 4) диплопия;
- 5) анестезия неба.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

2. Укажите пальпаторные симптомы перелома скуловой кости:

- 1) нарушение рельефа нижнеглазничного края;
- 2) нарушение рельефа латерального края глазницы;
- 3) подвижность альвеолярного отростка верхней челюсти на стороне поражения;
- 4) нарушение непрерывности скулоальвеолярного гребня.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

3. Симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю и скулоальвеолярному гребню характерен для перелома:

- 1) скуловой дуги со смещением;
- 2) скуловой кости со смещением;
- 3) альвеолярного отростка верхней челюсти;
- 4) верхней челюсти по Ле Фор II.

Правильный ответ: 2, 4.

4. Симптом «ступеньки» по нижнеглазничному краю, наружному краю орбиты и скулоальвеолярному гребню характерен для перелома:

- 1) верхней челюсти по Ле Фор II;
- 2) скуловой кости со смещением;
- 3) верхней челюсти по Ле Фор I;
- 4) височной кости.

Правильный ответ: 2.

5. Укажите механизм развития травматического неврита второй ветви тройничного нерва при переломе скуловой кости:

- 1) компрессия подглазничного нерва костными отломками;
- 2) развитие гематомы скуловой области;
- 3) разрыв или компрессия верхнечелюстного нерва в крылонёбной ямке;
- 4) разрыв нервного ствола в подглазничном канале;
- 5) гемосинус.

Правильный ответ: 1, 4.

6. Какие симптомы со стороны органов зрения могут наблюдаться при переломе скуловой кости?

- 1) ограничение подвижности глазного яблока;
- 2) экзофтальм;

- 3) диплопия;
 - 4) склеральная гематома;
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.*

7. Смещение отломков при переломе скуловой кости зависит:

- 1) от тяги мимических мышц;
- 2) тяги жевательных мышц;
- 3) направления травмирующей силы.

Правильный ответ: 3.

8. Укажите наиболее частое направление смещения скуловой кости при ее травматическом переломе:

- 1) вниз, внутрь, назад;
- 2) вверх, внутрь, назад;
- 3) наружу и назад;

Правильный ответ: 1.

9. Чем может быть объяснен симптом снижения пневматизации верхнечелюстной пазухи при переломе скуловой кости?

- 1) гемосинусом;
- 2) отеком и эмфиземой мягких тканей подглазничной области;
- 3) проникновением в пазуху жировой клетчатки из глазницы;
- 4) наличием гнойного экссудата при травматическом синусите.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

10. В результате чего может наблюдаться ограничение открывания рта при переломе скуловой дуги со смещением?

- 1) травма крыловидных мышц;
- 2) давление смещенного фрагмента скуловой дуги на венечный отросток и повреждение волокон височной мышцы;
- 3) гематома и травматический отек мягких тканей скуловой области;
- 4) травма собственно жевательной мышцы;
- 5) гемартроз височно-нижнечелюстного сустава.

Правильный ответ: 2.

11. Какой метод наиболее приемлем при переломах скуловой дуги со смещением?

- 1) остеосинтез минипластинами;
- 2) репозиция крючком Лимберга;
- 3) остеосинтез спицами Киршнера;
- 4) кровавая репозиция отломков со стороны верхнечелюстной пазухи.

Правильный ответ: 2.

12. Закрытый способ репозиции скуловой кости однозубым крючком Лимберга применяют:

- 1) при переломе скуловой кости без смещения;
- 2) переломе скуловой кости со смещением, без гемосинуса и оскольчатого перелома передней стенки верхнечелюстной пазухи;

3) переломе скуловой кости с признаками гемосинуса верхнечелюстной пазухи;

4) при оскольчатом переломе скуловой кости.

Правильный ответ: 2.

13. Метод кровавой репозиции скуловой кости применяют:

1) при переломе скуловой кости со смещением, без гемосинуса и оскольчатого перелома стенок верхнечелюстной пазухи;

2) переломе скуловой кости без смещения;

3) переломе скуловой кости с признаками гемосинуса верхнечелюстной пазухи;

4) мелкооскольчатом переломе скуловой кости;

5) при переломе скуловой кости без смещения с переломом скуловой дуги со смещением.

Правильный ответ: 3, 4.

14. Укажите адекватные способы удержания скуловой кости после операции кровавой репозиции с радикальной операцией на верхнечелюстной пазухе:

1) скуловая кость плотно репонируется в правильном анатомическом положении, верхнечелюстная пазуха тампонируется иодоформным тампоном;

2) скуловая кость подвижна, но удерживается введенным в пазуху иодоформным тампоном;

3) проводится остеосинтез (латеральный край орбиты, нижнеглазничный край, скулоальвеолярный гребень).

Правильный ответ: 1, 3.

15. Какое время может находиться в верхнечелюстной пазухе фиксирующий скуловую кость после операции кровавой репозиции с радикальной операцией на верхнечелюстной пазухе тампон?

1) 2 дня; 2) 10 дней; 3) 20 дней.

Правильный ответ: 2.

16. Проводят ли инстилляцию пазухи после удаления из верхнечелюстной пазухи после операции кровавой репозиции скуловой кости с радикальной операцией на верхнечелюстной пазухе?

1) нет; 2) да.

Правильный ответ: 2.

17. Какие отдаленные осложнения могут возникнуть при нерепонированном переломе скуловой кости?

1) деформация средней трети лица;

2) стойкая контрактура нижней челюсти;

3) нарушение зрения;

4) хронический верхнечелюстной синусит;

5) формирование открытого прикуса;

6) стойкий неврит подглазничного нерва.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

18. Укажите возможные варианты лечения неправильно сросшегося травматического перелома скуловой кости:

- 1) редрессация и репозиция скуловой кости в правильное анатомическое положение с последующим остесинтезом;
- 2) консервативное лечение — механотерапия, электронейростимуляция;
- 3) контурная пластика при отсутствии функциональных и неврологических нарушений.

Правильный ответ: 1, 3.

19. Какой метод хирургического лечения применяется при переломе костей носа со смещением?

- 1) репозиция костей носа путем двусторонней передней тампонады носа;
- 2) репозиция костей носа путем двусторонней задней тампонады носа;
- 3) интраназальная инструментальная репозиция костей носа с двухсторонней передней тампонадой;
- 4) интраназальная инструментальная репозиция костей носа с задней тампонадой;
- 5) пальцевая репозиция костей носа со стороны кожных покровов с наложением лейкопластырной повязки.

Правильный ответ: 3.

Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области

1. Повреждение целостности подкожно-жировой клетчатки и мышц без разрыва кожи называется:

- 1) ссадиной;
- 2) раной;
- 3) ушибом;
- 4) размозжением.

Правильный ответ: 3.

2. Повреждение целостности поверхностных слоев кожи называется:

- 1) ссадиной;
- 2) раной;
- 3) ушибом;
- 4) гематомой.

Правильный ответ: 1.

3. Первичная ранняя хирургическая обработка ран челюстно-лицевой области проводится в сроки:

- 1) после 48 ч;
- 2) спустя 24–48 ч;
- 3) до 24 ч;
- 4) после 72 ч.

Правильный ответ: 3.

4. Ранний вторичный шов на раны челюстно-лицевой области накладывают в сроки:

- 1) 3–6 день; 2) 8–15 день; 3) 20–30 день; 4) 1–2 день.

Правильный ответ: 2.

5. Шов, накладываемый на рубцующуюся рану челюстно-лицевой области без клинических признаков инфекционного воспаления, называется:

- 1) ранний вторичный; 2) отсроченный первичный;
3) поздний вторичный; 4) эстетический.

Правильный ответ: 3.

6. Укажите хирургические методы окончательной остановки сосудистого кровотечения в ране:

- 1) перевязка сосуда в ране; 2) диатермокоагуляция сосуда;
3) наложение давящей повязки на рану; 4) сосудистый шов;
5) локальная гипотермия раны; 6) перевязка сосуда на протяжении.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6.

7. Укажите методы временной остановки сосудистого кровотечения:

- 1) перевязка сосуда в ране;
2) наложение давящей повязки на рану;
3) диатермокоагуляция сосуда;
4) перевязка сосуда на протяжении;
5) локальная гипотермия раны;
6) пальцевое прижатие сосуда;
7) наложение кровоостанавливающего зажима на сосуд.

Правильный ответ: 2, 5, 6, 7.

8. При ранении челюстно-лицевой области в зоне естественных отверстий, а также при обнажении хрящей носа накладывают швы:

- 1) глухие (без оставления дренажа);
2) неглухие (с дренажем или оставление промежутков между швами для оттока раневого отделяемого).

Правильный ответ: 1.

9. Укажите оптимальный срок реплантации ампутированной части носа:

- 1) 2–4 ч после травмы;
2) 6–8 ч после травмы;
3) 10–12 ч после травмы.

Правильный ответ: 1.

10. Укажите последовательность этапов наложения швов на свежую рану губы:

- 1) сопоставляют и фиксируют слизистую оболочку, круговую мышцу рта, красную кайму, линию Купидона, кожу;
2) сопоставляют и фиксируют круговую мышцу рта, линию Купидона, красную кайму, кожу, слизистую оболочку.

Правильный ответ: 2.

11. Укажите правильную этапность хирургической обработки проникающих ранений в полость рта без нарушения целостности ротовой щели:

1) сопоставляют и фиксируют швами края слизистой оболочки полости рта, мышцы, подкожно-жировую клетчатку, кожу. Дренаж вводят со стороны полости рта;

2) сопоставляют и фиксируют швами края слизистой оболочки полости рта, мышцы, подкожно-жировую клетчатку, кожу. Дренаж вводят со стороны кожи.

Правильный ответ: 2.

12. Повреждение какого нерва возможно при ранении тканей околоушно-жевательной области?

1) второй ветви тройничного нерва; 2) первой ветви тройничного нерва;
3) лицевого нерва; 4) подъязычного нерва.

Правильный ответ: 3.

13. Какие анатомические образования в подъязычной области могут быть повреждены сепарационным диском ортопедом во время препарирования зубов под коронки?

1) основной выводной проток поднижнечелюстной слюнной железы;

2) основной выводной проток подъязычной слюнной железы;

3) основной выводной проток околоушной слюнной железы;

4) язычная артерия;

5) язычная вена;

6) ствол подъязычного нерва; 7) язычный нерв.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 7.

14. Как определить повреждение основного выводного протока околоушной слюнной железы при ранении околоушно-жевательной и щечной областей?

1) ввести зонд в проток со стороны устья его;

2) ввести в проток со стороны устья окрашенную жидкость;

3) произвести массаж слюнной железы и определить слюну в ране;

4) произвести массаж слюнной железы и определить кровь в устье протока.

Правильный ответ: 1, 2.

15. Какие иглы используют при наложении швов на рану слизистой оболочки полости рта?

1) режущие; 2) колющие.

Правильный ответ: 2.

16. Экстренная профилактика столбняка показана при следующих повреждениях челюстно-лицевой области:

1) при травме с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;

2) ушибе мягких тканей;

3) укусе животного;

4) отморожении и ожоге II–III–IV степеней;

5) при гематоме мягких тканей.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

17. Укажите дозу введения столбнячного анатоксина при челюстно-лицевой травме у взрослого (старше 18 лет), не имеющего сведений о прививках против столбняка:

- 1) 1 мл;
- 2) 0,5 мл.

Правильный ответ: 1.

18. Укажите показания для проведения условного курса антирабических прививок при челюстно-лицевой травме:

- 1) укусы, царапины, ослюнение кожных покровов неизвестными животными, включая хищных птиц;
- 2) укусы, царапины, нанесенные здоровыми домашними известными животными;
- 3) принадлежность к определенным профессиям (охотник, стоматолог, орнитолог);
- 4) только укусы, проникающие в полость рта.

Правильный ответ: 2.

19. При повреждении тканей челюстно-лицевой области острыми предметами возникают раны:

- 1) резаные;
- 2) размозженные;
- 3) колотые;
- 4) рвано-ушибленные;
- 5) рубленные.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

20. Как подразделяется первичная хирургическая обработка травм мягких тканей челюстно-лицевой области в зависимости от сроков ее проведения?

- 1) ранняя (в первые 24 ч);
- 2) отсроченная (спустя 24–48 ч);
- 3) поздняя (после 48 ч);
- 4) поздняя отсроченная (после 96 ч).

Правильный ответ: 1, 2, 3.

21. Когда показано наложение первично-отсроченного шва при ранении мягких тканей челюстно-лицевой области?

- 1) через 24 ч после ранения;
- 2) после уменьшения отека, очищения раны на 4–5 день;
- 3) при появлении в ране грануляционной ткани (8–15 день);
- 4) шов накладывают на гранулирующую рану.

Правильный ответ: 2.

22. Какие из перечисленных кровоостанавливающих препаратов не являются веществами местного действия?

- 1) тромбин, фибринная пленка;
- 2) викасол, памба, глюконат кальция, хлорид кальция, эпсилон-аминокапроновая кислота, дицинон;

3) оксицеллодекс, гемостатическая губка;

4) тромбоцитарная масса, плазма.

Правильный ответ: 2, 4.

23. Каким требованиям должен удовлетворять современный шовный материал в челюстно-лицевой хирургии?

- 1) иметь гладкую по всей длине поверхность;
- 2) возможность проходить стерилизацию кипячением;
- 3) обладать атравматичностью;
- 4) впитывать в себя жидкость из раны;
- 5) скорость рассасывания нити не должна превышать скорость образования рубца;
- 6) обладать биосовместимостью;
- 7) быть монофиламентным.

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6, 7.

24. Огнестрельные ранения лица отличаются от ран других областей тела:

- 1) течением раневого процесса;
- 2) быстрым развитием осложнений;
- 3) сроками эпителизации раны;
- 4) несоответствием внешнего вида раненого с тяжестью его повреждения.

Правильный ответ: 4.

25. Вторичным ранящими снарядами называются:

- 1) разрывные пули;
- 2) осколки снаряда;
- 3) стреловидные элементы;
- 4) зона некротических изменений костной ткани;
- 5) зубы, осколки зубов и костей лицевого скелета.

Правильный ответ: 5.

26. Отсроченная первичная хирургическая обработка ран лица проводится с момента ранения в течение:

- 1) первого часа;
- 2) 8–12 ч;
- 3) 24–48 ч;
- 4) 3-х сут;
- 5) 8 сут.

Правильный ответ: 3.

27. Поздняя первичная хирургическая обработка ран лица проводится спустя:

- 1) 8–12 ч;
- 2) 24 ч;
- 3) 48 ч;
- 4) 8 сут.

Правильный ответ: 3.

28. Первично отсроченный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4–5 сут;
- 2) 6–7 сут;
- 3) 7–8 сут;
- 4) на 8–9 сут.

Правильный ответ: 1.

29. Поздний вторичный шов при ранениях лица накладывают:

- 1) на 4–5 сут;
- 2) после эпителизации раны;
- 3) с началом формирования рубца;
- 4) после отторжения некротизированных тканей и появления грануляций.

Правильный ответ: 3.

30. Вторичную хирургическую обработку ран челюстно-лицевой области проводят:

- 1) при эпителизации раны;
- 2) при отторжении некротизированных тканей и появлении грануляций;
- 3) при медленном отторжении некротизированных тканей, длительном течении раневого процесса.

Правильный ответ: 3.

31. Обязательным мероприятием при проведении первичной хирургической обработки ран лица является введение:

- 1) гамма-глобулина;
- 2) антирабической сыворотки;
- 3) стафилококкового анатоксина;
- 4) противостолбнячной сыворотки и/или столбнячного анатоксина.

Правильный ответ: 4.

32. Первичная хирургическая обработка ран лица по возможности должна быть:

- 1) частичной и ранней;
- 2) ранней и окончательной — радикальной;
- 3) своевременной и частичной.

Правильный ответ: 2.

33. Указать основные мероприятия, предупреждающие профузные кровотечения при хирургической обработке ран дна полости рта, корня языка:

- 1) эндотрахеальная анестезия;
- 2) педантичное исчерпывающее выполнение первичной хирургической обработки раны в ранние сроки после ранения;
- 3) расширение раневого канала.

Правильный ответ: 1, 2.

Осложнения при травматических повреждениях костей лицевого скелета

1. Осложнения при травматических повреждениях костей лицевого скелета разделяют:

- 1) на непосредственные; 2) ранние; 3) поздние;
- 4) первичные; 5) вторичные; 6) на сочетанные.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

2. К непосредственным осложнениям при травмах костей лицевого скелета относят осложнения, возникшие:

- 1) на месте происшествия;
- 2) на этапе транспортировки;
- 3) в первые сутки после травмы;
- 4) в первые 10 суток после травмы.

Правильный ответ: 1.

3. К поздним вторичным кровотечениям относят кровотечения, возникшие:

- 1) при длительной транспортировке больного;
- 2) в первые сутки после травмы;
- 3) через 1–2 суток после ранения во время перевязки;
- 4) через 7–15 дней после травмы.

Правильный ответ: 4.

4. К ранним вторичным кровотечениям относят кровотечения, возникшие:

- 1) в результате повышения артериального давления при инфузионной терапии;
- 2) в результате выталкивания тромба из сосуда при длительной транспортировке больного;
- 3) при проведении перевязки в первые сутки после травмы;
- 4) в результате развития воспалительного процесса в ране.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

5. Предвестниками вторичного позднего кровотечения являются:

- 1) усиление болей в ране без видимых причин;
- 2) усиление воспалительных процессов в кости вблизи от крупных кровеносных сосудов;
- 3) появление кровянистых выделений из раны;
- 4) появление в мокроте и слюне примеси крови;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 5.

6. Чем обусловлено развитие дислокационной асфиксии при переломе нижней челюсти?

- 1) смещением малого костного фрагмента при двухстороннем переломе нижней челюсти в подбородочном отделе;
- 2) смещением языка кзади при ослаблении мышечного тонуса при потере сознания;
- 3) попаданием сгустков крови в верхние отделы дыхательных путей;
- 4) дистальным смещением лоскута слизистой оболочки щеки;
- 5) транспортировкой пострадавшего в бессознательном состоянии в положении «на спине».

Правильный ответ: 1, 2, 5.

7. Чем обусловлено развитие obturационной асфиксии при переломах костей лицевого скелета?

- 1) смещением языка кзади при ослаблении мышечного тонуса при потере сознания;
- 2) отеком гортани;
- 3) попаданием сгустков крови или рвотных масс в верхние отделы дыхательных путей;
- 4) попаданием инородных тел (зубы, зубные протезы, костные фрагменты) в верхние отделы дыхательных путей.

Правильный ответ: 4.

8. Чем обусловлено развитие стенотической асфиксии при переломах костей лицевого скелета?

- 1) сдавлением трахеи гематомой;
- 2) попаданием сгустков крови или рвотных масс в верхние отделы дыхательных путей;
- 3) смещением костных фрагментов;
- 4) травматическим отеком гортани.

Правильный ответ: 1, 4.

9. Чем обусловлена клапанная инспираторная асфиксия при переломах костей лицевого скелета?

- 1) сдавлением трахеи гематомой;
- 2) отеком гортани;
- 3) закрытием входа в гортань при вдохе лоскутами поврежденной слизистой оболочки;
- 4) смещением костных фрагментов;
- 5) попаданием инородных тел в дыхательные пути.

Правильный ответ: 3.

10. Чем обусловлена аспирационная асфиксия при переломах костей лицевого скелета?

- 1) попаданием сгустков крови, слюны или рвотных масс в верхние дыхательные пути;
- 2) сдавлением трахеи гематомой;
- 3) попаданием инородных тел в дыхательные пути;
- 4) закрытием входа в гортань при вдохе лоскутами поврежденной слизистой оболочки.

Правильный ответ: 1.

11. Какие показатели гемодинамики характерны для травматического шока I степени?

- 1) АД до 60 мм рт. ст.; ЧП 130–140 уд/мин;
- 2) АД 100/60 мм рт. ст.; ЧП 90–100 уд/мин;
- 3) АД 120/70 мм рт. ст.; ЧП 75–80 уд/мин.

Правильный ответ: 2.

12. Какие показатели гемодинамики характерны для травматического шока II степени?

- 1) АД 80/75 мм рт. ст.; ЧП 110–120 уд/мин;
- 2) АД до 60 мм рт. ст.; ЧП 130–140 уд/мин;
- 3) АД 120/60 мм рт. ст.; ЧП 75–80 уд/мин.

Правильный ответ: 1.

13. Какие показатели гемодинамики характерны для травматического шока III степени?

- 1) АД 100/60 мм рт. ст.; ЧП 90–100 уд/мин;
- 2) АД до 60 мм рт. ст.; ЧП 130–140 уд/мин;
- 3) АД 120/60 мм рт. ст.; ЧП 75–80 уд/мин.

Правильный ответ: 2.

14. В чем заключается оказание первой врачебной помощи при дислокационной асфиксии?

- 1) в удалении инородных тел и сгустков крови из глотки;
- 2) прошивании и фиксации языка;
- 3) проведении трахеотомии;
- 4) подшивании свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта;
- 5) во введении воздуховода.

Правильный ответ: 2, 5.

15. В чем заключается оказание врачебной помощи при обтурационной асфиксии?

- 1) в прошивании и фиксации языка;
- 2) удалении инородных тел из глотки;
- 3) подшивании свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта;
- 4) проведении интубации трахеи;
- 5) проведении трахеостомии;
- 6) в проведении коникотомии.

Правильный ответ: 2, 5, 6.

16. В чем заключается оказание врачебной помощи при стенотической асфиксии?

- 1) в иммобилизации отломков нижней челюсти;
- 2) проведении трахеостомии;
- 3) удалении инородных тел и сгустков крови из глотки;
- 4) подшивании свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта;
- 5) в проведении коникотомии.

Правильный ответ: 2, 5.

17. В чем заключается оказание первой врачебной помощи при клапанной асфиксии?

- 1) в иммобилизации отломков нижней челюсти;
- 2) проведении трахеотомии;
- 3) удалении инородных тел и сгустков крови из ротоглотки;
- 4) фиксации швами свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта;
- 5) в отсечении свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 4, 5.

18. В чем заключается оказание первой врачебной помощи при аспирационной асфиксии?

- 1) в аспирации жидкого содержимого из трахеи;
- 2) проведении трахеостомии;
- 3) удалении инородных тел и сгустков крови из трахеи;
- 4) в прошивании или отсечении свисающих лоскутов слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 1, 2.

19. На что в первую очередь направлена интенсивная терапия больных с геморрагическим шоком?

- 1) на купирование болевого синдрома;
- 2) остановку кровотечения;
- 3) компенсацию объема циркулирующей крови;
- 4) на коррекцию кислотно-щелочного равновесия.

Правильный ответ: 2, 3.

20. При каком уровне кровопотери показано переливание донорской крови?

- 1) до 1,5 л;
- 2) до 1 л;
- 3) более 1,5 л;
- 4) до 0,5 л.

Правильный ответ: 3.

21. Какие осложнения при переломах костей лицевого скелета относятся к ранним?

- 1) травматический остеомиелит;
- 2) абсцессы и флегмоны окологлазничных мягких тканей;
- 3) асфиксия;
- 4) травматический шок;
- 5) нагноение гематомы;
- 6) кровотечение;
- 7) замедленная консолидация костных фрагментов.

Правильный ответ: 3, 4, 6.

22. Какие осложнения при переломах костей лицевого скелета относятся к поздним?

- 1) абсцессы и флегмоны окологлазничных мягких тканей;
- 2) асфиксия;
- 3) замедленная консолидация костных фрагментов;
- 4) травматический шок;
- 5) травматический остеомиелит;
- 6) формирование ложного сустава.

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6.

23. Травматический синусит верхнечелюстной пазухи может развиваться при переломах:

- 1) скуловой кости;
- 2) скуловой дуги;
- 3) верхней челюсти по Ле Фор I;
- 4) верхней челюсти по Ле Фор II;
- 5) верхней челюсти по Ле Фор III.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

24. Причинами возникновения травматического остеомиелита считается:

- 1) позднее обращение больного за помощью к врачу;
- 2) наличие интактных зубов в линии перелома;
- 3) недостаточная иммобилизация отломков челюсти;
- 4) снижение иммунной защиты пациента;
- 5) все ответы правильные.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

25. Причиной замедленной консолидации отломков при переломах челюстей является:

- 1) недостаточная иммобилизация отломков;
- 2) интерпозиция мягких тканей между отломками;
- 3) генетическая предрасположенность;
- 4) все ответы правильные.

Правильный ответ: 4.

26. При замедленной консолидации отломков:

- 1) видимой деформации лица не наблюдается;
- 2) при пальпации челюсти обнаруживается значительное безболезненное вздутие кости плотноэластической консистенции;
- 3) отмечается значительная подвижность отломков нижней челюсти через три недели после травмы;
- 4) отмечается незначительная подвижность отломков нижней челюсти через три недели после травмы.

Правильный ответ: 2, 3.

27. При наличии подвижности отломков нижней челюсти после двухмесячной иммобилизации:

- 1) назначают препараты, усиливающие репаративный остеогенез;
- 2) назначают физиопроцедуры, ускоряющие заживление перелома кости;
- 3) проводят остеосинтез КДА;
- 4) проводят остеосинтез с предварительным удалением из линии перелома разросшейся хондроидной ткани.

Правильный ответ: 3, 4.

28. Лечение ложного сустава:

- 1) консервативное;
- 2) симптоматическое;
- 3) хирургическое.

Правильный ответ: 3.

29. Воспалительные осложнения, развивающиеся при травмах костей челюстно-лицевой области, чаще наблюдаются при переломах:

- 1) верхней челюсти;
- 2) нижней челюсти;
- 3) скуловых костей.

Правильный ответ: 2.

30. При развитии травматического остеомиелита нижней челюсти удалению из линии перелома подлежат зубы:

- 1) с хроническим апикальным периодонтитом;
- 2) с переломами корней;
- 3) которые мешают репозиции отломков;
- 4) подвижные, с заболеваниями маргинального периодонта;
- 5) все зубы, независимо от их состояния;
- 6) интактные.

Правильный ответ: 5.

31. В ложном суставе различают следующие элементы:

- 1) костные отломки, концы которых прикрыты костной замещающей пластинкой;
- 2) фиброзная прослойка, соединяющая отломки кости;
- 3) секвестральная капсула между отломками;
- 4) фиброзная капсула, покрывающая концы отломков снаружи и переходящая в фиброзную прослойку.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

32. Анкилоз — это стойкое сведение челюстей, связанное:

- 1) с вовлечением в воспалительный процесс жевательных мышц;
- 2) повреждением нервов, иннервирующих жевательные мышцы;
- 3) повреждением тканей височно-нижнечелюстного сустава;
- 4) с развитием рубцов в жевательных мышцах.

Правильный ответ: 3.

Комбинированная и сочетанная травма

1. Травма с одновременным повреждением нескольких анатомических областей одним или несколькими однородными ранящими агентами относится:

- 1) к множественной;
- 2) сочетанной;
- 3) комбинированной;
- 4) к комплексной.

Правильный ответ: 2.

2. Повреждение в результате воздействия на организм нескольких разнородных повреждающих агентов (механических, термических, радиационных) относится:

- 1) к множественному;
- 2) сочетанному;
- 3) комбинированному;
- 4) к комплексному.

Правильный ответ: 3.

3. В какие сроки проводят экстренную специализированную помощь при сочетанной травме?

- 1) по истечении 2 суток после повреждения в день поступления пациента в стационар;
- 2) в течение 2 суток после повреждения;
- 3) в день поступления пациента в стационар;
- 4) в машине скорой помощи.

Правильный ответ: 3.

4. В какие сроки проводится отсроченная специализированная помощь при сочетанной травме?

- 1) при поступлении пациента в стационар;
- 2) через 2 суток после повреждения при стабилизации общего состояния пострадавшего;
- 3) через 7 суток после травмы.

Правильный ответ: 2.

5. Какие симптомы при сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме могут угрожать жизни больного?

- 1) расстройство дыхания по периферическому и смешанному типам;
- 2) травматический шок;
- 3) геморрагический шок;
- 4) внутричерепная гематома;
- 5) смещение верхней челюсти с образованием открытого прикуса;
- 6) развитие скрытой ликвореи;
- 7) двухсторонний гемосинус.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

6. Укажите последовательность лечения пострадавшего при сочетанной черепно-мозговой и челюстно-лицевой травме:

1) борьба с тяжелыми реакциями организма на травму (шок, отек мозга, нарушение внешнего дыхания, наружное или внутреннее кровотечение), оказание хирургической специализированной челюстно-лицевой помощи, профилактика осложнений;

2) оказание специализированной хирургической челюстно-лицевой помощи, борьба с тяжелыми реакциями организма на травму (шок, отек мозга, нарушение внешнего дыхания, наружное или внутреннее кровотечение), профилактика осложнений.

Правильный ответ: 1.

7. Экстренное специализированное хирургическое лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается:

- 1) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания;
- 2) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа;
- 3) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа.

Правильный ответ: 1.

8. Раннее специализированное хирургическое лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается:

- 1) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания;
- 2) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа;
- 3) в первичной хирургической обработке раны, временной (транспортной) или окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа.

Правильный ответ: 3.

9. Отсроченное специализированное хирургическое лечение повреждений лица при сочетанной травме заключается:

- 1) в остановке кровотечения, улучшении функции внешнего дыхания;
- 2) лечении осложнений воспалительного характера, окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа;
- 3) в первичной хирургической обработке раны, временной или окончательной иммобилизации переломов костей лицевого черепа.

Правильный ответ: 2.

Ожоги и отморожения лица

1. Укажите глубину поражения при I степени термического ожога:

- 1) повреждение эпидермиса;
- 2) повреждение эпидермиса и сосочкового слоя дермы;
- 3) повреждение сосочкового слоя дермы;
- 4) повреждение сетчатого слоя дермы.

Правильный ответ: 1.

2. Укажите глубину поражения при II степени термического ожога:

- 1) повреждение эпидермиса;
- 2) повреждение эпидермиса и сосочкового слоя дермы;
- 3) повреждение эпидермиса и сетчатого слоя дермы;
- 4) повреждение эпидермиса, сосочкового и сетчатого слоев дермы.

Правильный ответ: 2.

3. Укажите глубину поражения при IIIa степени термического ожога:

- 1) повреждение эпидермиса и сосочкового слоя дермы;
- 2) повреждение эпидермиса и дермы без повреждения придатков дермы;
- 3) повреждение эпидермиса, дермы и придатков дермы;
- 4) повреждение эпидермиса, дермы, подкожно-жировой клетчатки и мышц.

Правильный ответ: 2.

4. Укажите глубину поражения при IIIб степени термического ожога:

- 1) повреждение эпидермиса и дермы без повреждения волосяных фолликулов и потовых желез;
- 2) повреждение эпидермиса, дермы, волосяных фолликулов и потовых желез;
- 3) повреждение эпидермиса, дермы, подкожно-жировой клетчатки и мышц;
- 4) повреждение эпидермиса, дермы, подкожно-жировой клетчатки, мышц и подлежащей кости.

Правильный ответ: 2.

5. Перечислите виды ожогов лица:

- 1) термические;
- 2) химические;
- 3) электротравма;
- 4) лучевые.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

6. Какое процентное соотношение площади поверхности лица по отношению к площади поверхности тела?

- 1) 1 %;
- 2) 3 %;
- 3) 10 %;
- 4) 15 %.

Правильный ответ: 2.

7. Следует ли госпитализировать больных с ожогами лица I–II степени?

- 1) нет;
- 2) да.

Правильный ответ: 2.

8. Ожоговая болезнь развивается при поражении:

- 1) 3 % поверхности тела;
- 2) 10 % поверхности тела;
- 3) 15 % и более поверхности тела.

Правильный ответ: 3.

9. Следует ли применять первичную и раннюю некрэктомию при глубоких ожогах лица?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

10. К какой степени отморожения лица относится следующая клиническая картина: бледность кожных покровов, сменяющаяся гиперемией, цианозом, мраморным оттенком кожи без образования некроза?

- 1) I; 2) II; 3) III; 4) IV.

Правильный ответ: 1.

11. К какой степени отморожения лица относится следующая клиническая картина: отслоение эпидермиса и образование пузырей с прозрачной желтоватой или геморрагической жидкостью, дерма ярко-красная, резко болезненная?

- 1) I; 2) II; 3) III; 4) IV.

Правильный ответ: 2.

12. К какой степени отморожения лица относится следующая клиническая картина: некроз кожи на всю толщу, образование пузырей с геморрагической жидкостью, дерма темного цвета, образование черного некротического струпа?

- 1) I; 2) II; 3) III; 4) IV.

Правильный ответ: 3.

13. При каком ожоге поражение кожи может быть локальным, а подлежащих тканей — более распространенным по площади?

- 1) при термическом; 2) электротравме; 3) при химическом.

Правильный ответ: 2.

14. При воздействии какого вещества развивается колликвационный (влажный) некроз кожи?

- 1) кислоты; 2) щелочи; 3) основания; 4) спирта.

Правильный ответ: 2.

15. Из каких мероприятий складывается первая доврачебная помощь при термических ожогах лица?

- 1) наложение асептической повязки;
2) локальная гипотермия;
3) назначение анальгетиков;
4) солевое питье.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

16. Первичная хирургическая обработка ожога включает в себя:

- 1) иссечение обожженной кожи;
2) антисептическую обработку кожи вокруг ожога;
3) антисептическую обработку кожи вокруг ожога, удаление крупных пузырей и очищение загрязнения, мазевая повязка.

Правильный ответ: 3.

17. Пересадку кожи на ожоговую рану производят:

- 1) на 5 сутки после ожога;
- 2) с момента эпителизации;
- 3) после отторжения струпа и развития грануляций.

Правильный ответ: 3.

Болезни нервов лица

1. При каком заболевании для снятия болевых приступов в области лица используют противосудорожные препараты?

- 1) при неврите тройничного нерва;
- 2) невралгии тройничного нерва;
- 3) травматическом повреждении ветвей тройничного нерва;
- 4) при неврите лицевого нерва.

Правильный ответ: 2.

2. Какие из перечисленных фармакологических препаратов относят к группе противосудорожных?

- 1) финлепсин;
- 2) тегретол;
- 3) карбамазепин;
- 4) дипразин;
- 5) эуфиллин.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

3. Препараты какой группы снимают приступообразные боли при невралгии тройничного нерва?

- 1) анальгетики;
- 2) транквилизаторы;
- 3) противосудорожные;
- 4) нестероидные противовоспалительные.

Правильный ответ: 3.

4. Транквилизаторы при невралгии тройничного нерва назначают с целью:

- 1) коррекции возможных сопутствующих астенических состояний;
- 2) уменьшения эмоциональной окраски боли;
- 3) потенцирования действия основных фармакологических препаратов;
- 4) как основное средство при патогенетическом лечении.

Правильный ответ: 1, 2.

5. При каком заболевании для снятия приступов боли применяют блокады анестетиками ветвей тройничного нерва?

- 1) при неврите тройничного нерва;
- 2) при невралгии тройничного нерва;
- 3) при синдроме Сладера;
- 4) при синдроме Шарлена.

Правильный ответ: 2.

6. При травматическом неврите III ветви тройничного нерва, связанного с переломом нижней челюсти при смещении костных отломков, показано:

- 1) проведение блокады III ветви тройничного нерва 2%-ным раствором лидокаина;
- 2) назначение противосудорожных препаратов;
- 3) хирургическое лечение — остеосинтез нижней челюсти с микрохирургической декомпрессией сосудисто-нервного пучка в нижнечелюстном канале;
- 4) ортопедическое лечение — бимаксиллярное шинирование с репозицией костных отломков и наложением межчелюстной резиновой тяги.

Правильный ответ: 3, 4.

7. При травматическом неврите II ветви тройничного нерва, связанном с переломом скуловой кости, показано:

- 1) проведение блокады II ветви тройничного нерва;
- 2) назначение противосудорожных препаратов;
- 3) кровавая репозиция скуловой кости с микрохирургической декомпрессией сосудисто-нервного пучка;
- 4) репозиция скуловой кости репонатором Лимберга;
- 5) кровавая репозиция скуловой кости с остеосинтезом системой мини-пластин.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

8. При травматическом неврите III ветви тройничного нерва, связанного с выведением пломбировочного материала в нижнечелюстной канал показано:

- 1) удаление пломбированного зуба, который послужил источником попадания пломбировочного материала в нижнечелюстной канал;
- 2) микрохирургическая декомпрессия нижнеальвеолярного нерва в нижнечелюстном канале с удалением инородных тел (пломбировочного материала);
- 3) удаление пломбированного зуба, послужившего источником попадания пломбировочного материала в нижнечелюстной канал, фенестрация нижнечелюстного канала через лунку удаленного зуба и удаление пломбировочного материала путем кюретажа;
- 4) проведение периостотомии и компактостеотомии.

Правильный ответ: 2.

9. Чем может быть вызван парез мимической мускулатуры при проведении торусальной анестезии?

- 1) повреждением язычного нерва;
- 2) повреждением нижнелуночкового нерва;
- 3) повреждением сосудов в области торуса;
- 4) выведением анестетика через полулунную вырезку ветви нижней челюсти при нарушении техники выполнения анестезии.

Правильный ответ: 4.

10. Укажите основные клинические признаки неврита тройничного нерва:

- 1) постоянные ноющие боли в зоне иннервации;
- 2) нарушение чувствительности в зоне иннервации;

- 3) наличие «курковых» зон;
- 4) парез мимической мускулатуры.

Правильный ответ: 1, 2.

11. Укажите, что применяется в комплексной терапии травматического неврита нижнеальвеолярного нерва, вызванного травмой нервного ствола иглой при проведении мандибулярной анестезии:

- 1) дегидратирующие средства;
- 2) глюкокортикоиды;
- 3) витамины группы В;
- 4) прозерин;
- 5) физиотерапевтическое лечение;
- 6) специального лечения не требуется.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

12. Укажите основной клинический симптом приступа невралгии тройничного нерва:

- 1) длительные ноющие, волнообразно усиливающиеся (от 1 ч и более) боли в области лица;
- 2) кратковременные, острые, самопроизвольные приступообразные боли в зоне иннервации ветвей тройничного нерва продолжительностью до 1 мин;
- 3) ноющие постоянные боли в зоне иннервации ветвей тройничного нерва;
- 4) ночные кратковременные острые, самопроизвольные, приступообразные боли, усиливающиеся от температурных раздражителей.

Правильный ответ: 2.

13. В какое время суток наиболее часто возникают боли при невралгии тройничного нерва?

- 1) преимущественно в ночное время;
- 2) преимущественно в дневное время;
- 3) независимо от времени суток;
- 4) в вечернее время, после функциональной дневной нагрузки.

Правильный ответ: 2.

14. Укажите формы невралгии тройничного нерва:

- 1) идиопатическая;
- 2) симптоматическая;
- 3) смешанная;
- 4) персистирующая.

Правильный ответ: 1, 2.

15. Укажите вегетативные симптомы, которые могут наблюдаться во время приступа невралгии тройничного нерва:

- 1) гипергидроз кожи лица;
- 2) слезо- и слюнотечение;
- 3) сокращение мимической мускулатуры;
- 4) сокращение жевательной мускулатуры;
- 5) гиперемия кожных покровов;
- 6) сужение зрачка на стороне болевого приступа.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

16. Укажите дифференциально-диагностические признаки периферической невралгии тройничного нерва:

- 1) наличие «курковых зон»;
- 2) наличие болевых ощущений в местах выхода ветвей тройничного нерва из костных каналов на лицо (точки Валле);
- 3) наличие на лице зон парестезии;
- 4) наличие зон гипергидроза на лице;
- 5) купирование болевого синдрома при приеме противосудорожных средств;
- 6) купирование болевого синдрома при проведении проводниковой анестезии.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

17. Укажите варианты возможного расположения курковых зон на лице при невралгии первой ветви тройничного нерва:

- 1) в области крыла носа;
- 2) носогубная складка;
- 3) в надбровной области;
- 4) в области лба;
- 5) в области волосистой части головы.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

18. Укажите варианты возможного расположения курковых зон на лице при невралгии второй ветви тройничного нерва:

- 1) в области крыла носа;
- 2) носогубной складке;
- 3) надбровной области;
- 4) области лба;
- 5) области подбородка;
- 6) в подглазничной области.

Правильный ответ: 1, 2, 6.

19. Укажите варианты возможного расположения курковых зон при невралгии третьей ветви тройничного нерва:

- 1) в области крыла носа;
- 2) носогубная складка;
- 3) в области альвеолярного отростка нижней челюсти;
- 4) области кончика носа;
- 5) области подбородка;
- 6) в области нижней губы.

Правильный ответ: 3, 5, 6.

20. Для какого заболевания характерно купирование болевого синдрома противосудорожными препаратами?

- 1) неврит лицевого нерва;
- 2) неврит тройничного нерва;
- 3) невралгия тройничного нерва;
- 4) дентальная плексалгия.

Правильный ответ: 3.

21. При каких заболеваниях черепных нервов будет наблюдаться снижение электровозбудимости зубов?

- 1) при неврите лицевого нерва;
- 2) неврите тройничного нерва;
- 3) невралгии тройничного нерва;
- 4) невралгии языкоглоточного нерва;
- 5) при синдроме Сладера.

Правильный ответ: 2.

22. Остро развившийся парез или паралич мимической мускулатуры в одной из половин лица, сопровождающийся вегетативными нарушениями, называется:

- 1) неврит тройничного нерва;
- 2) неврит лицевого нерва;
- 3) невралгия лицевого нерва;
- 4) невралгия тройничного нерва.

Правильный ответ: 2.

23. Укажите этиологические факторы в развитии неврита лицевого нерва:

- 1) травма;
- 2) перенесенные инфекции, интоксикации;
- 3) энцефалит;
- 4) переохлаждение;
- 5) расстройства мозгового кровообращения;
- 6) опухоль мосто-мозжечкового угла.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

24. Укажите клинические симптомы неврита лицевого нерва при одностороннем поражении его височных ветвей:

- 1) угол рта перетянут в здоровую сторону
- 2) пищевой комок задерживается между зубным рядом и щекой на больной стороне;
- 3) пациент не может наморщить лоб, нахмурить бровь на стороне поражения;
- 4) носогубная складка сглажена на стороне поражения;
- 5) при закрывании глаз, веки на пораженной стороне полностью не смыкаются.

Правильный ответ: 3.

25. Укажите клинические симптомы неврита лицевого нерва при одностороннем поражении его скуловых и щечных ветвей:

- 1) угол рта перетянут в здоровую сторону
- 2) пищевой комок задерживается между зубным рядом и щекой на больной стороне;
- 3) пациент не может наморщить лоб, нахмурить бровь на стороне поражения;
- 4) носогубная складка сглажена на стороне поражения;
- 5) при закрывании глаз, веки на пораженной стороне полностью не смыкаются.

Правильный ответ: 2, 4, 5.

26. Укажите клинические симптомы неврита лицевого нерва при одностороннем поражении его краевой ветви:

- 1) угол рта опущен и перетянут в здоровую сторону;
- 2) пищевой комок задерживается между зубным рядом и щекой на больной стороне;
- 3) пациент не может наморщить лоб, нахмурить бровь на стороне поражения;
- 4) носогубная складка сглажена на стороне поражения;
- 5) при закрывании глаз, веки на пораженной стороне полностью не смыкаются.

Правильный ответ: 1.

27. Лицевой нерв является:

- 1) смешанным;
- 2) чувствительным;
- 3) двигательным.

Правильный ответ: 1.

28. Укажите уровень поражения ядра лицевого нерва при следующей клинической симптоматике: опущение угла рта на стороне, противоположной развитию гемипареза, перетягивание угла рта в сторону гемипареза:

- 1) верхние отделы ядра;
- 2) нижние отделы ядра.

Правильный ответ: 1.

29. Какие клинические симптомы характерны при поражении лицевого нерва после его выхода из шилососцевидного отверстия?

- 1) парез и паралич мимических мышц;
- 2) сухость в полости рта;
- 3) расстройство лакримации (слезотечение);
- 4) расстройство лакримации (сухость склеры);
- 5) расстройство слуха (гиперакузия).

Правильный ответ: 1, 3.

30. Травматический неврит ветвей лицевого нерва может возникнуть как осложнение челюстно-лицевых операций в следующих областях:

- 1) околоушно-жевательной;
- 2) поднижнечелюстной;
- 3) в области твердого нёба;
- 4) в области щеки;
- 5) в области глоточного отростка околоушной слюной железы.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

31. Укажите физиотерапевтические средства, которые можно применять с первых суток развития неврита лицевого нерва:

- 1) сухое тепло на пораженную сторону;
- 2) локальная гипотермия на пораженную сторону;
- 3) УВЧ-терапия на пораженную сторону и сосцевидный отросток;
- 4) электрическая ритмичная стимуляция мимической мускулатуры пораженной стороны;
- 5) массаж здоровой стороны.

Правильный ответ: 1, 3.

32. Укажите терапевтические средства физического воздействия, которые можно применять при лечении неврита лицевого нерва:

- 1) парафиновые или озокеритовые аппликации на пораженную сторону;
- 2) лечебная гимнастика и массаж;
- 3) грязевые аппликации;
- 4) электрофорез с местными анестетиками;
- 5) локальная гипотермия;
- 6) электромиостимуляция.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 6.

33. Укажите средние сроки восстановления функции лицевого нерва при отсутствии его полного разрыва:

- 1) 14 дней;
- 2) 5–6 мес.;
- 3) 12 мес. и более;
- 4) 3 дня.

Правильный ответ: 2.

34. Укажите виды оперативных вмешательств, приводящих к восстановлению функции мимических мышц при травматическом неврите лицевого нерва:

- 1) декомпрессия нервного ствола;
- 2) динамическое подвешивание лоскутами из височной мышцы;
- 3) сшивание концов поврежденного нервного ствола;
- 4) трансплантация в дефект лицевого нерва переднего кожного нерва бедра;
- 5) миотомия на здоровой стороне;
- 6) сшивание периферических отделов пораженного лицевого нерва с центральным отделом подъязычного нерва.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

35. Укажите операции динамического подвешивания при параличе мимических мышц:

- 1) миопластика лоскутами из височной мышцы;
- 2) пластика фасцией бедра;
- 3) миопластика лоскутом из жевательной мышцы;
- 4) миотомия мимических мышц на здоровой стороне.

Правильный ответ: 1, 3.

Вывихи нижней челюсти, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (внчс), болезни внчс

1. Укажите рентгенологические признаки переднего вывиха нижней челюсти:

- 1) равномерное сужение суставной щели;
- 2) расположение суставной головки на заднем скате суставного бугорка при максимальном открывании рта;
- 3) расположение суставной головки на вершине суставного бугорка при максимальном открывании рта;

4) расположение суставной головки на переднем скате суставного бугорка при максимальном открывании рта.

Правильный ответ: 4.

2. Острый вывих нижней челюсти может быть?

- 1) полный; 2) неполный; 3) односторонний;
4) двухсторонний; 5) передний; 6) задний;

Правильный ответ: 3, 4, 5, 6.

3. Укажите клинические симптомы, характерные для переднего вывиха нижней челюсти:

- 1) боль в области сустава;
2) удлинение нижнего отдела лица;
3) дистальное смещение подбородка;
4) открытый прикус;
5) невозможность открыть рот.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

4. Укажите последовательность движений суставной головки при вправлении переднего вывиха нижней челюсти методом Гиппократа:

- 1) вниз, кзади, вверх; 2) вниз, кпереди, вверх;
3) вверх, кзади, вниз; 4) вверх, кпереди, вниз.

Правильный ответ: 1.

5. При вправлении переднего вывиха нижней челюсти по методике Гиппократа максимальное давление производят?

- 1) на моляры нижней челюсти;
2) на резцы нижней челюсти;
3) на ветвь нижней челюсти;
4) на суставной отросток нижней челюсти.

Правильный ответ: 1.

6. Укажите причины привычного вывиха нижней челюсти:

- 1) уплощение суставного бугорка;
2) гипертрофия суставной головки;
3) контрактура жевательных мышц;
4) растяжение суставной капсулы;
5) несостоятельность связочного аппарата;

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

7. Чем может быть обусловлено щелканье в височно-нижнечелюстном суставе?

- 1) деформацией суставных поверхностей;
2) нарушением координированных движений суставной головки, суставного диска;
3) изменением состава синовиальной жидкости.

Правильный ответ: 2.

8. Чем может быть обусловлен хруст в височно-нижнечелюстном суставе?

1) нарушением координированных движений суставной головки и суставного диска;

2) наличием неровных, деформированных суставных поверхностей;

3) снижением количества и качества суставной жидкости.

Правильный ответ: 2, 3.

9. Укажите рентгенологические признаки височно-нижнечелюстного сустава в норме:

1) четкость и непрерывность замыкательных пластинок;

2) центральное расположение суставной головки в суставной впадине в центральной окклюзии;

3) сужение суставной щели в заднем отделе суставной впадины;

4) расположение суставной головки на вершине суставного бугорка при открывании рта.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

10. С помощью каких методов исследования можно получить информацию о состоянии и расположении суставного диска?

1) контрастная артрография;

2) артроскопия;

3) ЯМР КТГ;

4) панорамная рентгенография;

5) рентгенография ВНЧС.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

11. Что подразумевается под термином «внутренние нарушения в височно-нижнечелюстном суставе»?

1) нарушения координированных движений между суставным диском и суставной головкой;

2) структурные нарушения в суставе воспалительного характера;

3) структурные нарушения в суставе дегенеративного характера.

Правильный ответ: 1.

12. Внутренние нарушения в суставе могут быть в виде:

1) повышенной подвижности суставной головки;

2) переднего вправляемого и не вправляемого смещения суставного диска;

3) заднего вывиха суставного диска;

4) контрактуры жевательных мышц.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

13. Какие объективные методы исследования используются при изучении патологии в ВНЧС?

1) антропометрические исследования лица;

2) оценка прикуса;

3) контрастная артроскопия;

4) определение объема движений нижней челюсти;

5) аускультация ВНЧС.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

14. Какие рентгенологические признаки свидетельствуют о переднем невправляемом вывихе суставного диска?

1) в центральной окклюзии суставная головка смещена в задний отдел суставной щели;

2) при максимальном открывании рта суставная головка расположена на заднем скате суставного бугорка;

3) при максимальном открывании рта суставная головка располагается на переднем скате суставного бугорка.

Правильный ответ: 1, 2.

15. Какие препараты используются для контрастной артрографии?

1) жирорастворимые;

2) водорастворимые;

3) растворимые в спиртах.

Правильный ответ: 2.

16. Какие самостоятельные болезни развиваются в височно-нижнечелюстном суставе?

1) ревматоидный артрит;

2) инфекционный артрит;

3) остеоартроз ВНЧС;

4) болезнь Бехтерева.

Правильный ответ: 2, 3.

17. Какие системные заболевания приводят к структурным нарушениям височно-нижнечелюстного сустава?

1) инфекционный артрит ВНЧС;

2) болезнь Бехтерева;

3) ревматоидный артрит;

4) системная красная волчанка;

5) травматический артрит ВНЧС.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

18. Укажите разновидности острого инфекционного артрита височно-нижнечелюстного сустава:

1) острый травматический артрит ВНЧС;

2) острый асептический артрит ВНЧС;

3) острый бактериальный артрит ВНЧС;

4) ревматоидный артрит.

Правильный ответ: 2, 3.

19. Какая суставная ткань поражается в начальных стадиях развития артрита височно-нижнечелюстного сустава?

1) костная;

2) хрящ;

3) синовиальная оболочка;

4) суставной диск.

Правильный ответ: 3.

20. Укажите основной дифференциальный признак асептического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

1) боль в суставе;

2) отеки околосуставных тканей;

3) хруст в суставе;

4) отсутствие патогенных микроорганизмов в синовиальной жидкости при асептическом артрите.

Правильный ответ: 4.

21. Что составляет основу патогенетического лечения острого инфекционного артрита височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) антибактериальная терапия;
- 2) хондропротекторы;
- 3) витаминотерапия.

Правильный ответ: 1.

22. В какой стадии острого бактериального артрита височно-нижнечелюстного сустава не исключена возможность проведения хирургического дренирования сустава?

- 1) в начальной стадии заболевания;
- 2) при гнойном синовите;
- 3) при анкилозировании.

Правильный ответ: 2.

23. Какие ортопедические методы используются для ограничения функции височно-нижнечелюстного сустава при артрите?

- 1) лигатурное межчелюстное связывание;
- 2) межзубное лигатурное связывание;
- 3) межчелюстное лигатурное связывание с разобщением прикуса.

Правильный ответ: 3.

24. Укажите рентгенологические признаки хронического артрита височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) исчезновение замыкательных кортикальных пластинок;
- 2) краевые узуры;
- 3) остеопороз суставной головки;
- 4) остеосклероз суставной головки.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

25. Какие суставные ткани поражаются в начальной стадии остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) суставная капсула;
- 2) суставной диск;
- 3) суставной хрящ;
- 4) костная ткань.

Правильный ответ: 3.

26. Укажите основные причины развития остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) чрезмерная функциональная нагрузка на сустав;
- 2) снижение резистентности хряща к обычной функциональной нагрузке;
- 3) частые простудные заболевания;
- 4) острая травма сустава;
- 5) хроническая травма сустава.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

27. Укажите рентгенологические признаки остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) субхондральный склероз;
- 2) остеофитоз;
- 3) деформация суставной головки;
- 4) остеопороз суставной головки.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

28. Укажите хондропротекторы, наиболее часто применяемые в лечении остеоартроза височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) дона;
- 2) вольтарен;
- 3) мукосат;
- 4) структум;
- 5) терафлекс.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

29. Назовите местные симптомы острого инфекционного артрита:

- 1) боль в области сустава;
- 2) отек и гиперемия кожи в области сустава;
- 3) гиперемия склеры глазного яблока на стороне больного сустава;
- 4) ограничение подвижности нижней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

30. Какие медикаментозные препараты наиболее часто используются для проведения местного лечения при артрите ВНЧС:

- 1) 30%-ный раствор димексида;
- 2) «Индометациновая мазь»;
- 3) «Фастум-гель»;
- 4) мазь Вишневского;
- 5) мазь «Диклофенак».

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

31. Перечислите основные клинические признаки остеоартроза:

- 1) хруст в суставе;
- 2) щелканье в суставе;
- 3) отек и гиперемия мягких тканей в области сустава;
- 4) периодическое заклинивание сустава.

Правильный ответ: 1.

32. Каким медицинским термином следует обозначить обострение остеоартроза ВНЧС?

- 1) артрозоартрит;
- 2) синовит;
- 3) неспецифический артрит;
- 4) реактивный артрит.

Правильный ответ: 2.

Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава

1. Укажите возможные причины развития анкилоза височно-нижнечелюстного сустава:

- 1) артриты;
- 2) остеомиелит мышцелкового отростка;
- 3) верхнечелюстной синусит;
- 4) травма мышцелкового отростка;
- 5) гнойный отит;
- 6) мастоидит;
- 7) паротит.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

- 2. Укажите изменения конфигурации лица при одностороннем анкилозе:**
- 1) уменьшение высоты нижней трети лица;
 - 2) уплощение тела нижней челюсти на здоровой стороне;
 - 3) смещение подбородка от средней линии в сторону больного сустава;
 - 4) смещение подбородка от средней линии в сторону здорового сустава.
- Правильный ответ: 1, 2, 4.*
- 3. Какая характерная деформация челюстно-лицевой области развивается при двустороннем анкилозе височно-нижнечелюстного сустава?**
- 1) двустороннее недоразвитие тела и ветвей нижней челюсти;
 - 2) двустороннее недоразвитие ветвей нижней челюсти;
 - 3) формирование глубокого блокирующего прикуса;
 - 4) формирование прогенического прикуса.
- Правильный ответ: 1, 3.*
- 4. Укажите рентгенологическую картину костного анкилоза:**
- 1) укорочение отростка ветви нижней челюсти;
 - 2) отсутствие суставной щели;
 - 3) суставная щель сужена;
 - 4) контуры мышечкового отростка отсутствуют;
 - 5) угол челюсти деформирован с образованием шпоры.
- Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.*
- 5. Укажите рентгенологическую картину фиброзного анкилоза, развившегося у взрослого пациента:**
- 1) отсутствие суставной щели;
 - 2) суставная щель сужена;
 - 3) контуры мышечкового отростка отсутствуют;
 - 4) форма мышечкового отростка частично сохранена.
- Правильный ответ: 2, 4.*
- 6. С какими болезнями следует дифференцировать фиброзный анкилоз височно-нижнечелюстного сустава?**
- 1) с рубцовой контрактурой жевательных мышц;
 - 2) неврогенной контрактурой жевательных мышц;
 - 3) опухолью сустава или околоуставных тканей;
 - 4) острым артритом;
 - 5) острым передним вывихом нижней челюсти;
 - 6) с неправильно сросшимся переломом скуловой дуги.
- Правильный ответ: 1, 2, 3, 6.*
- 7. На какие сутки после редрессации нижней челюсти и установления разобщающего блока по поводу фиброзного анкилоза назначают механотерапию?**
- 1) на 2-е сутки после операции;
 - 2) на 3–4 сутки после операции;
 - 3) механотерапия противопоказана;
 - 4) через 10 дней после операции.
- Правильный ответ: 4.*

8. Какие методы используют при лечении фиброзного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) остеотомия ветви нижней челюсти;
- 2) редрессация;
- 3) физиотерапия и ЛФК;
- 4) ортопедический — изготовление ограничителя открывания полости рта (шина Петросова).

Правильный ответ: 2, 3.

9. Какие принципы необходимо соблюдать при операции остеотомии при лечении костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) проводить остеотомию ближе к уровню естественной суставной щели;
- 2) сохранять высоту ветви челюсти;
- 3) проводить разобщение костных фрагментов инертными материалами, предупреждающими сращение;
- 4) проводить направленное вытяжение подбородочного отдела путем использования распорки между молярами.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

10. Что можно использовать для формирования суставной поверхности при остеотомии в лечении костного анкилоза височно-нижнечелюстного сустава?

- 1) деэпидермизированный кожно-жировой трансплантат по М. Костылеву;
- 2) интерпозицию тканями не применяют;
- 3) имплантаты (биопластмассу, колпачки) по Груздоковой;
- 4) аллотрансплантаты (фасция);
- 5) ксенотрансплантаты (белочную оболочку глаза).

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

11. Какой метод костной пластики наиболее приемлем при костном анкилозе со значительным укорочением ветви нижней челюсти?

- 1) формирование ложного сустава в области тела нижней челюсти;
- 2) формирование ложного сустава в области ветви нижней челюсти;
- 3) формирование ложного сустава в области шейки мышечного отростка;
- 4) артропластика с одномоментной костной пластикой аллогенным ортопедическим трансплантатом.

Правильный ответ: 4.

Препротетическая хирургия

1. Операция отсечения и удаления от зуба одного из его корней вместе с прилежащей к нему коронковой частью называется:

- 1) ампутация корня зуба;
- 2) гемисекция зуба;
- 3) коронарорадикулярная сепарация;
- 4) транспозиция корня зуба.

Правильный ответ: 2.

2. Операция отсечения и удаления целого корня зуба в месте его отхождения от бифуркации без нарушения целостности коронковой части зуба называется:

- 1) ампутация корня зуба; 2) гемисекция зуба;
3) транспозиция корня зуба; 4) коронарорадикулярная сепарация.

Правильный ответ: 1.

3. Операция рассечения коронки зуба в области его бифуркации на 2 части с последующим проведением кюретажа в этой области называется:

- 1) ампутация корня зуба; 2) гемисекция зуба;
3) транспозиция корня зуба; 4) коронарорадикулярная сепарация.

Правильный ответ: 4.

4. Операция удаления части альвеолярного отростка для придания кости правильного контура называются:

- 1) альвеолоэктомия; 2) альвеолотомия;
3) альвеолопластика; 4) моделировка.

Правильный ответ: 1, 3.

5. Какую операцию необходимо выполнить для создания наиболее благоприятного для протезирования контура альвеолярной кости?

- 1) альвеолопластику; 2) удаление группы зубов;
3) компактоостеотомию; 4) блоковидную резекцию.

Правильный ответ: 1.

6. Какой этап операции удаления одиночно стоящего зуба необходимо предусмотреть для последующего благоприятного протезирования?

- 1) альвеолопластику выступающих спереди и сзади участков альвеолярной кости;
2) заполнение лунки остеокондуктивными препаратами для профилактики рассасывания альвеолы;
3) интрасептальную альвеолопластику;
4) альвеолоэктомию для создания адекватного межальвеолярного пространства.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

7. Показано ли удаление ретенированных зубов, расположенных в альвеолярном отростке челюсти, при подготовке полости рта к протезированию?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

8. Определите показания для удаления избытка мягкой ткани подъязычной области при подготовке полости рта к протезированию:

- 1) незначительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
2) умеренная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
3) значительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
4) гипертрофия подъязычной слюнной железы.

Правильный ответ: 3.

9. Определите показания для препротетической вестибулопластики при избытке мягкой ткани подъязычной области:

- 1) незначительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
- 2) умеренная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
- 3) значительная атрофия альвеолярного отростка нижней челюсти;
- 4) короткая и широкая уздечка языка.

Правильный ответ: 3, 4.

10. Техника френулопластики путем перемещения 2 встречных треугольных лоскутов принадлежит:

- 1) Гликману;
- 2) А. Лимбергу;
- 3) А. Рауэру;
- 4) И. Филатову.

Правильный ответ: 2.

11. Какие из перечисленных операций показаны при наличии рубцовых тяжей слизистой оболочки полости рта, прикрепленных к альвеолярному отростку?

- 1) устранение рубцовых тяжей взаимным перемещением треугольных лоскутов по А. Лимбергу;
- 2) простое иссечение рубца;
- 3) пластика ротационным слизисто-подслизистым лоскутом на ножке взятым с переходной складки и щечной области;
- 4) поперечное рассечение рубца.

Правильный ответ: 1, 3.

12. К какому виду препротетической подготовки полости рта относится операция углубления уровня дна полости рта с помощью двустороннего отсечения челюстно-подъязычной и подбородочно-язычной мышц?

- 1) френулопластике;
- 2) вестибулопластике;
- 3) альвеолопластике;
- 4) сиалодохопластике.

Правильный ответ: 2.

13. Имплантация индивидуально изготовленного дентального имплантата по снятому оттиску с кости и введением его поднадкостнично относится:

- 1) к эндодонто-эндостальной;
- 2) эндостальной;
- 3) субпериостальной;
- 4) к подслизистой.

Правильный ответ: 3.

14. Введение дентального имплантата в костную ткань называется имплантацией:

- 1) эндодонто-эндостальной;
- 2) эндостальной;
- 3) субпериостальной;
- 4) трансстальной.

Правильный ответ: 2.

15. Показаниями к проведению имплантации являются:

- 1) полное отсутствие зубов;
- 2) концевые дефекты зубных рядов;
- 3) потеря одного зуба;
- 4) хронический одонтогенный остеомиелит челюсти;
- 5) неудовлетворительная фиксация съемного протеза.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5.

16. К противопоказаниям к проведению имплантации относятся:

- 1) эндокринные заболевания;
- 2) сифилис;
- 3) системные болезни крови с гипокоагуляционным синдромом;
- 4) гипертоническая болезнь.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

17. Остеоинтеграция в системе: имплантат–кость — это:

- 1) плотное укрепление имплантата;
- 2) помещение имплантата в костную ткань;
- 3) плотный контакт между новообразованной костной тканью и поверхностью дентального имплантата;
- 4) наличие фиброзной ткани между имплантатом и костью;
- 5) эпителиальная выстилка между имплантатом и костью.

Правильный ответ: 3.

18. Фиброзная интеграция имплантата — это:

- 1) наличие фиброзной прослойки между дентальным имплантатом и костью;
- 2) эпителиальное прикрепление к поверхности имплантата;
- 3) помещение имплантата под надкостницу.

Правильный ответ: 1.

19. Двухэтапная дентальная имплантация эндостальных имплантатов проводится:

- 1) в целях достижения остеоинтеграции;
- 2) для снижения послеоперационной травмы;
- 3) для предупреждения фиброзной интеграции;
- 4) в целях улучшения функционального эффекта протезирования.

Правильный ответ: 1.

20. К потере дентального имплантата могут привести:

- 1) плохая гигиена полости рта;
- 2) нерациональное питание;
- 3) неудовлетворительная жевательная нагрузка;
- 4) нарушение обмена веществ;
- 5) неметодичная операция эндостальной дентальной имплантации.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

21. Укажите место дентальной имплантации в методах восстановления жевательной эффективности:

- 1) единственный метод, позволяющий получить положительный результат;
- 2) имплантация является методом выбора;
- 3) имплантация применяется только в исключительных случаях;
- 4) имплантация применяется по желанию больного;
- 5) имплантация применяется с большой осторожностью, так как еще не доказана состоятельность данного вида лечения.

Правильный ответ: 2.

22. Какие отделы челюстей пригодны для внутрикостной имплантации?

- 1) фронтальный отдел верхней и нижней челюстей;
- 2) все отделы челюстей, в которых можно разместить дентальный имплантат без риска повреждения прилежащих анатомических структур;
- 3) базальные отделы челюстей в пределах расположения зубных рядов;
- 4) только дистальные отделы верхней и нижней челюстей.

Правильный ответ: 2.

23. Какое значение имеют гигиенические мероприятия в прогнозе дентальной имплантации?

- 1) незначительное влияние;
- 2) важное значение;
- 3) не имеет значения;
- 4) не изучено;
- 5) не рекомендуют проводить в области расположения дентальных имплантатов.

Правильный ответ: 2.

Организация онкологической помощи населению, предраковые заболевания, диспансеризация онкологических больных

1. Перечислите все известные вам биологические свойства злокачественных опухолей:

- 1) автономность; анаплазия; склонность к метастазированию; инфильтративный рост, склонность к рецидивированию, прогрессия; кахексия;
- 2) автономность; анаплазия; склонность к метастазированию; инфильтративный рост.

Правильный ответ: 1.

2. Перечислите знания и мероприятия, объединяющие понятие «онкологическая настороженность»:

- 1) знание ранних клинических признаков предраковых заболеваний и раков;
- 2) проведение полного обследования пациента;
- 3) своевременное, раннее направление в специализированное отделение;
- 4) знание признаков доброкачественных опухолей;
- 5) знание структуры организации работы поликлиник города, областных, районных поликлиник;
- 6) знание структуры организации онкологической помощи населению;
- 7) профилактика предраков;
- 8) санитарно-просветительная работа с пациентами.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 6, 7, 8.

3. Перечислите специальные инструментальные и аппаратные методы обследования, применяемые для диагностики опухолей челюстно-лицевой области:

- 1) стоматоскопия или хейлоскопия;
- 2) цитологическое исследование;
- 3) гистологическое исследование;
- 4) лучевое исследование;
- 5) ультразвуковое обследование;
- 6) радиоизотопное исследование.

Правильный ответ: 1, 4, 5, 6.

4. Прижизненное морфологическое исследование подозрительных на новообразование тканей может быть осуществлено методом:

- 1) цитологическим;
- 2) гистологическим;
- 3) иммунодиагностики;
- 4) радиоизотопного исследования.

Правильный ответ: 1, 2.

5. Перечислите разновидности биопсий:

- 1) пункционная;
- 2) инцизионная;
- 3) эксцизионная;
- 4) трепанационная.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

6. Какой метод исследования дает представление о структуре ткани?

- 1) цитологический;
- 2) гистологический.

Правильный ответ: 2.

7. Назовите номер формы, которую заполняют на пациента с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования:

- 1) форма № 090;
- 2) форма № 248.

Правильный ответ: 1.

8. Куда направляется извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования?

1) в онкологическое учреждение, обслуживающее население данной территории;

2) головной НИИ онкологии и медицинской радиологии республики;

3) в статистический отдел горздравотдела, облздравотдела.

Правильный ответ: 1.

9. В какой максимальный срок должно быть выслано извещение на больного с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования?

1) в течение суток;

2) в 3-дневный срок;

3) в 5-дневный.

Правильный ответ: 2.

10. Какие пациенты с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области относятся к I клинической группе?

1) больные, требующие радикального лечения;

2) больные с подозрением на злокачественную опухоль и с предопухолевыми заболеваниями;

- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) больные с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

Правильный ответ: 2.

11. Какие пациенты с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области относятся ко II клинической группе?

- 1) больные, требующие радикального лечения;
- 2) больные с подозрением на злокачественную опухоль и с предопухолевыми заболеваниями;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) больные с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

Правильный ответ: 1.

12. Какие пациенты с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области относятся к III клинической группе?

- 1) больные, требующие радикального лечения;
- 2) больные с подозрением на злокачественную опухоль и с предопухолевыми заболеваниями;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) больные с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

Правильный ответ: 3.

13. Какие пациенты с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области относятся к IV клинической группе?

- 1) больные, требующие радикального лечения;
- 2) больные с подозрением на злокачественную опухоль и с предопухолевыми заболеваниями;
- 3) больные, которым проведено радикальное лечение;
- 4) больные с запущенными формами заболевания, которым показано симптоматическое и паллиативное лечение.

Правильный ответ: 4.

14. Кто осуществляет диспансеризацию больных, входящих в группу повышенного риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта?

- 1) челюстно-лицевой хирург поликлиники;
- 2) врач терапевт-стоматолог;
- 3) зав. лечебным отделением поликлиники;
- 4) врач-онколог.

Правильный ответ: 1, 2.

15. Какая форма заполняется на пациентов с впервые выявленным злокачественным новообразованием в запущенной стадии болезни?

- 1) форма № 090;
- 2) форма № 248.

Правильный ответ: 2.

16. Перечислите онкологические учреждения, в которых осуществляется специализированное лечение челюстно-лицевых больных с онкологическими болезнями:

- 1) областные, городские, онкологические диспансеры;
- 2) онкологические кабинеты поликлиник, городские, областные, краевые онкологические диспансеры;
- 3) городские, республиканские онкологические диспансеры.

Правильный ответ: 1, 3.

17. Перечислите функции институтов онкологии и медицинской радиологии:

- 1) научная;
- 2) организационно-методическая;
- 3) лечебно-консультативная;
- 4) контроль за работой диспансеров;
- 5) подготовка кадров;
- 6) профилактика онкозаболеваний.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

18. Перечислите функции, которые выполняет онкологический кабинет поликлиники:

- 1) учет всех больных после проведенного специализированного лечения;
- 2) диспансерное наблюдение больных с облигатными предраками;
- 3) диагностика и профилактика онкозаболеваний;
- 4) санитарно-просветительная работа;
- 5) специализированное лечение онкологических больных.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

19. Какие клинические признаки позволяют предположить озлокачествление процесса у больных с предраковыми и хроническими воспалительными заболеваниями?

- 1) прогрессирующий и инфильтративный рост;
- 2) появление эпителизации;
- 3) отграничение очага от окружающих тканей;
- 4) исчезновение четкости границ;
- 5) изъязвление очага поражения.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

20. Как забирают материал для патогистологического исследования с целью диагностики злокачественного роста?

- 1) ткань берут из центральной части опухоли;
- 2) ткань берут на границе «здоровая ткань + опухоль»;
- 3) ткань берут только из периферической части опухоли.

Правильный ответ: 2.

21. Какую информацию дает цитологическое исследование при подозрении на злокачественную опухоль?

- 1) определяет морфологическую структуру опухоли;
- 2) определяет клеточный состав опухоли;
- 3) определяет наличие или отсутствие воспаления в тканях.

Правильный ответ: 2, 3.

22. Какие клинические признаки характерны для регионарных лимфатических узлов при наличии метастазов злокачественной опухоли?

1) наличие шаровидных, плотных безболезненных регионарных лимфатических узлов, увеличенных в размерах (смещаемых; ограниченно смещаемых; не смещаемых);

2) наличие увеличенных в размерах болезненных в виде «пакетов» регионарных лимфатических узлов;

3) наличие увеличенных в размерах шаровидных тестоватой консистенции слабобезболезненных регионарных лимфатических узлов.

Правильный ответ: 1.

23. Является ли появление постоянных болей в зоне опухолевидного роста, особенно в ночное время, признаком малигнизации?

1) нет; 2) да;

Правильный ответ: 2.

24. К каким признакам относится изменение характера отделяемого из носа (в виде сукровичных выделений) у больных с хроническим воспалением верхнечелюстной пазухи?

1) к признакам регресса обострения хронического синусита;

2) к признакам обострения хронического синусита;

3) к признакам малигнизации.

Правильный ответ: 3.

25. Какие требования предъявляют к предметным стеклам, на которые наносят мазки для цитологического исследования?

1) стекла должны быть стерильные и сухие;

2) стекла должны быть обезжиренные и сухие.

Правильный ответ: 2.

26. Что входит в понятие «эксцизионная биопсия»?

1) биопсия, которая предполагает взятие участка опухоли для исследования;

2) биопсия, которая проводится на операционном столе с исследованием участка опухоли;

3) биопсия, которая проводится после удаления всей опухоли;

4) биопсия, которая проводится после взятия участка опухолевой ткани с помощью трепана.

Правильный ответ: 3.

27. Назовите признаки злокачественного роста в мягкотканых структурах по данным ультразвукового исследования опухоли:

1) четкость границ опухолевого очага;

2) снижение эхогенности опухолевого очага по сравнению с окружающими тканями;

3) усиление эхогенности опухолевого очага по сравнению с окружающими тканями;

4) нечеткость границ опухолевого очага.

Правильный ответ: 4.

28. Укажите способы забора материала для цитологического исследования:

- 1) мазок-отпечаток;
- 2) тонкоигольная пункционная биопсия;
- 3) соскоб с поверхности язвы;
- 4) мазок из центрифугата промывных вод;
- 5) удаление части опухоли.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

29. К какому признаку относится появление инфильтрата в основании дна язвы?

- 1) к признаку малигнизации;
- 2) к признаку обострения воспалительных явлений.

Правильный ответ: 1.

30. Каким аппаратом или инструментом и под каким увеличением осуществляют стоматоскопию пациентам с болезнями слизистой оболочки полости рта?

- 1) колпоскопом КС-1;
- 2) операционным микроскопом с увеличением объекта в 4–6–10–16–25 раз;
- 3) лупой с увеличением в 5–10 раз;
- 4) операционным микроскопом с увеличением объекта в 50–100 раз.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

31. С помощью какого медикаментозного средства проводится обработка слизистой оболочки полости рта при проведении пробы Шиллера?

- 1) 1%-ного йода;
- 2) 2%-ным раствором Люголя;
- 3) 1%-ным раствором бриллиантового зеленого.

Правильный ответ: 2.

32. Для каких целей используют пробу Шиллера?

- 1) для дифференциальной диагностики специфических заболеваний слизистой оболочки полости рта от заболеваний воспалительного характера;
- 2) для дифференциальной диагностики болезней слизистой оболочки воспалительного и дегенеративно-дистрофического характера;
- 3) для дифференциальной диагностики специфических заболеваний полости рта от дегенеративно-дистрофических.

Правильный ответ: 2.

33. Назовите облигатную предраковую болезнь слизистой оболочки полости рта:

- 1) эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая;
- 2) папилломатоз;
- 3) болезнь Боуэна;
- 4) лейкоплакия.

Правильный ответ: 3.

34. Назовите факультативные предраковые болезни слизистой оболочки полости рта:

- 1) лейкоплакия;
- 2) папилломатоз;
- 3) эрозивно-язвенная и гиперкератототическая форма красной волчанки;
- 4) болезнь Боуэна.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

35. Какие отделы слизистой оболочки полости рта чаще поражаются при болезни Боуэна?

- 1) задние отделы слизистой оболочки полости рта;
- 2) преддверие полости рта;
- 3) передние отделы слизистой оболочки дна рта.

Правильный ответ: 1.

36. К какой группе болезней слизистой оболочки полости рта относится папилломатоз?

- 1) к облигатным предракам;
- 2) злокачественным опухолям;
- 3) факультативным предракам;
- 4) к доброкачественным опухолям.

Правильный ответ: 3.

37. Какой метод лечения показан при папилломатозе слизистой оболочки полости рта?

- 1) хирургический;
- 2) консервативный;
- 3) лучевой;
- 4) сочетанный.

Правильный ответ: 1.

38. Перечислите формы красного плоского лишая:

- 1) типичная;
- 2) экссудативно-гиперемическая;
- 3) эрозивно-язвенная;
- 4) буллезная;
- 5) гиперкератототическая;
- 6) поверхностная.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

39. Эрозивно-язвенная форма красного плоского лишая относится:

- 1) к злокачественным опухолям;
- 2) облигатным предракам;
- 3) доброкачественным опухолям;
- 4) к факультативным предраковым заболеваниям.

Правильный ответ: 4.

40. Возможно ли озлокачествление при гиперкератототической форме красного плоского лишая?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

41. Какие из перечисленных ниже жалоб могут быть следствием постлучевых стоматитов?

- 1) сухость во рту;
- 2) затрудненная речь;
- 3) затрудненный прием сухой пищи;
- 4) повышенная саливация.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

42. Какие методы лечения применяют при постлучевых стоматитах?

- 1) консервативные;
- 2) хирургические;
- 3) консервативные и хирургические;
- 4) химиотерапевтические и хирургические.

Правильный ответ: 1.

43. Перечислите заболевания, относящиеся к облигатным предопухолевым процессам красной каймы губ:

- 1) лейкоплакия (веррукозная форма);
- 2) постлучевой хейлит;
- 3) бородавчатый предрак;
- 4) ограниченный гиперкератоз;
- 5) хейлит Манганотти.

Правильный ответ: 3, 4, 5.

44. Перечислите заболевания, входящие в группу факультативных предопухолевых процессов красной каймы губ:

- 1) лейкоплакия (верукозная форма);
- 2) кератоакантома;
- 3) кожный рог;
- 4) папиллома;
- 5) эрозивно-язвенная и гиперкератототическая форма красной волчанки;
- 6) эрозивно-язвенная и гиперкератототическая форма красного плоского лишая;
- 7) постлучевой хейлит;
- 8) болезнь Боуэна.

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

45. Укажите ткани, на которых чаще развивается бородавчатый предрак?

- 1) на коже;
- 2) на слизистой оболочке полости рта;
- 3) на красной кайме губ.

Правильный ответ: 3.

46. Укажите вероятные сроки озлокачествления при ограниченном гиперкератозе:

- 1) спустя 1–2 месяца;
- 2) спустя 2–3 года;
- 3) спустя 6–12 месяцев.

Правильный ответ: 3.

47. Перечислите клинические признаки озлокачествления хейлита Манганотти:

- 1) отсутствие тенденции к заживлению эрозий;
- 2) усиление инфильтрации подлежащих и окружающих тканей;
- 3) появление на поверхности эрозий сосочковых разрастаний;
- 4) появление эпителия на поверхности эрозий.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

48. Какому предраковому заболеванию красной каймы губ соответствует описание данной клинической картины болезни: слегка западающий участок красной каймы губы неправильной формы, покрытый чешуйками ороговевающего эпителия, при удалении последних наблюдается кровотечение?

- 1) ограниченный гиперкератоз красной каймы губ;
- 2) кожный рог;
- 3) хейлит Манганотти;
- 4) эритроплазия Кейра.

Правильный ответ: 3.

49. Перечислите признаки озлокачествления кожного рога:

- 1) появление уплотнения в основании кожного рога;
- 2) появление изъязвления на вершине кожного рога;
- 3) самопроизвольное отторжение.

Правильный ответ: 1, 2.

50. Какие методы хирургического лечения применяют для лечения предопухолевых заболеваний кожи, подтвержденных морфологически?

- 1) иссечение патологического очага в пределах здоровых тканей;
- 2) электрокоагуляция;
- 3) криодеструкция;
- 4) лазерная коагуляция;
- 5) лазерная шлифовка.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

51. К какой группе предопухолевых заболеваний относится кератоакантома?

- 1) к облигатным предракам красной каймы губ;
- 2) факультативным предракам кожи;
- 3) факультативным предракам красной каймы губ;
- 4) к факультативным предракам слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 3.

52. Какие признаки кератоакантомы характеризуют озлокачествление?

- 1) уплотнение в основании очага;
- 2) кровотечение после удаления роговых масс;
- 3) эпителизация на поверхности очага.

Правильный ответ: 1, 2.

53. В группу риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта чаще входят пациенты с сопутствующей патологией:

- 1) с анацидным гастритом;
- 2) сахарным диабетом;
- 3) атеросклерозом;
- 4) с остеохондрозом.

Правильный ответ: 1, 2.

54. Входят ли пациенты старческого возраста, пользующиеся съемными зубными протезами, в группу риска развития предраковых процессов слизистой оболочки полости рта?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

55. Кто осуществляет диспансеризацию больных, входящих в группу повышенного риска развития предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта?

- 1) челюстно-лицевой хирург поликлиники;
- 2) врач-терапевт-стоматолог;
- 3) зав. лечебным отделением поликлиники;
- 4) врач-онколог.

Правильный ответ: 1, 2.

56. Укажите мероприятия, которые проводят на первом этапе диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями и опухолями челюстно-лицевой локализации в регионе:

- 1) составление календарного плана профилактических осмотров;
- 2) проведение работы с врачами по подготовке профилактических осмотров населения региона;
- 3) проведение профилактических осмотров;
- 4) формирование диспансерных групп.

Правильный ответ: 1, 2.

57. Укажите мероприятия, которые проводят на втором этапе диспансеризации больных с предопухолевыми болезнями и опухолями челюстно-лицевой области:

- 1) лечение предраковых заболеваний;
- 2) проведение профилактических осмотров;
- 3) формирование диспансерных групп;
- 4) проведение работы с врачами по подготовке профилактических осмотров населения.

Правильный ответ: 2, 3.

58. Какую документацию заполняют на больных, поставленных на диспансерный учет по поводу предраковых заболеваний?

- 1) форму № 30 (контрольная карта диспансерного наблюдения);
- 2) форму № 25 (карта амбулаторного больного);
- 3) форма № 248 (впервые выявленное злокачественное образование).

Правильный ответ: 1, 2.

59. Как часто оформляется этапный эпикриз в «Карте амбулаторного больного» пациента находящегося на диспансерном учете по поводу предракового заболевания?

- 1) 2 раза в год;
- 2) 1 раз в год;
- 3) 1 раз в месяц.

Правильный ответ: 2.

60. Укажите мероприятия, которые проводят на 4 этапе диспансеризации больных с предопухолевыми заболеваниями и опухолями челюстно-лицевой локализации:

- 1) лечебно-профилактические мероприятия;
- 2) динамическое наблюдение;
- 3) профилактические осмотры.

Правильный ответ: 1, 2.

Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области и опухолеподобные образования

1. Миксома развивается из ткани:

- 1) хрящевой; 2) жировой;
3) эпителиальной; 4) эмбриональной мезенхимальной.

Правильный ответ: 4.

2. Миксома может встречаться:

- 1) в челюстных костях; 2) вблизи нижнечелюстных суставов;
3) на коже; 4) в верхнечелюстной пазухе.

Правильный ответ: 1, 4.

3. Назовите методы лечения миксом:

- 1) экскохлеация; 2) резекция челюсти;
3) криодеструкции; 4) лучевая терапия.

Правильный ответ: 2.

4. Укажите область наиболее частой локализации хондром:

- 1) альвеолярный отросток нижней челюсти;
2) мышечковый отросток нижней челюсти;
3) фронтальный отдел верхней челюсти в области срединного шва;
4) угол нижней челюсти.

Правильный ответ: 3.

5. Назовите виды хондром:

- 1) экхондрома; 2) энхондрома; 3) периферическая хондрома.

Правильный ответ: 1, 2.

6. Назовите клинические симптомы характерные для энхондром:

- 1) бессимптомное течение; 2) боль;
3) парестезия; 4) асимметрия лица.

Правильный ответ: 2, 4.

7. Микроскопически хондрома состоит:

- 1) из гиалинового хряща; 2) жировой ткани;
3) соединительной ткани; 4) из эпителиальной ткани.

Правильный ответ: 1, 3.

8. Какие опухоли в соответствии с классификацией А. А. Колесова относятся к группе остеогенных?

- 1) одонтома; 2) остеоид-остеома; 3) остеобластокластома;
4) хондрома; 5) амелобластома; 6) остеома.

Правильный ответ: 2, 3, 6.

9. Назовите опухоль, имеющую синонимы: гигантома, гигантоклеточная опухоль, бурая опухоль, внутрикостный эпюлид:

- 1) амелобластома; 2) остеобластокластома; 3) одонтома.

Правильный ответ: 2.

10. Какие типы опухолевых клеток характерны для остеобластокластом?

- 1) хондробласты; 2) остеокласты; 3) звездчатые клетки;
4) остеобласты; 5) остеоциты.

Правильный ответ: 2, 4.

11. На какие формы подразделяются центральные остеобластокластомы по клинико-рентгенологической и морфологической характеристике?

- 1) ячеистая; 2) кистозная;
3) литическая; 4) поликистозная.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

12. Для какой формы остеобластокластомы характерен агрессивный рост?

- 1) для кистозной; 2) ячеистой;
3) литической; 4) для солидной.

Правильный ответ: 3.

13. Какова рентгенологическая картина корней зубов, находящихся в зоне остеобластокластомы?

- 1) корни зубов не изменены;
2) верхушки корней резорбированные;
3) корни дивергированные;
4) конвергенция корней.

Правильный ответ: 2.

14. Для какой формы центральной остеобластокластомы характерен симптом Дюпюитрена или Бернадского?

- 1) для литической; 2) кистозной;
3) ячеистой; 4) для солидной.

Правильный ответ: 2.

15. В чем заключается хирургическое лечение периферической остеобластокластомы?

- 1) экскохлеация;
2) удаление образования с сохранением зубов, находящихся в зоне опухоли;
3) удаление образования с блоковидной резекцией альвеолярного отростка;
4) континуитальная резекция челюсти.

Правильный ответ: 3.

16. Назовите методы лечения неврилеммом:

- 1) хирургическое;
2) склерозирующая терапия;
3) лучевая терапия.

Правильный ответ: 1.

17. Что содержит холестеатома?

- 1) грануляционную ткань;
2) кристаллы холестерина;
3) жировую ткань;
4) элементы распавшегося эпителия.

Правильный ответ: 2, 4.

18. Перечислите одонтогенные опухоли:

- 1) амелобластома;
- 2) одонтома;
- 3) эмалиевые капли;
- 4) одонтогенная фиброма;
- 5) остеобластокластома.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

19. Какие рентгенологические варианты характерны для адамантином челюстей?

- 1) крупноочаговая структура кости;
- 2) группа округлых очагов деструкции с четкими краями, наслаивающихся друг на друга;
- 3) один крупный очаг деструкции, окруженный более мелкими, в одном из которых заключен зубной фолликул или сформированный зуб;
- 4) очаг деструкции костной ткани с нечеткими границами;
- 5) группа округлых очагов деструкции с четкими краями.

Правильный ответ: 2, 3.

20. Назовите клинико-морфологические формы амелобластомы:

- 1) литическая;
- 2) солидная;
- 3) кистозная;
- 4) ячеистая.

Правильный ответ: 2, 3.

21. Назовите оптимальный вариант лечения амелобластом:

- 1) резекция челюсти в пределах здоровых тканей;
- 2) экскохлеация;
- 3) экскохлеация с последующей лучевой терапией;
- 4) резекция челюсти, отступая от видимой границы опухоли на 0,5–1 см.

Правильный ответ: 4.

22. Из каких тканей может состоять твердая одонтома?

- 1) эмаль;
- 2) пульпа;
- 3) периодонт;
- 4) периост;
- 5) губчатая костная ткань;
- 6) дентин.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 6.

23. Укажите наиболее частую локализацию мягких одонтом:

- 1) зона премоляров верхней челюсти;
- 2) угол нижней челюсти;
- 3) ветвь нижней челюсти;
- 4) зона моляров обеих челюстей.

Правильный ответ: 4.

24. Что представляет собой макроскопическая картина мягкой одонтомы?

- 1) мягкая, неоднородная на разрезе ткань белесовато-желтого цвета;
- 2) на разрезе мягкая, гомогенная ткань сероватого цвета с прослойками белых тяжей;
- 3) мягкая, однородная на разрезе ткань желтоватого цвета;
- 4) мягкая, гомогенная на разрезе ткань буроватого цвета.

Правильный ответ: 2.

25. Что характерно для микроскопической картины мягкой одонтомы?

- 1) эпителиальные образования;
- 2) нежная ретикулярная ткань;
- 3) мезенхимоподобная ткань зубного сосочка на ранних стадиях развития зуба.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

26. Назовите клинические симптомы, которые могут встречаться при одонтогенной фиброме:

- 1) клинически ничем не проявляется;
- 2) имеется деформация челюсти;
- 3) боль;
- 4) патологическая подвижность зубов в зоне опухоли.

Правильный ответ: 1, 2.

27. Какие опухоли в соответствии с классификацией А. А. Колесова относятся к группе неостеогенных и неодонтогенных?

- 1) остеобластокластома;
- 2) гемангиома;
- 3) гемангиэндотелиома;
- 4) фиброма;
- 5) неврофиброма;
- 6) миксома;
- 7) хондрома.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 7.

28. Какие опухоли в соответствии с классификацией А. А. Колесова относятся к группе одонтогенных?

- 1) остеома;
- 2) остеобластокластома;
- 3) миксома;
- 4) амелобластома;
- 5) одонтома;
- 6) одонтогенная фиброма.

Правильный ответ: 4, 5, 6.

29. Какие различают морфологические формы остеом?

- 1) компактные;
- 2) мягкие;
- 3) губчатые;
- 4) твердые;
- 5) смешанные.

Правильный ответ: 1, 3.

30. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать остеомы?

- 1) остеобластокластома;
- 2) солидная амелобластома;
- 3) фиброзная дисплазия;
- 4) хронический периостит;
- 5) радикулярная киста.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

31. Укажите отличительный признак остеоид-остеомы:

- 1) ноющая, периодически обостряющаяся боль, особенно в ночное время;
- 2) приступообразная боль;
- 3) бессимптомное течение.

Правильный ответ: 1, 2.

32. Какие методы лечения фибром мягких тканей?

- 1) хирургическое;
- 2) консервативное;
- 3) рентгенотерапия.

Правильный ответ: 1.

33. Что относится к реактивным папилломатозам?

- 1) рецидив после нерадикального удаления папилломы;
- 2) никотиновый папилломатоз нёба;
- 3) травматический папилломатоз слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 3.

34. В результате чего может произойти гиперплазия покровного эпителия?

- 1) механическое воздействие;
- 2) термическое воздействие;
- 3) химическое воздействие;
- 4) микробные факторы;
- 5) лучевое воздействие.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

35. Укажите возможную локализацию папиллом челюстно-лицевой области:

- 1) кожа лица;
- 2) слизистая оболочка полости рта;
- 3) конъюнктура.

Правильный ответ: 1, 2.

36. Кто впервые выделил фиброзную остеодисплазию и описал морфологическую картину болезни?

- 1) Брайцев;
- 2) Лихтенштейн;
- 3) Колесов;
- 4) Каспарова.

Правильный ответ: 1.

37. В каком возрасте чаще проявляется фиброзная остеодисплазия?

- 1) в детском;
- 2) в зрелом;
- 3) старческом;
- 4) независимо от возраста.

Правильный ответ: 1.

38. Возможно ли озлокачествление фиброзной остеодисплазии?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

39. Укажите возможные методы лечения фиброзной остеодисплазии:

- 1) хирургический;
- 2) лучевой;
- 3) химиотерапевтический.

Правильный ответ: 1.

40. Херувизм — это одна из разновидностей диспластического поражения:

- 1) верхней челюсти;
- 2) нижней челюсти в подбородочном отделе;
- 3) тела нижней челюсти;
- 4) угла нижней челюсти.

Правильный ответ: 4.

41. Характерны ли неврологические боли у больных с деформирующим остозом (болезнь Педжетта)?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

42. Фиброзная остеодистрофия (болезнь Энгеля–Реклингаузена) — это эндокринное заболевание в результате гиперфункции:

- 1) паращитовидной железы;
- 2) щитовидной железы;
- 3) гипофиза.

Правильный ответ: 1.

43. В чем заключается патогенетическое лечение болезни Энгеля–Реклингаузена (фиброзной остеодистрофии)?

- 1) в удалении увеличенной щитовидной железы;
- 2) резекции поджелудочной железы;
- 3) в удалении увеличенной паращитовидной железы.

Правильный ответ: 3.

44. Эозинофильная гранулема (болезнь Таратынова) — это:

- 1) гиперплазия ретикулоэндотелиальных элементов костного мозга с обилием эозинофильных лейкоцитов;
- 2) сосудистое образование, состоящее из мелких узелков синусоподобных расширенных и истонченных капиллярных сосудов.

Правильный ответ: 1.

45. Назовите клинико-рентгенологические формы эозинофильной гранулемы:

- 1) очаговая;
- 2) диффузная;
- 3) генерализованная.

Правильный ответ: 1, 2.

46. Какие сосудистые опухоли чаще всего встречаются в челюстно-лицевой области?

- 1) лимфангиома;
- 2) хемодектома;
- 3) гемангиома;
- 4) лимфгемангиома.

Правильный ответ: 3.

47. Укажите гемангиомы по типу кровоснабжения:

- 1) артериальная;
- 2) венозная;
- 3) ангиопапиллома;
- 4) артериовенозная;
- 5) гипертрофическая.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

48. Укажите гемангиомы по типу архитектоники:

- 1) кавернозная;
- 2) рацемозная;
- 3) гломусная;
- 4) капиллярная.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

49. Какие дополнительные методы исследования применяют для диагностики сосудистых опухолей?

- 1) УЗИ;
- 2) КТ;
- 3) радиоизотопное исследование;
- 4) ангио-КТ;
- 5) обзорная рентгенография;
- 6) лабораторное исследование.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

50. Для каких гемангиом характерен положительный симптом пальцевой пробы?

- 1) капиллярная; 2) кавернозная;
3) внутрикостная; 4) ветвистая.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

51. Для какого типа гемангиом характерен симптом пульсации (систолического шума)?

- 1) капиллярная; 2) кавернозная;
3) внутрикостная; 4) ветвистая.

Правильный ответ: 4.

52. Для какого типа гемангиом характерен симптом наполнения?

- 1) капиллярная; 2) кавернозная;
3) внутрикостная; 4) ветвистая.

Правильный ответ: 2.

53. В каких типах гемангиом могут встречаться флеболиты?

- 1) кавернозная; 2) рацемозная;
3) гломусная; 4) капиллярная.

Правильный ответ: 1, 2.

54. Укажите заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику капиллярной гемангиомы:

- 1) невусы; 2) кожный рог; 3) ангиопапилломы; 4) гематома;
5) витилиго; 6) базалиома; 7) рожистое воспаление.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6, 7.

55. Укажите заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику кавернозной гемангиомы:

- 1) гематома;
2) лимфангиома;
3) одонтогенная мигрирующая гранулема;
4) ретенционная киста слюнной железы;
5) киста мягких тканей;
6) хронический лимфаденит.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

56. Укажите заболевания, с которыми проводят дифференциальную диагностику рацемозной гемангиомы:

- 1) кавернозная гемангиома; 2) хеMODEKТОМА;
3) хронический сиалоденит; 4) боковые кисты шеи;
5) аневризма сосудов; 6) гематома;
7) хронический лимфаденит.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6.

57. Какой этиловый спирт используется для проведения склерозирующей терапии гемангиом челюстно-лицевой области?

- 1) 96°; 2) 70°; 3) 40°.

Правильный ответ: 2.

58. Какие аппаратные хирургические методики используются для лечения гемангиом поверхностной локализации?

- 1) криодеструкция;
- 2) вакуум-дарсонвализация;
- 3) электрокоагуляция;
- 4) лазерная коагуляция;
- 5) гипербарическая оксигенация.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

59. Какие аппаратные хирургические методики используются для лечения кавернозных гемангиом?

- 1) криодеструкция;
- 2) вакуум-дарсонвализация;
- 3) электрокоагуляция;
- 4) лазерная внутрисосудистая коагуляция;
- 5) гипербарическая оксигенация;
- 6) эмболизация приводящего сосуда при проведении ангиографии.

Правильный ответ: 4, 6.

60. Укажите метод забора материала на гистологическое исследование при подозрении на опухоль большой слюнной железы:

- 1) эксцизионная биопсия;
- 2) открытая биопсия;
- 3) пункционная биопсия;
- 4) инцизионная биопсия.

Правильный ответ: 3.

61. Укажите методы лучевой диагностики, которые наиболее рационально использовать при подозрении на опухоль слюнной железы:

- 1) сиалография;
- 2) УЗИ;
- 3) обзорная рентгенография;
- 4) МРТ.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

62. Укажите морфологические составляющие плеоморфной аденомы:

- 1) клеточный (мукоидный) компонент;
- 2) миксоидный компонент;
- 3) хондроидный компонент;
- 4) костный компонент.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

63. Назовите варианты хирургических разрезов в области околоушной слюнной железы при удалении опухолей:

- 1) по Ковтуновичу;
- 2) по Редону;
- 3) по Заславскому;
- 4) по Разумовскому.

Правильный ответ: 1, 2.

64. Укажите виды оперативных вмешательств при удалении доброкачественных эпителиальных опухолей околоушных слюнных желез:

- 1) эксхолеация;
- 2) микрохирургическое удаление с частичной резекцией железы;
- 3) паротидэктомия;
- 4) микрохирургическое удаление с частичной резекцией железы и препарированием ветвей лицевого нерва;

Правильный ответ: 2, 4.

Кистозные образования челюстей

1. Укажите причину развития радикулярных кист челюстей:

- 1) причина не известна;
- 2) хронический воспалительный процесс в периапикальных тканях;
- 3) патология прорезывания зуба;
- 4) травматическое поражение периодонта;
- 5) сохранение в челюстных костях эпителиальных островков Астахова–Маляссе.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

2. Укажите клинические признаки радикулярной кисты без явлений воспаления:

- 1) гиперемия слизистой альвеолярного отростка;
- 2) деформация альвеолярного отростка;
- 3) возможная патологическая подвижность причинного зуба;
- 4) симптом Дюпюитрена (пергаментного хруста);
- 5) симптом «пластмассовой игрушки» Ю. Бернадского;
- 6) дивергенция корней зубов;
- 7) конвергенция коронок зубов

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 7.

3. Укажите клинические признаки радикулярной кисты с явлениями воспаления:

1) симптомы деформации альвеолярного отростка, пластмассовой игрушки, пергаментного хруста, гиперемия слизистой над деформацией, флюктуация, боли при пальпации;

2) симптомы: пластмассовой игрушки, деформации альвеолярного отростка, пергаментного хруста, флюктуации.

Правильный ответ: 1.

4. Укажите клинический признак, указывающий на прорастание радикулярной кисты в полость носа:

- 1) симптом Венсана;
- 2) симптом пергаментного хруста;
- 3) валик Гербера;
- 4) конвергенция коронок.

Правильный ответ: 3.

5. Возможно ли развитие радикулярной кисты в периапикальных тканях зуба с нормальным показателем электровозбудимости?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 2.

6. Укажите рентгенологические признаки, характерные для радикулярных кист:

1) деструкция костной ткани с четкими контурами в области верхушки зуба;

2) остеопороз костной ткани с нечеткими контурами в области верхушки зуба;

- 3) выступающий корень причинного зуба в очаг деструкции;

- 4) отсутствие периодонтальной щели в области верхушки причинного зуба;
 - 5) дивергенция корней зубов, входящих в очаг деструкции костной ткани;
 - 6) конвергенция корней зубов, входящих в очаг деструкции костной ткани.
- Правильный ответ:* 1, 3, 4, 5.

7. Укажите методики лучевой диагностики, позволяющие заподозрить прорастание радикулярной кисты в верхнечелюстную пазуху:

- 1) дентальная рентгенограмма;
- 2) рентгенограмма придаточных пазух носа;
- 3) контрастная синусография верхнечелюстной пазухи;
- 4) компьютерная томография верхнечелюстной пазухи;
- 5) ЯМР КТГ придаточных пазух носа;
- 6) панорамная зонография верхнечелюстных пазух.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 6.

8. Укажите наиболее вероятную причину роста радикулярной кисты:

- 1) рост многослойного плоского эпителия оболочки кисты;
- 2) давление кистозной жидкости на стенки кисты;
- 3) неполное пломбирование канала корня причинного зуба.

Правильный ответ: 2, 3.

9. Укажите неodontогенные кисты челюстей:

- 1) радикулярная;
- 2) фолликулярная;
- 3) киста резцового канала;
- 4) кератокиста;
- 5) парадентальная.

Правильный ответ: 3, 4.

10. Укажите дифференциальные признаки неodontогенных кист:

- 1) сохранение электровозбудимости пульпы зуба, рентгенологически расположенного вблизи кистозной полости;
- 2) снижение электровозбудимости пульпы зуба, рентгенологически расположенного в кистозной полости;
- 3) отсутствие периодонтальной щели зуба, рентгенологически расположенного в кистозной полости;
- 4) сохранение периодонтальной щели зуба, рентгенологически расположенного вблизи кистозной полости.

Правильный ответ: 1, 4.

11. Укажите наиболее частую локализацию неodontогенных кист челюстей:

- 1) в области премоляров верхней челюсти;
- 2) между центральными резцами верхней челюсти;
- 3) между боковым резцом и клыком верхней челюсти;
- 4) в области третьего моляра нижней челюсти.

Правильный ответ: 2, 3.

12. С какими опухолями проводится дифференциальная диагностика радикулярной кисты?

- 1) аденома;
- 2) остеобластокластома;

- 3) одонтома;
- 4) внутрикостная фиброма;
- 5) рак челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

13. Фолликулярной кистой называется киста, расположенная:

- 1) у корня молочного зуба;
- 2) у коронки ретинированного зуба;
- 3) у корня ретинированного зуба;
- 4) в области зачатка зуба.

Правильный ответ: 4.

14. Парадентальной кистой называется киста:

- 1) расположенная в области апикального периодонта;
- 2) расположенная в области нижнего третьего моляра;
- 3) прилежащая к маргинальной поверхности периодонта;
- 4) расположенная в области зачатка зуба.

Правильный ответ: 2.

15. В области каких зубов наиболее часто развивается парадентальная киста?

- 1) в области клыков;
- 2) в области резцов;
- 3) в области премоляров;
- 4) в области нижних зубов мудрости.

Правильный ответ: 4.

16. Что является причиной развития парадентальной кисты в области нижнего третьего моляра?

- 1) неправильное эндодонтическое лечение;
- 2) неправильное расположение зуба;
- 3) хронический воспалительный процесс в области зуба;
- 4) отсутствие антагониста.

Правильный ответ: 2, 3.

17. Укажите клинико-рентгенологические признаки носонёбной кисты:

- 1) бессимптомный рост;
- 2) боль в области резцов верхней челюсти;
- 3) патологическое выпячивание в полость носа;
- 4) разрушение периодонтальной щели в области верхушек центральных резцов;
- 5) конвергенция коронок верхних центральных резцов.

Правильный ответ: 1, 3, 5.

18. Какая операция называется Парч-1?

- 1) удаление причинного зуба с выскабливанием оболочки кисты через лунку зуба;

- 2) цистэктомия;
- 3) цистотомия.

Правильный ответ: 3.

19. Укажите операцию, известную как Парч-2:

- 1) удаление причинного зуба с выскабливанием полости кисты через лунку;
- 2) цистэктомия;
- 3) цистотомия.

Правильный ответ: 2.

20. Когда показано удаление причинного зуба при радикулярной кисте?

- 1) при воспалении кисты в области однокорневого зуба;
- 2) когда корень зуба выступает в полость кисты более чем на половину его длины;
- 3) при отсутствии стенки альвеолы причинного зуба;
- 4) при третьей степени патологической подвижности зуба;
- 5) если два или все корни причинного зуба выступают в верхнечелюстную пазуху;
- 6) причинные зубы всегда удаляют.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5.

21. В чем заключается суть цистэктомии кистозных образований челюстей?

- 1) в удалении причинного зуба или резекции верхушки его корня, удалении оболочка кисты, выкраивании лоскута, с помощью которого закрывается послеоперационная рана;
- 2) в вворачивании слизисто-надкостничного лоскута в полость кисты после проведенной операции.

Правильный ответ: 1.

22. Укажите противопоказания к проведению операции цистэктомии:

- 1) киста, расположенная в пределах более чем 2 зубов;
- 2) киста, проросшая в полость носа;
- 3) киста, проросшая в верхнечелюстную пазуху;
- 4) преклонный возраст больного с наличием тяжелой сопутствующей патологии;
- 5) нагноение кисты.

Правильный ответ: 4, 5.

23. Какими свойствами должен обладать пломбировочный материал, используемый для obturации корневых каналов перед операцией резекции верхушки корня?

- 1) не давать усадку;
- 2) не рассасываться в корневом канале;
- 3) отвердевать в течение 5 мин;
- 4) не раздражать периодонт;
- 5) обладать антисептическими свойствами;
- 6) быть рентгеноконтрастным;
- 7) не окрашивать твердые ткани зуба.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7.

24. На каком уровне допустимо проведение резекции верхушки корня при операции цистэктомии?

- 1) на нижнюю треть корня, выступающего в костную полость;
- 2) на половину длины корня;
- 3) на 2/3 длины корня.

Правильный ответ: 1.

25. Какому пломбировочному материалу необходимо отдать предпочтение при пломбировке канала к операции цистэктомии и резекции верхушки корня?

- 1) гуттаперчивый штифт;
- 2) фосфат-цемент;
- 3) пастообразные нетвердеющие материалы;
- 4) стеклоиономерные рентгеноконтрастные цементы химического отверждения;
- 5) стеклоиономерные цементы световой полимеризации.

Правильный ответ: 2, 4.

26. Чем можно заполнить костную полость после проведения цистэктомии?

- 1) лиофилизированной костной тканью;
- 2) кровяным сгустком;
- 3) остеоиндуктивными имплантатами;
- 4) йодоформным тампоном.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

Опухолеподобные и доброкачественные новообразования шеи

1. Срединные и боковые свищи шеи по своему происхождению являются:

- 1) травматическими;
- 2) врожденными;
- 3) воспалительными.

Правильный ответ: 2.

2. Укажите наиболее характерные признаки для врожденной боковой кисты шеи:

- 1) наличие округлого образования в боковой поверхности шеи эластичной консистенции, неспаивающегося с окружающими тканями;
- 2) быстрое, по срокам (в течение недели), появление болезненной припухлости на шее; связь с перенесенным тонзиллитом;
- 3) наличие несмещаемого округлого образования в боковой поверхности шеи плотной консистенции.

Правильный ответ: 1.

3. Боковая киста шеи локализуется:

- 1) в средней трети боковой поверхности шеи кзади от m. sternocleidomastoideus;
- 2) в поднижнечелюстной области;
- 3) в верхней или средней трети шеи по переднему краю m. sternocleidomastoideus.

Правильный ответ: 3.

4. Этиологическим фактором возникновения срединной кисты или свища шеи является:

- 1) незаращение щито-язычного протока;
- 2) незаращение вилочково-глочного протока;
- 3) отшнуровавшиеся участки эктодермы в период ее физиологического погружения.

Правильный ответ: 1.

5. Срединная киста шеи локализуется:

- 1) над щитовидным хрящом;
- 2) по средней линии шеи над и под подъязычной костью;
- 3) в области яремной вырезки.

Правильный ответ: 2.

6. К клинической характеристике срединной кисты шеи относится:

- 1) локализация кисты выше подъязычной кости и сбоку от средней линии;
- 2) локализация кисты ниже подъязычной кости и смещаемость ее вместе со щитовидной железой;
- 3) локализация кисты на уровне подъязычной кости и смещение этих структур одновременно при глотании.

Правильный ответ: 3.

7. Внутреннее отверстие бокового свища шеи открывается:

- 1) в носоглотке;
- 2) щечной области;
- 3) подъязычной области;
- 4) в области нёбной миндалины.

Правильный ответ: 4.

8. Наружное отверстие бокового свища шеи располагается:

- 1) в средней трети боковой поверхности шеи кзади от m. sternocleidomastoideus;
- 2) в поднижнечелюстной области;
- 3) в верхней или средней трети шеи по переднему краю m. sternocleidomastoideus.

Правильный ответ: 3.

9. Внутреннее отверстие срединного свища шеи открывается:

- 1) в носоглотке;
- 2) области слепого отверстия языка;
- 3) области язычной миндалины;
- 4) в области нёбной миндалины.

Правильный ответ: 2.

10. Наружное отверстие срединного свища шеи наиболее часто располагается:

- 1) над щитовидным хрящом;
- 2) между вырезкой щитовидного хряща и подъязычной костью;
- 3) в области яремной вырезки.

Правильный ответ: 2.

11. Для подтверждения диагноза «боковая киста шеи» проводится исследование:

- 1) рентгеноконтрастная цистография;
- 2) цитологическое;
- 3) радиоизотопное;
- 4) рентгенография боковой поверхности шеи;
- 5) ЯМР КТГ.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

12. Для подтверждения диагноза «боковой свищ шеи» проводится исследование:

- 1) рентгеноконтрастная фистулография;
- 2) радиоизотопное;
- 3) зондирование;
- 4) витальное окрашивание свищевого хода;
- 5) рентгенография боковой поверхности шеи;
- 6) ЯМР КТГ.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6.

13. Пунктат врожденной кисты шеи вне воспаления имеет вид:

- 1) гноя;
- 2) крови;
- 3) мутной жидкости;
- 4) прозрачной опалесцирующей жидкости.

Правильный ответ: 3.

14. Основным методом лечения врожденных кист шеи является:

- 1) криотерапия;
- 2) химиотерапия;
- 3) лучевая терапия;
- 4) динамическое наблюдение;
- 5) оперативное вмешательство.

Правильный ответ: 5.

15. При удалении срединного свища шеи необходимо резецировать:

- 1) щитовидный хрящ;
- 2) тело подъязычной кости;
- 3) перстневидный хрящ;
- 4) рожки подъязычной кости.

Правильный ответ: 2.

16. Основным методом лечения врожденных свищей шеи является их:

- 1) перевязка;
- 2) удаление;
- 3) криодеструкция.

Правильный ответ: 2.

17. Боковая киста шеи интимно прилежит:

- 1) к щитовидной артерии;
- 2) лицевой артерии;
- 3) сосудисто-нервному пучку шеи;
- 4) к язычной артерии.

Правильный ответ: 3.

18. Типичным оперативным доступом для удаления боковой кисты шеи является разрез:

- 1) в надключичной области;
- 2) по переднему краю m. trapesius;
- 3) по переднему краю m. sternocleidomastoideus.

Правильный ответ: 3.

19. Укажите возможные осложнения во время удаления боковой кисты шеи:

- 1) перелом подъязычной кости;
- 2) повреждение крупных сосудов шеи;
- 3) травма околоушной или поднижнечелюстной слюнной железы.

Правильный ответ: 2, 3.

20. Укажите возможные осложнения во время удаления срединных свищей шеи:

- 1) послеоперационная стенотическая асфиксия вследствие отека корня языка;
- 2) перфорация трахеи;
- 3) повреждение сосудисто-нервного пучка шеи;
- 4) кровотечение из язычной артерии.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

21. Укажите этиологические факторы развития дермоидных кист:

- 1) эпителий aberrантной вилочковой железы;
- 2) отшнуровавшиеся участки эктодермы в период ее физиологического погружения;
- 3) ретенция содержимого сальной железы.

Правильный ответ: 2.

22. Укажите типичную локализацию дермоидных кист на лице:

- 1) у края грушевидного отверстия носа;
- 2) в надбровной области;
- 3) латерально от средней линии шеи;
- 4) в толще щеки;
- 5) у корня носа;
- 6) по средней линии шеи.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

23. Укажите гистологическое строение внутренней выстилки дермоидных кист лица:

- 1) многослойный плоский неороговевающий эпителий;
- 2) многослойный ороговевающий эпителий с наличием производных дермы: сальных, потовых желез, волосяных луковиц;
- 3) многослойный цилиндрический и многоядерный мерцательный эпителий.

Правильный ответ: 2.

24. Пунктат дермоидной кисты имеет вид:

- 1) кашицеобразной массы сероватого цвета с неприятным запахом;
- 2) опалесцирующей прозрачной жидкости желтого цвета;
- 3) сливкообразной жидкости зеленоватого цвета;
- 4) мутной кровянистой жидкости.

Правильный ответ: 1.

25. Укажите гистологическое строение внутренней выстилки эпидермоидных кист лица и шеи:

- 1) многослойный плоский ороговевающий эпителий;
- 2) многослойный ороговевающий эпителий с наличием производных дермы: сальных, потовых желез, волосяных луковиц;
- 3) многослойный плоский, цилиндрический и многоядерный мерцательный эпителий.

Правильный ответ: 3.

26. Укажите клинический симптом атеромы:

- 1) неспаяна с кожей;
- 2) интимно спаяна с кожей;
- 3) возвышается над поверхностью кожи на ножке.

Правильный ответ: 2.

27. Укажите макроскопическую характеристику пунктата атеромы:

- 1) янтарная жидкость;
- 2) мутная кровянистая жидкость;
- 3) салоподобные массы.

Правильный ответ: 3.

28. Каким образом готовят материал из пунктата эпидермоидных кист для цитологического исследования?

- 1) содержимое пунктата шприца наносят толстым слоем на предметное стекло;
- 2) содержимое пунктата шприца центрифугируют и исследуют жидкостной компонент;
- 3) содержимое пунктата шприца центрифугируют и осадок наносят тонким слоем на предметное стекло.

Правильный ответ: 3.

Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области

1. Какую информацию может дать ультразвуковой метод исследования при опухолях челюстно-лицевой локализации?

- 1) распространенность опухолевого процесса;
- 2) размер;
- 3) локализацию;
- 4) структуру опухолевой ткани;
- 5) четкость или размытость границ опухоли.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

2. Локальная гипертермия злокачественных новообразований при диагностике методом термографии обусловлена:

- 1) более высоким уровнем обменных процессов;
- 2) повышенной интенсивностью деления клеток;
- 3) преобладанием анаэробного гликолиза;
- 4) повышенным кровотоком;
- 5) формированием аномальных сосудов.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

3. Каким ростом обладает базалиома?

- 1) экзофитным;
- 2) местнодеструктивным;
- 3) инфильтративным.

Правильный ответ: 2, 3.

4. Дает ли базалиома метастазы?

1) да; 2) нет.
Правильный ответ: 2.

5. Назовите клинические формы рака кожи:

- 1) инфильтративная; 2) инфильтративно-язвенная;
3) язвенная; 4) поверхностная.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

6. Какие методы используют для диагностики рака кожи?

- 1) цитологический;
2) гистологический;
3) стоматоскопический.

Правильный ответ: 1, 2.

7. Сколько уровней инвазии выделяют при диагностике меланобластом?

- 1) 4; 2) 3; 3) 2; 4) 5.

Правильный ответ: 4.

8. Укажите второй уровень инвазии меланомы:

- 1) опухоль проникает через базальную мембрану, основная ее масса находится в сосочковом слое дермы;
2) опухоль инфильтрирует дерму до сетчатого слоя;
3) инвазия опухолевых клеток в сетчатом слое дермы до уровня потовых желез;
4) опухоль располагается в эпидермисе.

Правильный ответ: 1.

9. Назовите пути метастазирования меланом:

- 1) лимфогенный; 2) гематогенный; 3) внутриорганный.

Правильный ответ: 1, 2.

10. К признакам озлокачествления пигментных невусов относятся:

- 1) быстрый рост невуса;
2) изменение пигментации;
3) стабилизация роста;
4) появление чувства покалывания, зуда, жжения, напряжения в области образования;
5) появление выростов, трещин, кровоточивости;
6) выпадение волос с поверхности невуса;
7) появление новых узелков (сателлитов).

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5, 6, 7.

11. Для диагностики меланом обязательным при клиническом осмотре больного является использование:

- 1) оптического увеличения;
2) хорошего освещения;
3) инфракрасного света.

Правильный ответ: 1.

12. Перечислите клинические формы экзофитного рака нижней губы:

- 1) солидная; 2) папиллярная;
3) бородавчатая (фунгозная); 4) язвенная.

Правильный ответ: 2, 3.

13. Назовите клинические формы рака нижней губы, выделенные в группу эндофитных опухолей:

- 1) язвенная; 2) язвенно-инфильтративная;
3) папиллярная; 4) бородавчатая.

Правильный ответ: 1, 2.

14. Какому злокачественному заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание клинической картины: опухоль поражает всю губу, распространяется на ткани подбородка и прорастает в кость нижней челюсти. Определяются несмещаемые регионарные и отдаленные метастазы?

- 1) T4, N3, M1; 2) T1, N0, M0;
3) T2, N1, M1; 4) T3, N2, M1.

Правильный ответ: 1.

15. Перечислите регионарные лимфатические узлы, в которые метастазирует рак нижней губы:

- 1) подбородочные;
2) поднижнечелюстные;
3) зачелюстные;
4) лицевые;
5) околоушные;
6) глубокие верхние шейные.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 6.

16. Перечислите регионарные лимфатические узлы, в которые метастазирует рак верхней губы:

- 1) поднижнечелюстные; 2) глубокие яремные;
3) предушные; 4) щечные.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

17. Неороговевающий плоскоклеточный рак губ относят по степени дифференцировки клеток:

- 1) к высокодифференцированным;
2) к низкодифференцированным.

Правильный ответ: 2.

18. Какая область нижней губы наиболее часто поражается раковым процессом?

- 1) средняя линия губы;
2) угол рта;
3) область, расположенная между средней линией губы и углом рта.

Правильный ответ: 3.

19. Укажите этиологические факторы, способствующие возникновению рака красной каймы нижней губы:

- 1) солнечная радиация;
- 2) воздействие высоких и низких температур;
- 3) хроническая механическая травма;
- 4) предраковые заболевания губ;
- 5) герпетические поражения губ;
- 6) курение.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 6.

20. Какому органическому заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание данной клинической картины: опухоль до 1 см в диаметре, ограничена слизистой оболочкой и подслизистым слоем? Регионарные и отдаленные метастазы не определяются:

- 1) T1N1M0;
- 2) T1N0M0;
- 3) T2N1M0;
- 4) T3N0M0.

Правильный ответ: 2.

21. Какому органическому заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание данной клинической картины: опухоль находится в пределах губы: больше 2 см, но не более 4 см в диаметре, за среднюю линию не переходит. Пальпируются плотные смещаемые поднижнечелюстные лимфатические узлы с обеих сторон до 3 см в диаметре. Отдаленные метастазы не определяются.

- 1) T1N1M0;
- 2) T2N2M0;
- 3) T2N1M0;
- 4) T3N0M0.

Правильный ответ: 2.

22. Какому органическому заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание данной клинической картины: опухоль более 2 см в диаметре, переходит за среднюю линию губы с инфильтрацией переходной складки и кожи. В поднижнечелюстной области на стороне поражения определяются регионарные метастазы. Отдаленные метастазы не определяются.

- 1) T2N1M0;
- 2) T2N2M0;
- 3) T3N1M0;
- 4) T3N0M0.

Правильный ответ: 3.

23. Какому органическому заболеванию нижней губы по классификации TNM соответствует описание данной клинической картины: опухоль нижней губы распространяется на преддверие полости рта, альвеолярный отросток, кожу, пальпируется конгломерат несмещаемых лимфоузлов на стороне поражения. Отдаленные метастазы не определяются.

- 1) T3N2M0;
- 2) T2N2M0;
- 3) T4N3Mx;
- 4) T3N2Mx.

Правильный ответ: 3.

24. К признакам озлокачествления предраковых состояний слизистой оболочки полости рта относятся:

- 1) увеличение размеров патологического очага, несмотря на проводимое лечение;
- 2) появление уплотнения вокруг или в основании патологического очага;
- 3) уменьшение размеров патологического очага с формированием рубца ;
- 4) появление плотных, увеличенных, безболезненных регионарных лимфатических узлов;

Правильный ответ: 1, 2, 4.

25. При каком нарушении процесса ороговения клетки эпителия теряют способность вырабатывать кератогиалин?

- 1) акантоз;
- 2) паракератоз;
- 3) кератоз.

Правильный ответ: 2.

26. Какой вид биопсии необходимо применить для морфологического исследования инфильтративно-язвенной формы рака языка?

- 1) инцизионную;
- 2) трепанационную;
- 3) эксцизионную.

Правильный ответ: 1.

27. Назовите периоды развития рака органов полости рта:

- 1) начальный;
- 2) развитой;
- 3) период запущенности;
- 4) период регресса.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

28. Перечислите анатомические формы рака слизистой оболочки полости рта в начальный период.

- 1) язвенная;
- 2) инфильтративная;
- 3) узловатая;
- 4) папиллярная.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

29. Какое из нижеперечисленных эпителиальных злокачественных новообразований слизистой оболочки полости рта не разрушает базальную мембрану?

- 1) ороговевающий плоскоклеточный рак;
- 2) неороговевающий плоскоклеточный рак;
- 3) интраэпителиальная карцинома;
- 4) низкодифференцированный рак.

Правильный ответ: 3.

30. Назовите зоны метастазирования при раке срединно-боковой поверхности и кончика языка:

- 1) поднижнечелюстные;
- 2) глубокие шейные лимфатические узлы;
- 3) подподбородочные;
- 4) зачелюстные.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

31. Назовите зоны метастазирования рака корня языка:

- 1) поднижнечелюстные;

- 2) верхние, глубокие шейные лимфатические узлы;
- 3) заглочные;
- 4) подподбородочные.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

32. Перечислите клинические формы рака языка:

- 1) язвенная;
- 2) фунгозная;
- 3) инфильтративная;
- 4) инфильтративно-язвенная.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

33. При какой форме плоскоклеточного рака микроскопически обнаруживаются «раковые жемчужины Эпштейна»?

- 1) ороговевающий;
- 2) неороговевающий;
- 3) низкодифференцированный.

Правильный ответ: 1.

34. Какому органическому заболеванию языка по Международной классификации TNM соответствует описание клинической картины: раковая язва диаметром до 2 см, не выходящая за среднюю линию языка и не распространяющаяся на другие анатомические области? Метастазы в регионарных лимфатических узлах и отдаленных органах не определяются:

- 1) T1N0M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T1N2M0;
- 4) T1N0MX.

Правильный ответ: 1.

35. Какому органическому заболеванию языка по Международной классификации TNM соответствует описание клинической картины: язва на боковой поверхности языка более 3 см в диаметре, переходящая через среднюю линию. Имеется нарушение подвижности языка. Определяются односторонние несмещаемые метастазы на стороне поражения. Метастазы в отдаленных органах не определяются:

- 1) T1N0M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T1N2M0;
- 4) T3N2bM0.

Правильный ответ: 4.

36. Какому органическому заболеванию языка по Международной классификации TNM соответствует описание клинической картины: язва слизистой в подъязычной области в наибольшем измерении 2 см с инфильтрацией подслизистого слоя, отсутствуют ограничения движения языка. Определяется увеличенный плотный смещаемый лимфатический узел в верхнебоковом отделе шеи на стороне поражения, менее 3 см в диаметре. Отдаленные метастазы не определяются.

- 1) T1N0M0;
- 2) T2N1M0;
- 3) T1N2M0;
- 4) T3N2bM0.

Правильный ответ: 2.

37. При раке каких органов может быть метастазирование в нижнюю челюсть?

- 1) при раке молочной железы;
- 2) раке легких;
- 3) раке почек;
- 4) раке желудка;
- 5) при раке кожи.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

38. Какой из методов исследования для диагностики злокачественного поражения костей лицевого скелета основан на применении низкоэнергетического излучения?

- 1) зонография;
- 2) ортопатомография;
- 3) томография;
- 4) ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография;
- 5) интраселективная каротидная ангиография;
- 6) компьютерная томография.

Правильный ответ: 4.

39. Укажите клетки, из которых развивается остеогенная саркома:

- 1) остеобласты;
- 2) остеокласты;
- 3) клетки-предшественники остеобластов;
- 4) клетки-предшественники остеокластов.

Правильный ответ: 3.

40. Из каких тканей челюстных костей развивается саркома нижней челюсти?

- 1) из надкостницы;
- 2) кортикального слоя;
- 3) оболочек внутрикостных сосудов;
- 4) элементов губчатого вещества костного мозга;
- 5) из одонтогенных структур.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

41. Назовите рентгенологический признак патогномичный исключительно для остеосарком:

- 1) периостальные изменения в виде козырьков или спикул;
- 2) очаг просветления с четкими контурами;
- 3) деструкция костной ткани без признаков периостального костеобразования.

Правильный ответ: 1.

42. Перечислите методы лучевой диагностики опухолей верхнечелюстной пазухи:

- 1) обзорная рентгенография придаточных пазух носа;
- 2) контрастная синусография;
- 3) ЯМР КТ;
- 4) УЗИ;
- 5) панорамная зонография;
- 6) радионуклидное исследование.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 5, 6.

43. Опишите кратко рентгенограмму злокачественной опухоли челюстных костей:

- 1) очаг разряжения костной ткани с четкими контурами;
- 2) очаг разряжения костной ткани, имеющий крупнопетлистое строение костной ткани и нечеткие границы;
- 3) очаг разряжения костной ткани без четких границ;
- 4) очаг остеосклероза с нечеткими контурами.

Правильный ответ: 3.

44. На какие квадранты подразделяется верхнечелюстная пазуха при обследовании больных раком верхней челюсти по Онгрелю?

- 1) верхне-задне-внутренний;
- 2) нижне-передне-наружный;
- 3) нижне-передне-внутренний;
- 4) верхне-задне-наружный;
- 5) верхне-передне-наружный.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

45. При локализации в каком квадранте злокачественного новообразования верхнечелюстной пазухи характерны первые клинические симптомы: боли и расшатанность зубов, кровоточивость десен, деформация альвеолярных отростков?

- 1) нижне-передне-наружном;
- 2) нижне-передне-внутреннем;
- 3) верхне-задне-наружном;
- 4) верхне-задне-внутреннем.

Правильный ответ: 2.

46. Назовите ранние признаки развития саркомы челюстей:

- 1) расшатанность зубов;
- 2) кровоточивость десен;
- 3) пигментация зубов;
- 4) самопроизвольное удаление зубов.

Правильный ответ: 1.

47. Укажите характер деструкции костной ткани, характерный для остеогенной саркомы:

- 1) остеолитический;
- 2) остеобластический;
- 3) смешанный;
- 4) очаговый.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

48. Какой вид биопсии необходимо выполнить при подозрении на первичную злокачественную опухоль челюсти?

- 1) эксцизионную;
- 2) пункционную;
- 3) трепанобиопсию;
- 4) инцизионную.

Правильный ответ: 2, 3.

49. Какой стадии по Международной классификации TNM соответствует следующее описание злокачественного поражения верхней челюсти: опухоль поражает 3 стенки верхнечелюстной пазухи, вызывает их очаговую деструкцию, но не выходит за пределы полости? Имеются односторонние регионарные метастазы в лимфатических узлах, метастазы в отдаленных органах не определяются:

- 1) T2N0M0;
- 2) T3N1M0;
- 3) T1N0M0;
- 4) T4N1M0.

Правильный ответ: 2.

50. Какой стадии по Международной классификации TNM соответствует следующее описание рака языка: опухоль до 2 см в диаметре, прораста-

ет в подлежащие ткани на глубину до 1 см? Имеются односторонние смещаемые регионарные метастазы на стороне поражения. Метастазов отдаленных в органах нет:

- 1) T1N1M0; 2) T2N0M0; 3) T2N1M0; 4) T3N1M0.

Правильный ответ: 1.

51. Назовите клетки, характерные для мукоэпидермоидных опухолей:

- 1) эпидермоидные кубовидные;
2) цилиндрические;
3) слизееобразующие бокаловидные;
4) эпителиальные.

Правильный ответ: 1, 3.

52. Назовите клетки, характерные для ацинозноклеточной опухоли:

- 1) базофильные; 2) цилиндрические; 3) эпителиальные.

Правильный ответ: 1.

53. Как выглядит макроскопически на разрезе мукоэпидермоидная опухоль?

- 1) однородная, напоминает вареное мясо, серо-белого цвета;
2) определяются кисты разного размера и полости распада, заполненные вязким веществом бело-серого цвета;
3) плотная, неоднородная, покрытая сальным налетом;
4) плотная, бурого цвета.

Правильный ответ: 2.

54. Имеет ли цилиндрома капсулу?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 1.

55. Укажите основные клинические признаки цилиндромы:

- 1) мягкой консистенции; мало смещаемая при пальпации; почти всегда спаяна с окружающими тканями;
2) плотной консистенции; мало смещаемая при пальпации; почти всегда спаяна с окружающими тканями; быстро развивается паралич мимической мускулатуры;
3) плотной консистенции; хорошо смещаемая при пальпации; быстро развивается паралич мимической мускулатуры.

Правильный ответ: 2.

56. Укажите первые клинические признаки малигнизации опухолей слюнных желез:

- 1) прогрессирующий рост опухоли; 2) появление болей;
3) парез мимической мускулатуры; 4) распад опухоли.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

57. Какой вид метастазирования наиболее характерен для цилиндром?

- 1) гематогенный; 2) лимфогенный; 3) внутриорганный.

Правильный ответ: 1.

58. В какие отдаленные органы чаще метастазируют цилиндromы слюнных желез?

- 1) в легкие;
- 2) кости;
- 3) печень;
- 4) в молочные железы.

Правильный ответ: 1, 2.

59. Злокачественные опухоли каких органов могут метастазировать в околоушную слюнную железу?

- 1) желудка;
- 2) кишечника;
- 3) легких;
- 4) костей.

Правильный ответ: 3.

60. Какой вид биопсии необходимо применить с целью верификации опухоли слюнной железы?

- 1) инцизионный;
- 2) эксцизионный;
- 3) трепанационный;
- 4) пункционный.

Правильный ответ: 4.

61. Назовите характерный признак опухолей, при наличии опухоли, локализуемой в глоточном отростке околоушной слюнной железы:

- 1) деформация стенки глотки за счет выбухания опухоли;
- 2) боли при глотании;
- 3) затруднение в открывании рта.

Правильный ответ: 1.

62. Какие методы диагностики злокачественных опухолей слюнных желез вы знаете?

- 1) цитологическое исследование;
- 2) гистологическое исследование;
- 3) контрастная сиалогрaфия;
- 4) ядерно-магнитной резонансной компьютерной томографии;
- 5) изучение белкового обмена и коагуляционных свойств крови.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

63. Какие изменения в биохимических анализах крови могут наблюдаться при злокачественных опухолях слюнных желез?

- 1) гипоальбуминемия;
- 2) увеличение G-глобулина;
- 3) выраженная гиперкоагуляция;
- 4) увеличение холестерина.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

64. Какой из методов лечения ацинозноклеточной опухоли предпочтителен?

- 1) хирургический;
- 2) лучевой;
- 3) комбинированный.

Правильный ответ: 3.

65. Какой из методов лечения цилиндром предпочтителен?

- 1) хирургический;
- 2) лучевой;
- 3) комбинированный;
- 4) сочетанный.

Правильный ответ: 3.

66. Назовите варианты хирургических разрезов в области околоушной слюнной железы при удалении опухолей:

- 1) по Ковтуновичу;
- 2) по Редону;
- 3) по Заславскому;
- 4) по Разумовскому.

Правильный ответ: 1, 2.

67. Перечислите осложнения, которые могут возникнуть в отдаленном послеоперационном периоде после операции на околоушной слюнной железе:

- 1) паралич мимических мышц лица;
- 2) образование слюнного свища;
- 3) парез мимических мышц лица;
- 4) околосочный гипергидроз.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

68. Какие методы хирургического лечения применяют при злокачественных опухолях околоушной слюнной железы?

- 1) субтотальная резекция;
- 2) паротидэктомия;
- 3) эксхондрекция.

Правильный ответ: 1, 2.

69. Какие из перечисленных методов применяют для лечения базалиом?

- 1) лучевой;
- 2) хирургический;
- 3) комбинированный;
- 4) лекарственный.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

70. Какие ткани подлежат удалению при хирургическом лечении базалиом?

- 1) кожа;
- 2) кожа, подкожно-жировая клетчатка;
- 3) кожа, подкожно-жировая клетчатка, регионарные лимфатические узлы.

Правильный ответ: 2.

71. Какой метод лучевой терапии проводится при раке нижней губы T2N1M0?

- 1) короткофокусная терапия;
- 2) дистанционная гамма-терапия;
- 3) брахитерапия.

Правильный ответ: 2.

72. Какие ткани удаляют при раке языка T3N0M0?

1) проводят субтотальную резекцию языка, дна полости рта, сегмента нижней челюсти;

- 2) проводят тотальную резекцию языка, сегмента нижней челюсти;
- 3) проводят субтотальную резекцию языка, дна полости рта;
- 4) проводят субтотальную резекцию языка.

Правильный ответ: 3.

73. Какие этапы в лечении рака органов полости рта вы знаете?

- 1) лечение первичного очага;
- 2) лечение регионарных метастазов;
- 3) санация полости рта;
- 4) лечение слизистой оболочки полости рта.

Правильный ответ: 1, 2.

74. Какое лечение применяют при раке языка III стадии?

- 1) хирургическое;
- 2) комбинированное;
- 3) комплексное.

Правильный ответ: 2, 3.

75. Укажите основной метод лечения сарком Юинга:

- 1) лучевой;
- 2) хирургический;
- 3) комбинированный.

Правильный ответ: 3.

76. Укажите максимальную суммарную дозу лучевой нагрузки при лечении эпителиальных злокачественных опухолей челюстей:

- 1) 70–80 Гр;
- 2) 40–50 Гр;
- 3) 90 Гр.

Правильный ответ: 1.

77. Максимальная суммарная доза предоперационной лучевой нагрузки при лечении опухолей верхней челюсти составляет:

- 1) 40–50 Гр;
- 2) 20–30 Гр;
- 3) 70–80 Гр.

Правильный ответ: 1.

78. Первыми клиническими признаками злокачественных опухолей, возникших в верхне-задне-внутреннем сегменте верхнечелюстной пазухи, могут быть:

- 1) слезотечение на стороне поражения;
- 2) затрудненное носовое дыхание;
- 3) головные боли;
- 4) появление кровянисто-гнойных выделений из соответствующей половины носа;
- 5) боли в зубах верхней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

79. Какие методы лучевой терапии используют при лечении I стадии рака кожи (T1N0M0)?

- 1) короткофокусная рентгентерапия;
- 2) телегамматерапия;
- 3) дистанционная.

Правильный ответ: 1.

80. Какими методами можно проводить лечение рака губы T1N0M0?

- 1) комбинированным;
- 2) комплексным;
- 3) лучевым;
- 4) медикаментозным (химиотерапевтическим).

Правильный ответ: 1, 3.

81. Какой метод лечения можно применить для излечения первичного злокачественного очага в области губы (T1N0M0)?

- 1) лучевой;
- 2) хирургический;
- 3) химиотерапевтический.

Правильный ответ: 1, 2.

82. После хирургического удаления базалиом оставшийся первичный дефект можно закрыть используя:

- 1) пластику местными тканями;
- 2) свободную кожную пластику;
- 3) пластику плоским эпителизированным кожным лоскутом;
- 4) пластику Филатовским стеблем;
- 5) пластику лоскутом на сосудистой ножке.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

83. Какие виды трансплантатов используются для возмещения дефектов нижней челюсти после хирургического удаления злокачественной опухоли?

- 1) лиофилизированный аллогенный ортотопический трансплантат;
- 2) первичная костная пластика не проводится;
- 3) ауто трансплантат из гребешка подвздошной кости;
- 4) реберный ауто трансплантат;
- 5) пекторальный лоскут на сосудистой ножке с реберным трансплантатом.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5.

84. В какие средние сроки после проведения предоперационной лучевой терапии проводят удаление первичного очага при опухолях верхней челюсти?

- 1) спустя 2–3 недели;
- 2) на следующий день;
- 3) через 6 мес.

Правильный ответ: 1.

85. Назовите суммарную дозу лучевой нагрузки, применяемую для лечения злокачественной опухоли губ лучевым методом при размере первичного очага соответствующего значению T1.

- 1) 30 Гр;
- 2) 40 Гр;
- 3) 60 Гр.

Правильный ответ: 3.

86. При каких стадиях рака кожи лица (по классификации TNM) лучевая терапия является основным методом лечения?

- 1) T1, N0, M0;
- 2) T2, N0, M0;
- 3) T2, N1, M0;
- 4) T3, N1, M1.

Правильный ответ: 1.

87. При каких опухолях челюстно-лицевой области используется регионарная химиотерапия?

- 1) при раке дна полости рта;
- 2) раке губы;
- 3) раке языка;
- 4) при раке верхней челюсти.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

88. Перечислите виды химиотерапевтического лечения злокачественных опухолей:

- 1) сочетанная химиотерапия;
- 2) монокимиотерапия;
- 3) полихимиотерапия;
- 4) адьювантная химиотерапия.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

89. Укажите способы проведения химиотерапии:

- 1) пероральный;
- 2) внутривенный;
- 3) подкожный;
- 4) внутриартериальный регионарный;
- 5) эндолимфатический.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

90. Какие операции проводятся при наличии смещаемых метастазов на шее при первичном очаге в области головы и шеи?

- 1) фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи;
- 2) операция Крайля;
- 3) энуклеация.

Правильный ответ: 1, 2.

91. Какая операция проводится при ограниченно смещаемых метастазах в лимфатических узлах шеи?

- 1) фасциально-фулярное иссечение клетчатки шеи;
- 2) операция Джорджа–Крайля;
- 3) энуклеация.

Правильный ответ: 2.

Аномалии развития и деформации лица и челюстей.

Основы пластической, восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области

1. На каких анатомических отделах нижнечелюстной кости проводятся реконструктивные операции по устранению нижней прогнатии?

- 1) на альвеолярном отростке;
- 2) на горизонтальном сегменте тела;
- 3) на венечном отростке ветви челюсти;
- 4) в ангулярном отделе;
- 5) в области ветви челюсти;
- 6) в области основания мышечного отростка.

Правильный ответ: 2, 4, 5.

2. Какой вид аномалий развития является показанием для проведения пациентам операции по Робинзону–Гиндзу–Айллингу?

- 1) прогнатия;
- 2) прогения;
- 3) верхняя ретрогнатия;
- 4) нижняя ретрогнатия.

Правильный ответ: 2.

3. В каком анатомическом отделе нижней челюсти проводится остеотомный распил при одномоментной двухсторонней косой скользящей остеотомии по Робинзону–Гиндзу–Айллингу?

- 1) горизонтальный сегмент тела нижней челюсти;
- 2) фронтальный отдел нижней челюсти;
- 3) ветвь челюсти;
- 4) основание мышелкового отростка.

Правильный ответ: 3.

4. Какой вид врожденной деформации является показанием для проведения операции ступенчатой остеотомии тела нижней челюсти по Рауэру?

- 1) прогнатия;
- 2) прогения;
- 3) верхняя ретрогнатия;
- 4) нижняя ретрогнатия.

Правильный ответ: 2.

5. Назовите сроки иммобилизации нижней челюсти с помощью назубных шин при операции по Робинзону–Гиндзу–Айллингу:

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

Правильный ответ: 3.

6. Какие показания существуют для проведения операции компактной решетчатой остеотомии по А. Титовой?

- 1) при ортодонтическом перемещении дистопированных зубов;
- 2) при выравнивании окклюзионной плоскости при феномене Попова–Годона при комбинированном ортопедо-хирургическом лечении;
- 3) для обнажения коронки ретенированного зуба;
- 4) для расширения зубной дуги верхней челюсти.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

7. В чем заключается суть оперативных вмешательств при нижней ретрогнатии?

- 1) остеотомный распил с разрывом сосудисто-нервного пучка;
- 2) ступенеобразная остеотомия в области тела нижней челюсти с сохранением сосудистого нервного пучка и выдвиганием нижней челюсти кпереди;
- 3) остеотомия ветви нижней челюсти, выдвигание нижней челюсти кпереди, костная пластика дефекта;
- 4) остеотомия основания мышелкового отростка.

Правильный ответ: 2, 3.

8. Какие объективные методы исследования необходимо проводить пациентам при оперативном вмешательстве по поводу деформаций костей лицевого скелета?

- 1) антропометрические;
- 2) телерентгенографические;
- 3) электромиографические;
- 4) фотограммы лица в разных проекциях;
- 5) изготовление гипсовых моделей челюстей и лица;

- 6) ультразвуковое исследование челюстей;
- 7) радиоизотопное исследование челюстей.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 5.

9. Укажите возможные виды костных трансплантатов, применяемых в восстановительной челюстно-лицевой хирургии:

- 1) аллотрансплантаты;
- 2) аутоотрансплантаты;
- 3) ксенотрансплантаты;
- 4) имплантаты.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

10. Перечислите показания для применения костных трансплантатов при возмещении посттравматического дефекта нижнечелюстной кости:

- 1) диастаз между костными фрагментами до 1,5 см;
- 2) диастаз между костными фрагментами более 1,5 см.

Правильный ответ: 2.

11. Перечислите показания для применения ортотопических костных аллотрансплантатов:

- 1) диастаз между костными отломками более 1,5 см в пределах зубного ряда;
- 2) удаление опухолей с резекцией ветви нижней челюсти с экзартикуляцией;
- 3) удаление опухолей угла нижней челюсти с нарушением непрерывности кости.

Правильный ответ: 2, 3.

12. Каким видам костных трансплантатов отдадите предпочтение при замещении дефекта нижней челюсти после половинной резекции ее с экзартикуляцией?

- 1) аутоотрансплантату из гребня подвздошной кости;
- 2) аллогенному ортотопическому трансплантату;
- 3) аллогенному трансплантату из гребня подвздошной кости;
- 4) аутоотрансплантату из ребра.

Правильный ответ: 2.

13. Какие оптимальные условия необходимо создать в ране для обеспечения приживания костного трансплантата?

- 1) восстановить иннервацию;
- 2) создать достаточный окружающий тканевой массив из мягких тканей;
- 3) обеспечить стабильную жесткую фиксацию фрагментов кости и трансплантата;
- 4) разобщение полости рта с ложем трансплантата.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

14. Какие методы остеосинтеза обеспечивают стабильность жесткостной фиксации костного трансплантата с фрагментами нижней челюсти?

- 1) костный провололочный шов;
- 2) остеосинтез спицей Киршнера;
- 3) остеосинтез КДА Чудакова;
- 4) остеосинтез системой мини-пластин.

Правильный ответ: 3, 4.

15. Укажите возможные причины развития верхней ретрогнатии:

- 1) врожденного характера;
- 2) травмы средней зоны лица;
- 3) оперативные вмешательства на нёбе по поводу врожденных расщелин нёба;
- 4) оперативные вмешательства на верхней губе по поводу несращения верхней губы;
- 5) травмы нижней трети лица.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

16. Перечислите основные способы устранения верхней ретрогнатии:

- 1) горизонтальная остеотомия верхней челюсти со смещением ее кпереди;
- 2) остеотомия фронтального отдела альвеолярного отростка верхней челюсти;
- 3) удаление первых премоляров с обеих сторон;
- 4) фрагментарная остеотомия верхней челюсти в виде отдельных блоков с компактостеотомией и ортодонтическим лечением;
- 5) горизонтальная остеотомия верхней челюсти со смещением кзади;
- 6) пирамидальная остеотомия в области назомаксиллярного комплекса;
- 7) компактостеотомия с ортодонтическим лечением.

Правильный ответ: 1, 2, 4, 6, 7.

17. Укажите способы фиксации верхней челюсти после остеотомии:

- 1) костный шов;
- 2) иодоформный тампон;
- 3) мини-пластины;
- 4) только бимаксиллярное шинирование.

Правильный ответ: 1, 3.

18. Какие специальные методы исследования могут использоваться при планировании остеотомии верхней челюсти?

- 1) обзорная рентгенограмма;
- 2) ЭОД зубов;
- 3) маска лица;
- 4) телерентгенография;
- 5) УЗИ верхней челюсти;
- 6) РКТ;
- 7) фотограммы;

Правильный ответ: 1, 3, 4, 6, 7.

19. Как выполняется компактостеотомия на верхней челюсти?

- 1) проводится горизонтальный распил в области середины корней зубов верхней челюсти;
- 2) проводится горизонтальный распил выше верхушек корней зубов верхней челюсти;
- 3) проводятся вертикальные распилы в межзубных промежутках;
- 4) проводятся вертикальные распилы по контуру корней зубов;
- 5) наносятся трепанационные отверстия в шахматном порядке на нёбной поверхности альвеолярного отростка.

Правильный ответ: 2, 3, 5.

20. Что может происходить с костными трансплантатами в тканях пациента?

- 1) рассасывается с образованием костной ткани реципиента;
- 2) вокруг него образуется соединительно-тканная капсула без его рассасывания;
- 3) происходит его полное рассасывание или отторжение;
- 4) остается без изменений.

Правильный ответ: 1, 3.

21. Назовите показания для применения трансплантатов из хрящей:

- 1) ринопластика;
- 2) отоластика;
- 3) пластическое замещение дефектов нижней челюсти;
- 4) пластическое замещение дефектов верхней челюсти;
- 5) как разновидность контурной пластики.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

22. Назовите основные разделы пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области и шеи в зависимости от их цели:

- 1) имплантация;
- 2) реконструктивная;
- 3) оральная;
- 4) эстетическая;
- 5) восстановительная.

Правильный ответ: 2, 4, 5.

23. К какому разделу пластической восстановительной хирургии относится устранение деформаций лица и шеи, воссоздание частично или полностью утраченных органов или тканей челюстно-лицевой области?

- 1) травматология;
- 2) реконструктивная;
- 3) эстетическая;
- 4) восстановительная;
- 5) онкология.

Правильный ответ: 4.

24. К какому разделу пластической хирургии относится «перестройка» органов и функциональных систем челюстно-лицевой области, созданных природой?

- 1) восстановительная;
- 2) реконструктивная;
- 3) эстетическая;
- 4) травматология;
- 5) камбустиология.

Правильный ответ: 2.

25. Кто из отечественных хирургов XIX в. явился автором труда «Операции на поверхности человеческого тела» по пластической хирургии?

- 1) А. А. Лимберг;
- 2) В. П. Филатов;
- 3) Ю. К. Шимановский;
- 4) Н. М. Александров;
- 5) Ю. И. Бернадский.

Правильный ответ: 3.

26. Кто из отечественных хирургов в XX в. впервые предложил использование «стебельчатого лоскута»?

- 1) М. В. Мухин;
- 2) Л. Р. Балон;
- 3) Ф. М. Хитров;
- 4) В. П. Филатов;
- 5) Ю. И. Бернадский.

Правильный ответ: 4.

27. Кто из отечественных хирургов в XX в. являлся автором монографий «Математические основы местной пластики на поверхности человеческого тела» и «Планирование местнопластических операций хирургии»?

- 1) А. А. Лимберг;
- 2) Ю. К. Шимановский;
- 3) М. В. Мухин;
- 4) В. П. Филатов;
- 5) А. Э. Рауэр.

Правильный ответ: 1.

28. Кто из отечественных хирургов предложил пластику встречными треугольными лоскутами?

- 1) Ю. К. Шимановский;
- 2) Ю. И. Бернадский;
- 3) А. А. Лимберг;
- 4) Н. М. Александров.

Правильный ответ: 3.

29. Назовите основные показания к проведению пластических восстановительных и реконструктивных операций в челюстно-лицевой области:

- 1) наличие воспалительных заболеваний лица и шеи;
- 2) наличие переломов костей лицевого скелета;
- 3) наличие опухоли челюстно-лицевой области;
- 4) наличие дефектов и деформаций лица и шеи.

Правильный ответ: 4.

30. Какие из нижеперечисленных состояний относятся к местным противопоказаниям для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области?

- 1) пиодермия, дерматит лица;
- 2) травматический неврит подглазничного нерва;
- 3) фурункул верхней губы;
- 4) острый лимфаденит регионарного лимфоузла;
- 5) артроз височно-нижнечелюстного сустава;
- 6) хронический атрофический ринит.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

31. Какие из нижеперечисленных состояний являются общими противопоказаниями для проведения пластических операций в челюстно-лицевой области?

- 1) ВИЧ-инфекция;
- 2) гипертоническая болезнь I степени;
- 3) обострение хронического гломерулонефрита;
- 4) хронический гастрит;
- 5) лейкоз;
- 6) беременность до 12 недель;
- 7) открытая форма туберкулеза легких.

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6, 7.

32. Что из нижеперечисленного относится к биологическим принципам пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области?

- 1) способность поврежденных тканей к регенерации;
- 2) индифферентность используемых аллопластических материалов;
- 3) послойное сшивание тканей;
- 4) адекватное анестезиологическое пособие;
- 5) стойкость достигнутых функциональных результатов;
- 6) щадящая препаровка тканей;
- 7) биологическая совместимость живых тканей.

Правильный ответ: 1, 2, 5, 7.

33. К каким принципам пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи относится: определение сроков проведения и способа оперативного вмешательства?

- 1) к биологическим;
- 2) принципам планирования;
- 3) оперативно-техническим;
- 4) к диагностическим.

Правильный ответ: 2.

34. На какие основные группы подразделяются современные виды оперативных вмешательств в челюстно-лицевой пластической и восстановительной хирургии, в зависимости от особенностей оперативно-технических приемов?

- 1) пластика встречными треугольными лоскутами;
- 2) пластика лоскутами на питающих ножках;
- 3) ринопластика;
- 4) свободная пересадка кожи;
- 5) свободная пересадка тканей;
- 6) местно-пластические операции;
- 7) костная пластика.

Правильный ответ: 2, 5, 6.

35. Как в пластической хирургии челюстно-лицевой области называются оперативные вмешательства, улучшающие эстетические и функциональные результаты предшествующего восстановительного хирургического лечения?

- 1) подготовительные;
- 2) замещающие;
- 3) корригирующие;
- 4) реконструктивные;
- 5) эстетические.

Правильный ответ: 3.

36. Назовите показания для проведения местно-пластических операций в челюстно-лицевой области:

- 1) наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей лица или шеи;
- 2) наличие больших, объемных дефектов или деформаций лица или шеи;
- 3) субтотальный сквозной дефект ушной раковины;
- 4) врожденная односторонняя неполная расщелина верхней губы.

Правильный ответ: 1, 4.

37. Что является документальным подтверждением наличия дефекта или деформации, аномалии развития при обследовании челюстно-лицевого больного?

- 1) исходные фотограммы;
- 2) анамнез развития заболевания;
- 3) данные антропометрического исследования;
- 4) исходные результаты лучевой диагностики;
- 5) жалобы пациента.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

38. В какие сроки проводится первичная кожная пластика в челюстно-лицевой области?

- 1) сразу после возникновения дефекта или деформации;
- 2) после появления на раневой поверхности дефекта грануляций;
- 3) после полной эпителизации раневой поверхности дефекта тканей;
- 4) после купирования острых воспалительных явлений в области дефекта тканей.

Правильный ответ: 1.

39. В какие сроки проводится отсроченная кожная пластика в челюстно-лицевой области?

- 1) сразу после возникновения дефекта или деформации;
- 2) после появления на раневой поверхности дефекта грануляций;
- 3) после полной эпителизации раневой поверхности дефекта тканей;
- 4) после купирования острых воспалительных явлений в области дефекта тканей.

Правильный ответ: 2, 4.

40. Какие из нижеперечисленных оперативных методов относятся к местнопластическим операциям челюстно-лицевой области?

- 1) пластика стеблем Филатова;
- 2) пластика встречными треугольными лоскутами;
- 3) френулопластика верхней губы;
- 4) погружная кожная пластика;
- 5) ринохондроаллопластика;
- 6) устранение дефекта тканей квадратной, простой геометрической формы по Шимановскому.

Правильный ответ: 2, 3, 6.

41. Как называются трансплантаты из собственных тканей самого пациента?

- 1) имплантаты;
- 2) аллогенные;
- 3) ксеногенные;
- 4) аутогенные.

Правильный ответ: 4.

42. К какому виду трансплантации относится использование в челюстно-лицевой пластической хирургии консервированной широкой фасции бедра?

- 1) аутогенная алловитальная;
- 2) аллогенная алловитальная;
- 3) аллогенная аллостатическая;
- 4) аутогенная аллостатическая.

Правильный ответ: 3.

43. Какими оперативно-техническими приемами пластической хирургии целесообразно создавать подвижность краев раны при закрытии истинного дефекта мягких тканей челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) нанесение насечек на коже;
- 2) проведение дополнительных разрезов;
- 3) механическое сближение краев раны металлическими скобами;
- 4) препаровка краев раны.

Правильный ответ: 2, 4.

44. Какими оперативно-техническими приемами пластической хирургии целесообразно создавать подвижность краев раны при закрытии много дефекта мягких тканей челюстно-лицевой области?

- 1) препаровка краев раны;
- 2) проведение дополнительных разрезов;
- 3) наложение пластинчатых швов;
- 4) послойное сближение краев и зашивание раны.

Правильный ответ: 4.

45. При использовании методики перемещения треугольных лоскутов происходит:

- 1) смена диагоналей конфигурации раны;
- 2) удлинение диагоналей конфигурации раны;
- 3) уменьшение диагоналей конфигурации раны;
- 4) закрывание и открывание углов в области раны;
- 5) смена краев раны;
- 6) расширение краев раны.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

46. Появление на поверхности пересаженного кожного лоскута пузырей, заполненных прозрачной жидкостью, свидетельствует о развитии:

- 1) нагноения;
- 2) лимфостаза;
- 3) некроза;
- 4) недостаточного артериального кровоснабжения тканей.

Правильный ответ: 2.

47. Какие клинические признаки могут свидетельствовать о недостаточном артериальном кровоснабжении кожного лоскута на питающей ножке?

- 1) потемнение лоскута;
- 2) побледнение лоскута;
- 3) отрицательная игольчатая проба;
- 4) положительная игольчатая проба;
- 5) снижение температуры тканей лоскута;
- 6) повышение температуры тканей лоскута;
- 7) отсутствие болевой чувствительности в тканях лоскута.

Правильный ответ: 2, 3, 5.

48. Укажите диапазон углов расходящихся краев раны истинного дефекта мягких тканей в челюстно-лицевой области, при которых простой метод сближения краев раны приводит к образованию выступающего конуса:

- 1) 30°–45°; 2) 75°–120°.

Правильный ответ: 2.

49. Где проводится основной разрез при пластике встречными треугольными лоскутами?

- 1) по естественной складке кожи лица;
2) по линии направления предстоящего убывания мягких тканей;
3) по линии направления предстоящего прироста мягких тканей;
4) произвольно;
5) перпендикулярно краю линии Купидона.

Правильный ответ: 3.

50. Укажите варианты сочетания величин углов лоскутов, которые дают прирост тканей более чем в 1,5 раза по линии наибольшего удлинения при пластике встречными треугольными лоскутами:

- 1) 30–45°; 2) 60–45°; 3) 60–75°; 5) 45–90°.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

51. Как рассчитывается величина продольного увеличения прироста мягких тканей при пластике встречными треугольными лоскутами?

- 1) разница между длиной большего дополнительного разреза и длиной основного разреза;
2) разница между расстоянием от концов дополнительных разрезов и длиной основного разреза;
3) разница между суммой длин дополнительных разрезов и длиной основного разреза.

Правильный ответ: 2.

52. Какой из лоскутов будет более подвижен при использовании пластики обмена несимметричными встречными треугольными лоскутами?

- 1) меньший; 2) больший; 3) одинаково подвижны.

Правильный ответ: 1.

53. Какому определению пластической хирургии отвечает формулировка: «сформированный массив тканей, сохранивший анатомическую связь с местом его заготовки»?

- 1) имплантат; 2) трансплантат;
3) лоскут; 4) аутооттрансплантат.

Правильный ответ: 3.

54. Как в пластической хирургии челюстно-лицевой области называется место заготовки лоскута тканей на питающей ножке?

- 1) воспринимающее ложе; 2) донорский участок;
3) реципиентный участок; 4) материнская почва.

Правильный ответ: 4.

55. Укажите, что из нижеперечисленного будет являться показанием для применения пластических операций в челюстно-лицевой области с использованием лоскутов на питающей ножке?

- 1) наличие небольших по размеру дефектов или деформаций мягких тканей;
- 2) наличие субтотальных несквозных или сквозных дефектов органов лица или шеи;
- 3) укороченная уздечка языка;
- 4) врожденная односторонняя расщелина верхней губы.

Правильный ответ: 2.

56. Выберите варианты лоскутов на питающей ножке, которые можно использовать для устранения обширного несквозного дефекта верхней губы:

- 1) плоский эпителизированный кожный лоскут;
- 2) лоскут со щечной области;
- 3) встречные треугольные лоскуты губы;
- 4) лоскут из носогубной складки.

Правильный ответ: 2, 4.

57. Выберите варианты лоскутов на питающей ножке, которые можно использовать для устранения обширного сквозного дефекта нижней губы:

- 1) кожно-жировой лоскут из носогубной складки;
- 2) лоскут из верхней губы;
- 3) плоский эпителизированный кожный лоскут Чудакова;
- 4) дублированный лоскут из носогубной складки.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

58. Каково оптимальное соотношение длины формируемого кожного лоскута к его ширине в пластической хирургии челюстно-лицевой области и шеи?

- 1) 1:2;
- 2) 1:3;
- 3) 1:4.

Правильный ответ: 1, 2.

59. Для каких целей чаще всего используют опрокидывающийся лоскут в челюстно-лицевой пластической хирургии?

- 1) для устранения несквозных дефектов лица и шеи;
- 2) для воссоздания наружной (эпидермальной) выстилки органа лица и шеи;
- 3) для воссоздания внутренней (эпителиальной) выстилки органа лица и шеи;
- 4) для вестибулопластики.

Правильный ответ: 3.

60. Укажите последовательность основных хирургических этапов пластики в челюстно-лицевой области с использованием стебля Филатова:

- 1) перенос стебля в область дефекта;
- 2) распластывание стебля;
- 3) тренировка стебля;
- 4) формирование стебля.

Правильный ответ: 4, 3, 1, 2.

61. К какому виду лоскута на питающей ножке относятся следующие недостатки: многоэтапность, ограниченность объема тканевого материала, необходимость распластывания, уменьшение объема пластического материала по мере миграции в область дефекта?

- 1) стебель Филатова;
- 2) плоский эпителизированный кожный лоскут Чудакова;
- 3) кожно-жировой лоскут из носогубной складки;
- 4) «островной» лоскут;
- 5) артериализированный лоскут.

Правильный ответ: 1.

62. Выберите из нижеперечисленных показания к применению плоского эпителизированного кожного лоскута Чудакова:

- 1) сквозные дефекты дна полости рта;
- 2) перфорации дна верхнечелюстной пазухи;
- 3) несквозные дефекты губ, щек;
- 4) тотальные и субтотальные сквозные дефекты губ, щек, носа, ушных раковин, глотки, гортани, трахеи, пищевода;
- 5) послеожоговая рубцовая деформация кожи лица, шеи.

Правильный ответ: 1, 4.

63. Из каких тканевых структур может формироваться плоский эпителизированный кожный лоскут Чудакова?

- 1) кожа;
- 2) мышца;
- 3) кость;
- 4) аутодермотрансплантат;
- 5) хрящ;
- 6) фасция;
- 7) подкожно-жировая клетчатка.

Правильный ответ: 1, 4, 6, 7.

64. Какова продолжительность погружного периода формирования плоского эпителизированного кожного лоскута Чудакова?

- 1) 5–6 сут;
- 2) 14–16 сут.

Правильный ответ: 2.

65. Какому определению пластической хирургии отвечает формулировка: «сформированный массив тканей, утративший анатомическую связь с местом его заготовки»?

- 1) лоскут;
- 2) трансплантат;
- 3) имплантат.

Правильный ответ: 2.

66. Как в пластической восстановительной хирургии челюстно-лицевой области и шеи называется место забора трансплантата?

- 1) материнская почва;
- 2) донорский участок;
- 3) реципиентный участок;
- 4) материнское ложе.

Правильный ответ: 2.

67. Укажите мягкие ткани, которые не используются для свободной пересадки в современной челюстно-лицевой пластической восстановительной хирургии:

- 1) кожа;
- 2) жировая клетчатка;
- 3) фасции;
- 4) волосяные фолликулы;
- 5) мышцы;
- 6) слизистая оболочка полости рта;
- 7) нервы;
- 8) кровеносные сосуды.

Правильный ответ: 5.

68. Какие анатомические структуры в современной пластической челюстно-лицевой хирургии используются для свободной пересадки с целью воссоздания основного протока больших слюнных желез?

- 1) мочеточник;
- 2) желчные протоки;
- 3) кровеносные сосуды;
- 4) проток малой слюнной железы.

Правильный ответ: 3.

69. Какова в среднем толщина собственно дермы в челюстно-лицевой области?

- 1) 2 мм;
- 2) 5 мм;
- 3) 1 мм.

Правильный ответ: 3.

70. Какие слои дермы включают в тонкие кожные трансплантаты?

- 1) эпидермис;
- 2) сетчатый слой дермы;
- 3) сосочковый слой дермы.

Правильный ответ: 1, 3.

71. Какие слои дермы включают в расщепленные кожные трансплантаты?

- 1) эпидермис;
- 2) подкожно-жировая клетчатка;
- 3) сетчатый слой дермы;
- 4) сосочковый слой дермы.

Правильный ответ: 1, 3, 4.

72. Самостоятельная эпителизация раневой поверхности возможна после забора ауто трансплантата кожи:

- 1) тонкого;
- 2) расщепленного;
- 3) полнослойного.

Правильный ответ: 1, 2.

73. Какие из видов аутодермотрансплантатов наиболее приемлем для воссоздания слизистой оболочки полости рта при вестибулопластике?

- 1) комбинированный;
- 2) расщепленный;
- 3) полнослойный;
- 4) тонкий.

Правильный ответ: 2, 4.

74. Какие способы забора кожных трансплантатов могут использоваться в современной пластической хирургии?

- 1) с помощью фрезы;
- 2) ручного клеевого дерматома;
- 3) механического дерматома;
- 4) электродерматома;
- 5) плазменного скальпеля;
- 6) с помощью хирургического скальпеля.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 6.

75. Укажите области донорских участков для забора аутодермотрансплантатов, наиболее сходных со структурой кожи лица:

- 1) заушная область;
- 2) ягодичная область;
- 3) передневнутренняя поверхность бедра;
- 4) передняя поверхность живота;
- 5) передняя поверхность грудной клетки;
- 6) внутренняя поверхность плеча;

Правильный ответ: 1, 3, 6.

76. Для чего при проведении контурной пластики в челюстно-лицевой области жировой аутографт необходимо забирать в едином блоке с прилежащим деэпидермизированным участком кожи?

- 1) для сохранения отмоделированной формы трансплантата;
- 2) предупреждения инфицирования трансплантата;
- 3) обеспечения более благоприятных условий приживления трансплантата;
- 4) для обеспечения более благоприятных условий для зашивания раны донорского участка.

Правильный ответ: 1, 3.

77. Выбор метода остеотомий челюстей зависит:

- 1) от локализации деформации;
- 2) опыта хирурга;
- 3) оснащённости операционной;
- 4) от метода фиксации.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

78. После реконструктивных операций на челюстях возможны такие ранние осложнения, как:

- 1) нагноение костной раны;
- 2) рецидив деформации;
- 3) неврит ветвей лицевого нерва;
- 4) артрозы и артриты ВНЧС;
- 5) ложный сустав;
- 6) неврит ветвей тройничного нерва.

Правильный ответ: 1, 3, 6.

79. Встречаются ли изолированные деформации челюстей?

- 1) да;
- 2) нет.

Правильный ответ: 1.

80. Хирургическое лечение сочетанных деформаций челюстей осуществляется:

- 1) одномоментно;
- 2) в несколько этапов;
- 3) этапность зависит от ряда объективных факторов (возраст больного, опыт хирурга, плана комплексного лечения).

Правильный ответ: 3.

81. Укажите методы фиксации костных фрагментов, наиболее часто применяемые при хирургическом лечении деформаций челюстей:

- 1) проволочный шов;
- 2) назубные шины;
- 3) наочно-внутрикостный остеосинтез;
- 4) аппаратные методы фиксации.

Правильный ответ: 1, 3.

82. Хирургическое лечение врожденных деформаций челюстей следует проводить:

- 1) в амбулаторных условиях;
- 2) районных больницах;
- 3) областных, республиканских больницах и специализированных клиниках.

Правильный ответ: 3.

Лучевые поражения челюстно-лицевой области

1. От каких основных факторов зависит степень поражения тканевых структур при лучевом воздействии?

- 1) от разовой дозы ионизирующего излучения;
- 2) суммарной дозы ионизирующего излучения;
- 3) метеорологических условий;
- 4) от радиочувствительности индивидуума.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

2. Какие установлены в настоящее время предельно допустимые нормы облучения в год для населения Республики Беларусь?

- 1) 1,5–2,0 Бэр;
- 2) 5–10 Бэр;
- 3) 15–20 Бэр;
- 4) 35–50 Бэр.

Правильный ответ: 4.

3. Что более опасно для биологической клетки?

- 1) слабая и длительная экспозиция облучения;
- 2) кратковременная и сильная экспозиция облучения;
- 3) кратковременная экспозиция и слабое облучение.

Правильный ответ: 1, 2.

4. Какие суммарные дозы облучения являются малыми?

- 1) до 1 Гр;
- 2) до 10 Гр;
- 3) до 70 Гр;
- 4) от 1 до 5 Гр.

Правильный ответ: 1.

5. Какие клинические симптомы в полости рта могут проявляться при малых дозах облучения?

- 1) ксеростомия;
- 2) нарушение вкуса;
- 3) некроз слизистой оболочки полости рта;
- 4) гиперчувствительность слизистой оболочки языка и щек;
- 5) гипочувствительность слизистой оболочки языка и губ.

Правильный ответ: 1, 2, 5.

6. Каким методам фиксации при травматических переломах челюстей следует отдать предпочтение при оказании помощи в зонах жесткого контроля?

- 1) остеосинтез проволочным швом;
- 2) остеосинтез системой мини-пластин;
- 3) внеочаговый остеосинтез КДА Чудакова;
- 4) остеосинтез спицами Киршнера;
- 5) шинами Тигершдетта.

Правильный ответ: 3.

7. Как воздействуют малые дозы радиации на слюнные железы?

- 1) снижается ферментативная активность слюны;
- 2) изменяется соотношение органической-неорганической субстанции слюны;
- 3) повышается ферментативная активность слюны;
- 4) снижается саливация;
- 5) повышается саливация.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

8. Укажите последовательность повреждения морфологических элементов структуры кости при воздействии малых доз радиации:

- 1) остеоцит, надкостница, кровеносные сосуды;
- 2) остеобласт, надкостница, кровеносные сосуды;
- 3) кровеносные сосуды, надкостница, остеобласт.

Правильный ответ: 2.

9. Какие тканевые структуры являются первой мишенью на пути лучевого воздействия больших доз радиации?

- 1) надкостница;
- 2) остеобласты;
- 3) нервная ткань;
- 4) артерии и артериолы;
- 5) костный мозг.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

10. В какие сроки после лучевого воздействия больших доз радиации могут проявиться первые признаки остеорадионекроза?

- 1) 2–3 месяца;
- 2) 1–2 года;
- 3) в ближайшие дни после лучевого воздействия;
- 4) 8 лет;
- 5) 1–2 недели.

Правильный ответ: 1, 2, 4.

11. Назовите отличительные признаки клинического течения остеорадионекроза от хронического одонтогенного остеомиелита:

- 1) четко определяется демаркация зоны поражения;
- 2) крайне медленное образование секвестров;
- 3) определить границы между здоровой и пораженной областью крайне затруднительно;
- 4) отсутствие периостальной реакции кости;

- 5) отсутствие свищей;
 - 6) проведение секвестрэктомии не приводит к полному излечению;
 - 7) секвестры образуются в течение 2,0–3,0 месяцев.
- Правильный ответ: 2, 3, 4, 5, 6, 7.*

12. Какие изменения со стороны периферической крови могут наблюдаться у пациентов при остеорадионекрозе?

- 1) повышается количество тромбоцитов;
- 2) снижается количество гемоглобина;
- 3) повышается количество эритроцитов;
- 4) снижается количество эритроцитов;
- 5) лейкоцитоз;
- 6) лейкоцитопения.

Правильный ответ: 2, 4, 6.

13. Укажите сроки первичных реакций I периода (начального) в течение лучевой болезни:

- 1) в течение первого часа после лучевой травмы;
- 2) от нескольких часов до нескольких дней;
- 3) в течение месяца;
- 4) в течение 2 месяцев.

Правильный ответ: 2.

14. Укажите продолжительность II периода (латентного или мнимого благополучия) в течение лучевой болезни:

- 1) в течение первой недели после лучевой травмы;
- 2) 12–14 дней после лучевой травмы;
- 3) более 1 месяца;
- 4) более полугода.

Правильный ответ: 2.

15. Укажите продолжительность III периода (период вторичных клинических проявлений) в течение лучевой болезни:

- 1) в течение первой недели после лучевой травмы;
- 2) 12–14 дней после лучевой травмы;
- 3) более 1 месяца;
- 4) от нескольких часов до нескольких дней.

Правильный ответ: 3.

16. При лучевой болезни хирургическое вмешательство можно проводить в период:

- 1) разгара;
- 2) любой период;
- 3) первичных реакций;
- 4) мнимого благополучия;
- 5) восстановительный период.

Правильный ответ: 3.

17. При тяжелой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации при переломах костей лицевого скелета:

- 1) оперативные; 2) ортопедические.

Правильный ответ: 2.

18. При легкой форме лучевой болезни используют методы иммобилизации при переломах костей лицевого скелета:

- 1) оперативные; 2) ортопедические.

Правильный ответ: 1, 2.

Питание челюстно-лицевых больных

1. Какие существуют методы питания пациентов с травмой челюстно-лицевой области?

- 1) пероральный; 2) зондовый; 3) парентеральный.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

2. Перечислите показания к назначению первой челюстной диеты (зондовой):

- 1) нарушение сосания, жевания, глотания; 2) нарушение жевания.

Правильный ответ: 1.

3. Перечислите показания к назначению второй челюстной диеты:

- 1) сохранены функции глотания; 2) сохранены функции сосания.

Правильный ответ: 1, 2.

4. Через какие сосуды вводятся препараты для парентерального питания?

- 1) вены; 2) артерии.

Правильный ответ: 1.

5. Можно ли жировые эмульсии при парентеральном питании вводить вместе с электролитами?

- 1) да; 2) нет.

Правильный ответ: 2.

6. Какие реакции возможны при введении препаратов парентерального питания?

- 1) аллергические; 2) пирогенные; 3) токсические.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

7. Как долго можно использовать парентеральное питание для кормления пациента?

- 1) не более 10 дней; 2) 20 дней; 3) 1 месяц.

Правильный ответ: 1.

8. Какие предметы медицинского назначения необходимы для осуществления кормления пациента при назначении второго челюстного стола?

- 1) поильник Пирогова; 2) желудочный зонд;
3) шприц Жане; 4) пластмассовая воронка.

Правильный ответ: 1.

9. **Какие предметы медицинского назначения необходимы для осуществления кормления пациента при назначении первого челюстного стола?**

1) поильник Пирогова; 2) желудочный зонд;
3) шприц Жане; 4) пластмассовая воронка; 5) зажим.

Правильный ответ: 2, 3, 5.

10. **Укажите диетический стол (номер) у челюстно-лицевых больных с бимаксиллярным шинированием:**

1) 15 стол; 2) челюстной стол; 3) 9 стол.

Правильный ответ: 2.

Физиотерапия в челюстно-лицевой хирургии

1. **В методиках гальванизации при электрофорезе применяется ток:**

1) постоянный; 2) переменный.

Правильный ответ: 1.

2. **Положительно заряженная лидаза вводится в ткани при электрофорезе с полюса:**

1) положительного (анода); 2) отрицательного (катода).

Правильный ответ: 1.

3. **Никотиновая кислота, имеющая отрицательный заряд, вводится в ткани при электрофорезе с полюса:**

1) анода; 2) катода.

Правильный ответ: 2.

4. **На чем основано бактерицидное действие ультрафиолетового излучения?**

1) на нарушении водного обмена в клетках микробов;
2) на гибели микробов от повышения температуры в тканях;
3) на нарушении в клетках микробов обмена нуклеиновых кислот.

Правильный ответ: 3.

5. **Магнитотерапию при переломах костей лицевого скелета рекомендуют назначать:**

1) на 1–2 день; 2) 2–3 день; 3) на 4–5 день.

Правильный ответ: 3.

6. **Для уменьшения спаечных процессов и келлоидных рубцов ультразвук рекомендуют назначать:**

1) сразу после операции;
2) через 3–5 дней после операции;
3) через 4–6 дней после снятия швов.

Правильный ответ: 2.

7. **Физиотерапевтическое лечение больных с острыми воспалительными процессами после ПХО рекомендуют начинать:**

1) с 1–3 дня; 2) с 4–6 дня; 3) с 7–10 дня.

Правильный ответ: 1.

8. Противопоказаниями для назначения лечебной физкультуры при гнойно-воспалительных процессах является:

- 1) опасность вторичных кровотечений из раны;
- 2) высокая температура тела 37,5 °С и выше;
- 3) септическое состояние;
- 4) заболевание сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;
- 5) наличие в ране грануляционной ткани;
- 6) образование келоидного рубца.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

9. Эндогенное тепло в тканях при воздействии поля УВЧ образуется за счет:

- 1) направленного колебания ионов дипольных и полярных молекул;
- 2) механического перемещения тканей;
- 3) механического перемещения межтканевой жидкости.

Правильный ответ: 1.

10. Какое действие оказывает ультразвук на ткани организма?

- 1) противовоспалительное;
- 2) тонизирующее;
- 3) десенсибилизирующее;
- 4) общеукрепляющее;
- 5) рассасывающее;
- 6) обезболивающее.

Правильный ответ: 1, 3, 5, 6.

11. Перечислите состояния и сопутствующие заболевания, при которых применение ультразвука для лечения заболеваний челюстно-лицевой области противопоказано:

- 1) заболевания центральной нервной системы;
- 2) заболевания периферической нервной системы;
- 3) сердечно-сосудистые заболевания;
- 4) новообразования;
- 5) болезни эндокринной системы;
- 6) заболевания крови;
- 7) остеосинтез с помощью металла.

Правильный ответ: 1, 3, 4, 5, 6, 7.

12. Для лечения каких нижеперечисленных заболеваний или состояний челюстно-лицевой области применяют ультразвук?

- 1) рубцов;
- 2) спаечного процесса;
- 3) контрактуры жевательных мышц;
- 4) неврита лицевого нерва;
- 5) невралгии тройничного нерва;

б) при острых воспалительных заболеваниях до хирургической обработки флегмон или абсцессов.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5, 6.

13. Электрическое поле УВЧ оказывает на ткани организма следующие действия:

- 1) вызывает сужение сосудов;
- 2) вызывает расширение сосудов;
- 3) активизирует кровообращение;
- 4) активизирует лимфообращение;
- 5) активизирует обмен веществ;
- 6) снижает ферментативную деятельность;
- 7) нормализует обмен веществ.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5.

14. Перечислите состояния и сопутствующие заболевания, при которых применение электрического поля УВЧ для лечения заболеваний челюстно-лицевой области противопоказано:

- 1) заболевания опорно-двигательного аппарата;
- 2) гипертоническая болезнь;
- 3) злокачественные новообразования;
- 4) беременность;
- 5) сердечно-сосудистые заболевания;
- 6) заболевания суставов;
- 7) заболевания периферической нервной системы.

Правильный ответ: 2, 3, 4, 5.

15. Для лечения заболеваний челюстно-лицевой области используют парафиновые аппликации с температурой:

- 1) 36,6–40 °С;
- 2) 50–55 °С;
- 3) 55–60 °С.

Правильный ответ: 2.

16. Перечислите действие, которое оказывает флюктуоризация на ткани организма?

- 1) обезболивающее;
- 2) ускоряет течение раневого процесса;
- 3) способствует отграничению гнойного очага от здоровой ткани;
- 4) усиливает процессы регенерации;
- 5) нормализует процессы регенерации;
- 6) повышает проницаемость сосудов;
- 7) снижает проницаемость сосудов;
- 8) активизирует фагоцитоз.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4, 5.

17. Перечислите состояния и сопутствующие заболевания, при которых применение флюктуоризации для лечения заболеваний челюстно-лицевой области противопоказано:

- 1) болезни лицевого нерва;

- 2) склонность к кровотечениям;
 - 3) синдром Меньера;
 - 4) злокачественные новообразования;
 - 5) сахарный диабет.
- Правильный ответ: 2, 3, 4.*

18. Перечислите препараты, применяемые для электрофореза, способствующие консервативному закрытию свищей слюнных желез:

- 1) 5–10%-ная настойка йода;
- 2) лидаза;
- 3) стекловидное тело;
- 4) серебро;
- 5) медь.

Правильный ответ: 1, 4, 5.

19. Какие из нижеперечисленных физических методов лечения используют для стимуляции слюноотделения при гипосаливации и ксеростомии?

- 1) УВЧ-терапия;
- 2) электросон;
- 3) гальванизация воротниковой зоны или шейных симпатических узлов;
- 4) воздействие постоянным электрическим полем высокого напряжения;
- 5) аэроионотерапия.

Правильный ответ: 2, 3, 4.

20. При стихании воспалительных явлений при контрактуре жевательных мышц назначают комплексную терапию, включающую физические методы воздействия:

- 1) тепловые процедуры (парафин или озокерит) + амплипульс-терапию + лечебную физкультуру + массаж;
- 2) тепловые процедуры (парафин или озокерит) + УВЧ-терапию + лечебную физкультуру + массаж.

Правильный ответ: 1.

21. В какую фазу воспалительного процесса назначают лечебную физкультуру?

- 1) воспаления;
- 2) пролиферации и регенерации;
- 3) реорганизации и формирования рубца.

Правильный ответ: 2, 3.

22. Что является противопоказанием для применения физиотерапии при флегмонах челюстно-лицевой области?

- 1) тромбозы лицевых вен или угроза их возникновения;
- 2) острые воспалительные процессы до проведения ПХО;
- 3) обильное гнойное отделяемое из раны.

Правильный ответ: 1, 2.

23. В первой фазе воспалительного процесса применяемые физиотерапевтические методы должны:

- 1) способствовать уменьшению отека и боли;

- 2) ускорять процесс эпителизации;
- 3) снижать бактериальную обсемененность раны.

Правильный ответ: 1, 3.

24. В третьей фазе воспалительного процесса физиотерапевтические методы должны:

- 1) способствовать регенерации поврежденных тканей;
- 2) способствовать формированию и эпителизации послеоперационного рубца, имеющего высокий эстетический эффект;
- 3) улучшать микроциркуляцию тканей в области рубца.

Правильный ответ: 2, 3.

25. В первую фазу воспалительного процесса назначают:

- 1) УФО;
- 2) УВЧ;
- 3) ультрафонофорез;
- 4) электрофорез.

Правильный ответ: 1, 2.

26. В третью фазу воспалительного процесса назначают:

- 1) электрофорез;
- 2) парафиновые и озокеритовые аппликации;
- 3) УФО на рубец;
- 4) локальную гипотермию.

Правильный ответ: 1, 2.

27. При лечении острых воспалительных процессов челюстно-лицевой области после проведения ПХО назначают:

- 1) УВЧ в атермической дозе;
- 2) УВЧ в гипертермической дозе;
- 3) магнитолазерную терапию;
- 4) электрофорез с 3%-ным раствором хлорида кальция.

Правильный ответ: 1, 3.

28. Чем обусловлено противовоспалительное действие лазеротерапии?

- 1) нормализацией микроциркуляции;
- 2) снижением отека тканей;
- 3) предотвращением развития ацидоза и гипоксии;
- 4) непосредственным влиянием на микробный фактор;
- 5) уменьшением скорости созревания грануляционной ткани.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

29. Благоприятное действие магнитотерапии на процесс регенерации в травматическом очаге заключается:

- 1) в повышении скорости микроциркуляции во всех звеньях кровотока;
- 2) повышении емкости сосудов;
- 3) раскрытии резервных капилляров, анастомозов и шунтов;
- 4) в усилении регионарного стока.

Правильный ответ: 1, 2, 3.

30. Гипербарическая оксигенация в комплексе с другими методами чаще используется для лечения:

- 1) травматических переломов костей лицевого скелета;

- 2) злокачественных опухолей челюстно-лицевой области;
- 3) анаэробной инфекции окологлазничных мягких тканей.

Правильный ответ: 3.

31. В первой фазе течения гнойно-воспалительного процесса применение физиотерапии направлено:

- 1) на деконтаминацию раны;
- 2) ускорение очищения раны;
- 3) снижение отека и боли;
- 4) улучшение микроциркуляции;
- 5) на ускорение эпителизации.

Правильный ответ: 1, 2, 3, 4.

32. В третьей фазе течения гнойно-воспалительного процесса применение физиотерапии направлено:

- 1) на ускорение роста грануляционной ткани;
- 2) снижение отека и инфильтрации тканей;
- 3) на ускорение процессов формирования и организации рубца.

Правильный ответ: 3.

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 материалов	12
Местное обезболивание в челюстно-лицевой хирургии.....	15
Общее обезболивание в челюстно-лицевой хирургии	20
Показания и противопоказания к операции удаления зуба	23
Инструментарий и методика удаления зубов.....	25
Местные осложнения, возникающие во время проведения операции удаления зуба.....	29
Местные осложнения, возникающие после операции удаления зуба	31
Особенности проведения анестезии и операции удаления зуба у больных с общесоматической патологией	33
Оказание неотложной помощи на хирургическом приеме в поликлинике	34
Апикальные периодонтиты. Клиника, диагностика, хирургическое лечение	39
Одонтогенный периостит челюстей. Клиника, диагностика, лечение	42
Одонтогенные лимфадениты. Клиника, диагностика, лечение	45
Болезни прорезывания зубов. Клиника, диагностика, лечение.....	47
Острый одонтогенный остеомиелит	50
Хронический одонтогенный остеомиелит.....	51
Дифференциальная диагностика периодонтитов, периоститов, остеомиелитов	53
Тяжелые осложнения гнойно-воспалительных процессов челюстно-лицевой области	54
Современные принципы лечения воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области и шеи	58
Фурункулы и карбункулы челюстно-лицевой области.....	59
Специфические воспалительные заболевания челюстно-лицевой области: актиномикоз, сифилис, туберкулез, ВИЧ-инфекция	61
Одонтогенные синуситы верхнечелюстной пазухи и травматическая перфорация дна верхнечелюстной пазухи.....	66

Хронический оральный сепсис и фокальная инфекция.....	70
Хирургическое лечение болезней маргинального периодонта.....	73
Флегмоны и абсцессы околочелюстных тканей нижней челюсти	76
Флегмоны и абсцессы околочелюстных тканей верхней челюсти.....	85
Сиалоадениты, слюннно-каменная болезнь.....	91
Сиалозы.....	95
Травма зубов и альвеолярных отростков челюстей	98
Переломы нижней челюсти	100
Лечение больных с переломами нижней челюсти	102
Переломы верхней челюсти.....	106
Переломы скуловой кости и скуловой дуги.....	109
Травматические повреждения мягких тканей челюстно-лицевой области	112
Осложнения при травматических повреждениях костей лицевого скелета.....	117
Комбинированная и сочетанная травма	123
Ожоги и отморожения лица.....	125
Болезни нервов лица.....	127
Вывихи нижней челюсти, синдром болевой дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС), болезни ВНЧС	133
Анкилозы височно-нижнечелюстного сустава.....	138
Препротетическая хирургия	140
Организация онкологической помощи населению, предраковые заболевания, диспансеризация онкологических больных	144
Доброкачественные опухоли челюстно-лицевой области и опухолеподобные образования	154
Кистозные образования челюстей.....	162
Опухолеподобные и доброкачественные новообразования шеи.....	166
Злокачественные опухоли челюстно-лицевой области	170
Аномалии развития и деформации лица и челюстей. Основы пластической, восстановительной и реконструктивной хирургии челюстно-лицевой области	183
Лучевые поражения челюстно-лицевой области.....	197
Питание челюстно-лицевых больных.....	200
Физиотерапия в челюстно-лицевой области.....	201