

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
 ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
 ЦЕНТР ПОСЛЕДИПЛОМНОГО И НЕПРЕРЫВНОГО МЕДИЦИНСКОГО
 ОБРАЗОВАНИЯ
 ОТДЕЛ ПРОГРАММ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

«Рассмотрено»
 на заседании отд. прогр. стом. спец.
 прот. № 120 от « 24 » ноября 2022г.
 рук. отд. Эргешева Г.С.

«Утверждено»
 председателем УМС
 прот. № 24 от « 24 » ноября 2022г.
 Калыбековой К.Д.



ФОНД ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ
 Для итогового контроля по специальности
120 «Хирургическая стоматология»

на 2022-2023 учебный год

курс-2, семестр-3

| Наименование специальности | Аудиторная часть | | Клиническая практика 90% | Всего часов |
|------------------------------|------------------|-------------|-----------------------------|-------------|
| | 10% | | | |
| | Лекции | Сем/занятия | | |
| Хирургическая стоматология 3 | 46 | 46 | 1012 | 1104 |
| Аттестация | 2 | 2 | 44 | 48 |

Составители:

3. ФИО Алимова Р.С.

подпись

4. ФИО Башев Д.А.

подпись

Эксперт-тестолог: ФИО Исраилов Б.А. подпись

г. Ош – 2022г.

| № | Название дисциплины | Количество тестовых задач | %ное соотношение |
|--------|---|---------------------------|------------------|
| СД | Хирургическая стоматология 3 | | |
| 1 | Специфические воспалительные процессы и травматологические поражения в челюстно-лицевой области | | |
| | Специфические воспалительные процессы в челюстно-лицевой области | 64 | 25% |
| | Травматологические поражения в челюстно-лицевой области | 64 | 25% |
| 2 | Пластическая хирургия ЧЛЮ | 70 | 27,5% |
| 3 | Хирургическое лечение заболеваний пародонта | 57 | 22,5% |
| Итого: | | 255 | 100% |

Экзаменационные тестовые вопросы по хирургической стоматологии для 2 курса 3- семестра

1. Больной 25 лет обратился с жалобами на резкую боль в 16 зубе, усиливающиеся в ночное время со светлыми промежутками 10-15 мин., иррадиирующие по ходу III ветви тройничного нерва. Анамнез: зуб заболел сутки назад, что и явилось причиной обратиться к врачу. Объективно: на жевательной поверхности 16 зуба глубокая кариозная полость. Поставлен диагноз острый пульпит. При осмотре полости рта врач обнаружил на СО в подъязычной области язву блюдцеобразной формы, медно-красного цвета с хрящеподобным основанием. Пальпация безболезненна. Лимфатические узлы увеличены, при пальпации безболезненны.

Установите правильный диагноз;

- А. сифилис подъязычной области
- Б. актиномикоз подъязычной области
- В. туберкулез подъязычной области
- Г. Красный плоский лишай

2. Больной З., 43 лет обратился к врачу с жалобой на появление на спинке языка образований в виде больших пятен. Анамнез: появление пятен заметил месяц назад. Образования больного не беспокоили, поэтому к врачу не обращался. 37 Объективно: на спинке языка папулы в виде больших кольцеобразных дисков. Нитевидные сосочки на их поверхности атрофированы, в результате приобретают форму овальных, гладких, блестящих поверхностей, расположенные ниже уровня СО («симптом скошенного луга»). Пальпация безболезненна. При поскабливании шпателем папул беловатый налет легко снимается, образуя эрозированную поверхность медно-красного цвета. Папулы разделены воспалительным венчиком красного цвета.

Укажите правильный диагноз;

- А. десквамативный глоссит
- Б. гиперпластический глоссит
- В. сифилис, папулезный сифилитический глоссит
- Г. Туберкулезный глоссит

3. Больной У., 45 лет обратился к врачу на резкую болезненность в языке при приеме пищи. Анамнез: больной страдает в течение 10 лет туберкулезом легких. 38 Объективно: на боковой поверхности языка справа язва с подрытыми краями, дно зернистое с желтоватом налетом, при пальпации основание мягкое и резко болезненное.

Определите диагноз;

- А. постгриппозный эрозивный стоматит
- Б. туберкулезная язва боковой поверхности языка справа
- В. сифилитическая язва боковой поверхности языка
- Г. грибковое поражение боковой поверхности языка

4. Больной П., 45 лет, предъявляет жалобы на наличие слабоболезненного уплотнения тканей в поднижнечелюстной области, свищей с крошковидным отделяемым. В анамнезе: месяц назад лечился в стационаре по поводу одонтогенной флегмоны поднижнечелюстной области, был выписан на амбулаторное лечение.

Объективно: в правой поднижнечелюстной области определяется плотный слабоболлезненный инфильтрат, кожа над ним багрово-синюшного цвета, видны свищевые ходы со скудным крошковидным отделяемым.

Установите точный диагноз.

- А. лимфаденит поднижнечелюстной области
- Б. флегмона поднижнечелюстной области
- В. туберкулез поднижнечелюстной области
- Г. актиномикоз поднижнечелюстной области

5. Больной К., 32 года. Час назад получил удар рукой в лицо. Беспокоит боль в верхней челюсти, незначительное кровотечение изо рта. Объективно: состояние удовлетворительное. Отек верхней губы выражен умеренно. Центральные верхние резцы подвижны в переднезаднем направлении. Перкуссия их болезненна. Из лунок 1.1. и 2.1. зубов отмечается незначительное кровотечение. При смыкании зубов центральные резцы антагонисты не соприкасаются.

Определите диагноз

- А. неполный вывих 1.1., 2.1. зубов.
- Б. перелом верхней челюсти в области 1.1, 2.1 зубов
- В. полный вывих 1.1, 2.1 зубов
- Г. перелом корня 1.1, 2.1 зубов

6. На прием к стоматологу-хирургу в условиях поликлиники обратился пациент А., 28 лет, для удаления зуба 4.7 с диагнозом хронический грануло-лематозный периодонтит. Из анамнеза известно, что пациент страдает гемофилией формы А средней степени тяжести.

Определите возможно ли выполнение операции удаления зуба 4.7 у пациента в условиях поликлиники?

- А. нельзя удалять в условиях поликлиники
- Б. может быть выполнена только в условиях стационара после предварительной консультации гематолога и специальной предоперационной подготовки.
- В. может быть консультация гематолога и удаление в поликлинике
- Г. может быть при специальной предоперационной подготовке

7. В поликлинику на прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 72 года, с жалобами на боли в области верхней челюсти справа. Пациент считает себя больным в течение 3 дней, когда заболел зуб 1.4. За последние сутки боль в зубе усилилась и стала распространяться в область верхней челюсти с иррадиацией в висок. Из анамнеза известно, что пациент находится на диспансерном наблюдении у врача-кардиолога по поводу ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии. Четыре месяца назад он перенес трансмуральный инфаркт миокарда левого желудочка. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. В поднижнечелюстной области справа пальпируется увеличенный лимфатический узел (0,3 × 0,3 см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. Коронка зуба 1.4 разрушена. Его перкуссия резко болезненна. Слизистая оболочка десны в области зуба 1.4 гиперемирована, отечна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях определяется очаг деструкции костной ткани (0,4 × 0,5 см) округлой формы с четкими ровными контурами. У пациента констатирована температура тела 37 °С, АД 200/120 мм рт. ст., пульс 98 ударов в минуту. Определяется экстрасистолия.

Установите диагноз по стоматологическому статусу?

- А. хронический гранулематозный периодонтит зуба 1.4 в стадии обострения
- Б. Хронический гранулирующий периодонтит зуба 1.4 в стадии обострения
- В. Хронический фиброзный периодонтит зуба 1.4 в стадии обострения
- Г. Обострившийся хронический периодонтит 1.4 зуба

8.К стоматологу обратилась молодая женщина, 26 лет, с жалобами на острую боль в зубе 2.6. Врачом был установлен диагноз острый пульпит. Без анестезии стоматолог с помощью бормашины вскрыл пульповую ка- 37 меру и обнажил рог пульпы. Вдруг пациентка почувствовала дискомфорт, головокружение, шум в ушах, покрылась липким потом. Указанное состояние длилось несколько секунд, после чего пациентка потеряла сознание. Потеря сознания сопровождалась бледностью, снижением мышечного тонуса. АД равно 100/80 мм рт. ст. Пульс редкий, слабого наполнения. Зрачки расширены.

Укажите диагноз развившегося у пациентки общего осложнения на приеме у стоматолога?

- А. Коллапс
- Б. Аллергическая реакция
- В. Обморок
- Г. Шок

9. На хирургический прием в стоматологическую поликлинику обратилась пациентка М., 64 года, по поводу удаления зуба 3.8 с целью санации полости рта перед протезированием. Она длительное время ожидала в очереди хирургического вмешательства, нервничала. Перед приемом у пациентки появилось чувство беспокойства, страха. Она начала ощущать сильную головную боль. Стоматолог-хирург пригласил пациентку в кресло, установил необходимость удаления зуба 3.8 и провел анестезию. Через несколько минут пациентка отметила появление головокружения, тошноты, ноющих болей в сердце, ухудшение зрения. В течение короткого промежутка времени головная боль продолжала нарастать, усилился страх, беспокойство. Возникло чувство жара. На лице и на груди пациентки появились красные пятна. Констатирована тахикардия.

Определите какие методы объективного обследования необходимо провести для уточнения диагноза в условиях стоматологической поликлиники?

- А. измерение АД, определение ЧСС (пульса).
- Б. рентгенообследование
- В. измерение АД
- Г. Определение ЧСС (пульса)

10. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 26 лет, с целью санации полости рта. После обследования пациента врач установил необходимость удаления корней зуба 3.6. При сборе анамнеза было выяснено, что пациент здоров и его аллергологический анамнез не отягощен. Зубы ранее удалялись с использованием местной анестезии. Стоматологхирург выполнил проводниковую анестезию 2%-ным раствором лидокаина (5 мл). Через 3 минуты у пациента появилось чувство тревоги, страха. Он пожаловался на общую слабость, головокружение. Объективно: кожные покровы холодные, бледные, покрытые липким потом. Пациент в сознании. Отмечается цианоз губ, расширенные зрачки. Со стороны сердечнососудистой деятельности констатируется тахикардия, нитевидный пульс. Пациент стал жаловаться на состояние духи.

Установите какие дополнительные методы объективного исследования необходимо провести у пациента в условиях поликлиники с целью уточнения диагноза? 2

- А. объективные и субъективные методы исследования

- Б. сбор жалобы, измерение АД
- В. рентген обследование, определение ЧСС
- Г. измерение АД, определение ЧСС (пульса).

11. Пациентка Г., 58 лет, предъявляет жалобы на боль в зубе 2.2 при накусывании, припухлость верхней губы справа, появившейся два дня назад. Из анамнеза известно, что пациентка страдает инсулинозависимым сахарным диабетом (тип II) в течение 15 лет, гипертонической болезнью в течение 20 лет. Объективно: конфигурация лица изменена за счет отека мягких тканей верхней губы и подглазничной области справа. Температура тела пациента 37,2 °С. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.2 гиперемирована, отечна, переходная складка сглажена. Зуб 2.2 ранее лечен по поводу осложненного кариеса, его перкуссия резко болезненна. Указанный зуб патологически подвижен (II степень). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в проекции верхушки корня зуба 2.2 определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами размером 0,4 см. Канал запломбирован на $\frac{1}{3}$ длины

Определите тактику стоматолога-хирурга в отношении причинного зуба?

- А.2.2 зуб требуется сохранить
- Б. 2.2 зуб требуется удалить
- В. кистотомия в области верхушки 2.2 зуба
- Г. кистозэктомия

12. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 56 лет, по поводу удаления зуба 3.7 с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хронической почечной недостаточностью I степени.

Укажите какой анестетик следует использовать у пациентки?

- А. амидные анестетики (не более 10 %)
- Б. ультракаин, септонест
- В. артикаин, септонест
- Г. ультракаин без вазоконстриктора

13. К стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 41 год, с диагнозом острый гнойный периостит от зуба 4.6. Из анамнеза известно, что она на протяжении последних 20 лет страдает бронхиальной астмой. Пациентка напряжена, она заметно нервничает и постоянно акцентирует внимание врача на страхе перед предстоящим вмешательством.

Определите какой тактики следует придерживаться стоматологу-хирургу при решении вопроса о подготовке к операции и при ее выполнении?

- А. Примедикация («Сибазон», «Седуксен», «Реланиум», «Валиум»), периостеотомия, удаление 4.6 зуба
- Б. Периостеотомия, удаление 4.6 зуба
- В. Примедикация («Сибазон», «Седуксен»)
- Г. Примедикация Септонестом

14. Пациентка А., 42 года, обратилась к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.5 по ортопедическим показаниям. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Зуб 3.5 под фотополимерной пломбой, которая восстанавливает $\frac{2}{3}$ коронки. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневого канала зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturated. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения двусторонней инфльтрационной анестезии приступил к удалению

зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щечками. Однако в процессе удаления произошел отлом коронки зуба 3.5.

Определите какие этапы операции удаления корня зуба 3.5 при помощи избранных врачом инструментов можно выделить в указанной клинической ситуации?

А. Наложение щипцов, их продвижение, фиксация, вывихивание корня зуба путем люксационных и ротационных движений, извлечение из лунки корня зуба 3.5, ревизия лунки, сближение краев лунки, гемостаз

Б. Вывихивание корня зуба путем люксационных и ротационных движений, извлечение из лунки (тракция) корня зуба 3.5, ревизия лунки, сближение краев лунки, гемостаз

В. Фиксация (смыкание щечек щипцов), вывихивание корня зуба путем люксационных и ротационных движений, извлечение из лунки (тракция) корня зуба 3.5, ревизия лунки, сближение краев лунки

Г. Наложение щипцов, их продвижение, фиксация (смыкание щечек щипцов), вывихивание корня зуба путем люксационных и ротационных движений, извлечение из лунки (тракция) корня зуба 3.5, ревизия лунки

15. Пациентка А., 42 года, обратилась к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.5 по ортопедическим показаниям. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Зуб 3.5 под фотополимерной пломбой, которая восстанавливает $\frac{2}{3}$ коронки. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневого канала зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturated. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения двусторонней инфльтрационной анестезии приступил к удалению зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щечками. Однако в процессе удаления произошел отлом коронки зуба 3.5.

Узнайте каковы условия продвижения щипцов при удалении корня зуба 3.5?

А. Продвинуть, 0,1-0,2 см под десну, захватывая костный край альвеолы

Б. Продвинуть под десну вдоль альвеолярного отростка на глубину 0,4-0,5 см, захватывая костный край альвеолы

В. Продвинуть до шейки зуба, захватывая костный край альвеолы

Г. Продвинуть под десну вдоль альвеолярного отростка на глубину 0,2-0,3 см, захватывая костный край альвеолы

16. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 27 лет, по поводу удаления зуба 4.6. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 4.6 отрицательные. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.6 запломбированы, апикальные отверстия obturated. В периапикальных тканях в области дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.

Определите по поводу какого диагноза будет производиться операция удаления зуба 4.6?

А. Хронический фиброзный периодонтит

- Б. Хронический гранулирующий периодонтит
- В. хронический апикальный гранулематозный периодонтит
- Г. Хронический гангренозный пульпит

17. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 27 лет, по поводу удаления зуба 4.6. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 4.6 отрицательные. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.6 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.

Узнайте каково правильное положение стоматолога-хирурга относительно пациента при выполнении операции удаления зуба 4.6 в соответствии с данными эргономики?

- А. спереди и справа от пациента, правой рукой охватывает голову пациента, большой палец накладывает на язычную поверхность альвеолярного отростка
- Б. сзади и справа от него, левой рукой охватывает голову пациента, указательным пальцем отодвигает щеку, большой палец накладывает на язычную поверхность альвеолярного отростка
- В. сзади и слева от него, левой рукой охватывает голову пациента, указательным пальцем отодвигает щеку, большой палец накладывает на язычную поверхность альвеолярного отростка
- Г. спереди и слева от него, правой рукой охватывает голову пациента, указательным пальцем отодвигает щеку, большой палец накладывает на язычную поверхность альвеолярного отростка

18. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Г., 27 лет, по поводу удаления зуба 4.6. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 4.6 отрицательные. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневые каналы зуба 4.6 запломбированы, апикальные отверстия obturированы. В периапикальных тканях в области дистального и медиального корней определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами.

Установите какими инструментами может быть выполнена операция удаления зуба 4.6 в указанной клинической ситуации?

- А. прямой элеватор, клювовидные щипцы со сходящимися щечками
- Б. прямой элеватор, баянет
- В. изогнутый элеватор, штыковидный клювик
- Г. элеватор от себя, клювовидные щипцы

19. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Р., 44 года, которому по ортопедическим показаниям необходимо удалить зуб 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.7 физиологической окраски. Коронка зуба 3.7 разрушена на 2/3. Перкуссия и зондирование зуба 3.7 безболезненны. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется разрушение бифуркации корней зуба 3.7, в области бифуркации визуализируется очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,2 см) с четкими ровными контурами. Врач после проведения анестезии выполнил синдесмотомию, а затем клювовидными щипцами со

сходящимися щечками (для удаления корней на нижней челюсти) удалил дистальный корень зуба 3.7.

Определите какой инструментарий следует использовать в данной клинической ситуации?

- А. прямой элеватор, клювовидные щипцы со сходящимися щечками
- Б. изогнутый под углом (боковой) элеватор «на себя»
- В. элеватор от себя, клювовидные щипцы
- Г. прямой элеватор, баянет

20. Пациент С., 25 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу

с жалобами на стойкую боль в области нижней челюсти справа. Боли носят

тупой характер, беспокоят в течение двух недель. Со стороны внутренних

органов и систем пациент патологии не отмечает. Объективно: конфигурация изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти справа, кожные покровы физиологической окраски. Кожа

легко собирается в складку. Поднижнечелюстные и подподбородочные

лимфатические узлы справа увеличены ($0,4 \times 0,4$ см), болезненны при

пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот безболезненно, в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 4.8 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 4.8 прорезалась на $\frac{1}{2}$ медиальными буграми. Зуб 4.8 дистально наклонен. При надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры зуба 4.8, из-под него выделяется серозное отделяемое. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня 4.8 на тень нижнечелюстного канала.

Установите диагноз?

А. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз дистопия зуба 4.8, дистальный наклон, осложненный

Б. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 4.8, дистальный наклон, осложненный острым серозным перикоронаритом.

В. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз дистопия зуба 4.8

Г. На основании данных клинического осмотра в указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз острый серозный перикоронарит

21. Пациент Г., 30 лет, обратился в поликлинику к стоматологу-хирургу

с жалобами на тупые боли в области проекции зуба 4.8, которые носят периодический характер и беспокоят в течение трех лет. За этот период было около 5 обострений воспалительного процесса в области нижней челюсти справа. При обострениях температура тела повышалась в пределах субфебрильных значений. К врачу пациент не обращался, лечился самостоятельно, используя полоскания и компрессы. Со стороны внутренних органов и систем какой-либо патологии не отмечает. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены ($0,3 \times 0,5$ см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности. При осмотре полости рта: зуб 4.8 частично прорезался двумя медиальными буграми, дистальные бугры покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна. Имеется патологический

зубодесневой карман в области капюшона с дистальной стороны от зуба 4.8. При зондировании из патологического зубодесневого кармана зуба 4.8 выделяется капля гнойного отделяемого с кровью. Рядом стоящие зубы интактны.

Определите проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации?

А. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантограммы).

Б. В указанной клинической ситуации необходимо проведение инструментальных методов исследования

В. В указанной клинической ситуации необходимо проведение физических методов исследования

Г. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лабораторных методов исследования (биохимическое, цитологическое)

22. Пациент К., 19 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на тупые ноющие боли в области нижней челюсти справа, наличие припухлости правой половины лица в области угла нижней челюсти. Боли усиливаются при глотании и открывании рта. Пациент считает себя больным в течение 2 дней, с момента, когда появились боли в области нижней челюсти справа. Боли носят нарастающий характер. Температура тела по вечерам достигает 37,3 °С. Ранее пациент ничем не болел. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека мягких тканей в области нижней челюсти справа. Кожные покровы физиологической окраски. Кожа свободно собирается в складку. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены (0,3 × 0,4 см), болезненны при пальпации, мягкие, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. Пациент открывает рот в пределах физиологической возможности, при этом отмечается болезненность. При осмотре полости рта: зуб 3.8 в стадии прорезывания — визуализируются два медиальных бугра, дистальные покрыты капюшоном слизистой оболочки, которая гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. При надавливании на капюшон слизистой оболочки, покрывающей дистальные бугры зуба 3.8, из-под него выделяется серозное отделяемое.

Укажите проведение каких дополнительных методов исследования необходимо в данной клинической ситуации?

А. В указанной клинической ситуации необходимо проведение инструментальных методов исследования

Б. В указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 3.8, горизонтальное положение

В. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лабораторных методов исследования (биохимическое, цитологическое)

Г. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантограммы)

23. У пациента П., 50 лет, во время подготовки к протезированию полости рта была сделана ортопантограмма, на которой в области угла нижней челюсти был обнаружен зуб 3.8, располагающийся в горизонтальном положении по отношению к зубу 3.7. Жалоб пациент не предъявляет. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Пациент рот открывает свободно, в пределах физиологических возможностей. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области непрорезавшегося зуба 3.8 физиологической окраски, пальпация безболезненна. Констатируется частичная вторичная адентия (II класс по Кеннеди). Из перенесенных заболеваний пациент отмечает простудные, он страдает сахарным диабетом (II тип) средней степени тяжести. Определите на основании данных клинического осмотра и результатов лучевых методов исследования поставьте диагноз.

- А. В указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 3.8, горизонтальное положение.
- Б. В указанной клинической ситуации необходимо проведение лучевых методов исследования (ортопантограммы)
- В. В указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 3.7, горизонтальное положение
- Г. В указанной клинической ситуации может быть поставлен диагноз ретенция, дистопия зуба 3.8

24. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Е., 34 года, по поводу санации полости рта перед протезированием. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.7 физиологической окраски. В проекции верхушки дистального щечного корня визуализируется зарубцевавшийся свищ. Коронка зуба 2.7 разрушена на $\frac{2}{3}$. Зондирование зуба 2.7 безболезненно, определяется обилие его размягченных тканей. Перкуссия зуба 2.7 слабо положительна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях в области верхушки дистального щечного корня зуба 2.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде язычков пламени. Медиальный щечный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, констатируется расширение периодонтальной щели. Небный корень изогнут, запломбирован на $\frac{1}{3}$, в просвете незапломбированной части корневого канала визуализируется отломок эндодонтического инструмента. Периодонтальная щель в области апекса небного корня расширена.

Укажите диагноз?

А. хронический апикальный гранулирующий периодонтит в области дистального щечного корня зуба 3.8 и хронический апикальный фиброзный периодонтит в области медиального щечного и небного корней.

Б. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования (ортопантограммы) может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит в области дистального щечного корня зуба 2.7 и хронический апикальный фиброзный периодонтит в области медиального щечного и небного корней. Хронический апикальный гранулирующий периодонтит зуба 2.7 вне обострения

В. Хронический апикальный гранулирующий периодонтит в области дистального щечного корня зуба 2.7 и хронический апикальный фиброзный периодонтит в области медиального щечного и небного корней.

Г. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования (ортопантограммы) может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит в области дистального щечного корня зуба 2.7 и хронический апикальный фиброзный периодонтит в области медиального щечного и небного корней.

25. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Ю., 36 лет, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 1.6 физиологической окраски. Коронка зуба 1.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлена пломбой из композиционного материала, герметизм которой нарушен. Зондирование зуба 1.6 безболезненно. Его перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) в периапикальных тканях в области апекса медиального щечного корня зуба 1.6 определяется очаг деструкции костной ткани ($0,9 \times 1$ см) округлой формы с четкими ровными контурами.

Определите диагноз.

А. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический периодонтит,

Б. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз радикулярная киста альвеолярного отростка верхней челюсти справа от зуба 1.6

В. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз запущенный кариес зубов.

Г. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз пародонтит с осложнениями

26. Пациент А., 36 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.3 физиологической окраски. Коронка зуба 3.3 на $\frac{1}{3}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.3 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.3 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и денальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.3 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,4 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами.

Укажите диагноз.

А. Хронический гнойный одонтогенный лимфаденит поднижнечелюстной области слева от 33 зуба

Б. Диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения.

В. Флегмона поднижнечелюстной области слева

Г. Острый гнойный перикоронарит от зуба 33, осложнённый флегмоной околоушно – жевательной области.

27. Пациент О., 27 лет, обратился к стоматологу-хирургу с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.6 физиологической окраски. Коронка зуба 4.6 на $\frac{1}{2}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 4.6 отрицательна. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса медиального корня зуба 4.6 пальпируется незначительное выбухание костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и денальной рентгенограммы) дистальный корневой канал зуба 4.6 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Медиальный корень запломбирован на $\frac{2}{3}$, апикальное отверстие не obturировано. В периапикальных тканях в области апекса медиального корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани ($0,3 \times 0,5$ см) с четкими ровными контурами.

Укажите диагноз?

А. Хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 4.6 вне обострения

Б. Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти справа от 4.6 зуба.

В. Обострение периодонтита 46 зуба.

Г. Острый одонтогенный остеомиелит

28. Пациентка З., 28 лет, обратилась к стоматологу-хирургу с жалобами на периодически возникающие боли при накусывании и приеме горячей пищи в области зуба 3.7. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.7 физиологической окраски. Коронка зуба 3.7 на $\frac{1}{4}$ восстановлена пломбой из фотополимерного материала. Перкуссия зуба 3.7 отрицательна. По

данным лучевых методов исследования (ортопантограммы и дентальной рентгенограммы) дистальный и медиальный корневые каналы зуба 3.7 качественно запломбированы, апикальные отверстия obturated. В области бифуркации корней определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами (0,2 × 0,2 см). В периапикальных тканях в области апексов медиального и дистального корней определяется незначительное расширение периодонтальной щели.

Определите диагноз?

А. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз острый одонтогенный остеомиелит

Б. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз апикальный гранулематозный периодонтит 3,7

В. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.7 с локализацией очага деструкции костной ткани в области бифуркации корней

Г. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.3 вне обострения

29. Пациентка С., 25 лет, обратилась на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на интенсивные, пульсирующие боли в зубе 3.5, иррадиирующие в ухо, висок, глаз. У пациентки появилось ощущение, что зуб 3.5 как бы вырос и при смыкании челюстей испытывает повышенную нагрузку, провоцирующую сильный болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,3 × 0,4 см), при пальпации болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области причинного зуба 3.5 десна гиперемирована, отечна. В проекции апекса зуба 3.5 визуализируется формирующийся свищевой ход. На жевательной поверхности зуба 3.5 определяется пломба из композиционного пломбировочного материала. Перкуссия зуба 3.5 резко положительна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 3.5 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков пламени. Температура тела пациентки 37,2 °С. Пациентке проводилось повторное эндодонтическое лечение зуба 3.5 и был назначен курс комплексной противовоспалительной терапии, включающий антибактериальные (предпочтение было отдано остеотропным антибиотикам), нестероидные противовоспалительные и антигистаминные лекарственные средства. Однако купировать воспалительный процесс не представилось возможным.

Укажите диагноз?

А. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулирующий периодонтит зуба 3.5 в стадии обострения

Б. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.5 с локализацией очага деструкции костной ткани в области бифуркации корней

В. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз апикальный гранулематозный периодонтит 3,5

Г. В указанной клинической ситуации на основании данных осмотра и результатов лучевых методов исследования может быть поставлен диагноз апикальный гранулирующий периодонтит зуба 3,5

30. У пациента Н., 26 лет, активно занимающегося восточными единоборствами, в процессе тренировки произошел травматический вывих зуба 1.3. В связи с этим пациент обратился в стоматологическую поликлинику по месту жительства к стоматологу-хирургу.

Определите какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в отношении зуба 1.3?

- А. В данной клинической ситуации пациенту показано удаление 1,3 зуба
- Б. В данной клинической ситуации пациенту показана имплантация зуба
- В. В данной клинической ситуации пациенту показана операция — первичная реплантация зуба 1.3
- Г. В данной клинической ситуации пациенту показан удаление и протезирование

31. Пациент Б., 31 год, обратился в стоматологический кабинет к стоматологу с целью лечения зуба 1.2 по поводу хронического пульпита. Врач провела двустороннюю инфильтрационную анестезию 2%-ным раствором лидокаина (4 мл), который был взят из упаковки, расположенной на рабочем столе. Маркировку ампулы стоматолог не проверила. При выполнении анестезии пациент отмечал сильную боль и чувство жжения в области введения препарата. Врач не обратила внимания на жалобы и закончила проведение анестезии. Боли у пациента продолжались. При осмотре области введения препарата отмечалась бледность слизистой оболочки. Анестезия не наступила.

Установите развитие какого осложнения в данной клинической ситуации можно предположить?

- А. введение агрессивной жидкости при выполнении анестезии
- Б. аллергическая реакция на данный анестетик
- В. введение перекиси водорода
- Г. Введение адреналина гидрохлорида

32. Пациент А., 30 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на боли в области зуба 2.4, которые усиливаются при накусывании и надавливании на зуб. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, поднижнечелюстные и подбородочные лимфатические узлы увеличены (0,2 × 0,2 см), слегка болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 2.4 гиперемирована, отечна. Коронка зуба 2.4 на 1/3 восстановлена фотополимерной пломбой, герметизм которой не нарушен. Перкуссия зуба 2.4 резко болезненна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 2.4 определяется расширение периодонтальной щели.

Определите диагноз.

- А. хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения.
- Б. одонтогенный периостит
- В. острый гнойный периодонтит 2.4
- Г. хронический апикальный гранулематозный периодонтит 2.4

33. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 22 года, с жалобами на интенсивные, пульсирующие боли в зубе 4.5, иррадиирующие в ухо, висок, глаз. У пациента создалось впечатление, что зуб 4.5 как бы вырос и при смыкании челюстей испытывает повышенную нагрузку, что провоцирует болевой приступ. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски. Подбородочные и поднижнечелюстные лимфатические узлы справа увеличены, при пальпации болезненны, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны. При осмотре полости рта: в области причинного зуба десна гиперемирована, отечна. На дистальной контактной поверхности зуба 4.5 в пришеечной области определяется глубокая кариозная полость, выполненная обилием размягченного дентина. Зондирование кариозной полости безболезненно. Перкуссия зуба 4.5 резко положительна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в периапикальных тканях в области апекса 4.5 определяется расширение периодонтальной щели. Температура тела пациента 37,1 °С.

Укажите диагноз, с которым пациент обратился к стоматологу-хирургу?

- А. хронический апикальный гранулематозный периодонтит 4.5
- Б. острый гнойный периодонтит зуба 4.5
- В. обострившийся хронический периодонтит 4.5

Г. одонтогенный периостит зуба 4.5

34. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Д., 25 лет, с целью санации полости рта. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Коронка зуба 3.5 разрушена до уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 3.5 отрицательны. При пальпации на альвеолярном отростке нижней челюсти слева, в проекции апекса зуба 3.5 пальпируется незначительное выбухание костной ткани (0,3 × 0,4 см). По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневого канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturated. В периапикальных тканях в области апекса корня определяется округлый очаг деструкции костной ткани (0,3 × 0,4 см) с четкими ровными контурами. Установите диагноз?

А. хронический апикальный гранулематозный периодонтит зуба 3.5 вне обострения

Б. хронический фиброзный периодонтит 3.5

В. обострившийся хронический периодонтит 4.5

Г. одонтогенный периостит зуба 4.5

35. На прием к стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях обратился пациент Л., 48 лет, по поводу удаления корня разрушенного ниже уровня десны зуба 4.5. После опроса и осмотра, выполнения специальных методов исследования (дентальный снимок зуба 4.5) был поставлен диагноз хронический фиброзный периодонтит зуба 4.5. Кроме того, пациент сообщил, что в течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом (тип 2).

Определите какие анестетики следует предпочесть для выполнения анестезии пациенту?

А. ультракаин, септонест

Б. мипивокаин, лидокаин без вазоконстриктора

В. артикаин, септонест

Г. ультракаин без вазоконстриктора

36. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 58 лет, по поводу удаления зуба 1.8 с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациента известно, что он страдает циррозом печени.

Определите какой анестетик следует применить у пациента?

А. кетамин

Б. гексенал

В. лидокаин

Г. местные анестетики класса эфиров, новокаин.

37. Больной Ш., 24 года доставлен в приемный покой отделения челюстно-лицевой хирургии бригадой скорой помощи с места автотранспортного происшествия. Жалобы на боль в костях лицевого скелета, кровотечение из носа, слабость, тошноту, головную боль, головокружение, однократную рвоту. Анамнез заболевания: находился за рулем автомобиля, случилось ДТП, обстоятельства не помнит. Около одного часа находился в бессознательном состоянии.

Перенесенные и сопутствующие заболевания: ОРВИ, хронический гастрит. Объективно: общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Отмечается ретроградная амнезия, умеренная брадикардия, нистагм. Наблюдается удлинение средней трети лица, кровоизлияние в конъюнктиву глаз, в верхнее и нижнее веко, лобную область, ссадина на подбородке. При пальпации определяется подвижность верхней челюсти, симптом «ступеньки» в области носолобного, скуло-челюстного швов, резкая боль при смыкании зубов. Прикус – открытый. В полости рта отмечается подвижность 3.1 и 4.1 зубов III степени.

Определите правильный диагноз?

- А. Сочетанная травма. Ушиб головного мозга легкой степени. Перелом верхней челюсти по Ле Фор – средний тип
- Б. Сочетанная травма. Ушиб головного мозга легкой степени. Перелом верхней челюсти по Ле Фор – средний тип. Неполный вывих 3.1, 4.1 зубов
- В. Ушиб головного мозга легкой степени. Перелом верхней челюсти по Ле Фор – средний тип. Неполный вывих 3.1, 4.1 зубов.
- Г. Ушиб головного мозга легкой степени. Перелом верхней челюсти по Ле Фор – средний тип. Вывих 3.1, 4.1 зубов

38. Больной Ш., 24 года доставлен в приемный покой отделения челюстно-лицевой хирургии бригадой скорой помощи с места автотранспортного происшествия. Жалобы на боль в костях лицевого скелета, кровотечение из носа, слабость, тошноту, головную боль, головокружение, однократную рвоту. Анамнез заболевания: находился за рулем автомобиля, случилось ДТП, обстоятельства не помнит. Около одного часа находился в бессознательном состоянии. Перенесенные и сопутствующие заболевания: ОРВИ, хронический гастрит. Объективно: общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное. Отмечается ретроградная амнезия, умеренная брадикардия, нистагм. Наблюдается удлинение средней трети лица, кровоизлияние в конъюнктиву глаз, в верхнее и нижнее веко, лобную область, ссадины на подбородке. При пальпации определяется подвижность верхней челюсти, симптом «ступеньки» в области носолобного, скуло-челюстного швов, резкая боль при смыкании зубов. Прикус – открытый. В полости рта отмечается подвижность 3.1 и 4.1 зубов III степени.

Выберите правильного метода лечения?

- А. Репозиция и фиксация отломков верхней челюсти хирургическим способом
- Б. Репозиция и фиксация отломков верхней челюсти хирургическим способом, репозиция и фиксация зубов 3.1, 4.1 с помощью гладкой шины скобы, противовоспалительная терапия
- В. Профилактический курс противовоспалительной терапии, репозиция и фиксация отломков верхней челюсти хирургическим способом
- Г. Репозиция и фиксация отломков верхней челюсти хирургическим способом, профилактический курс противовоспалительной терапии

39. В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении легкового автомобиля. Больная без сознания. Предварительный диагноз: сотрясение головного мозга средней тяжести, двусторонний перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.

Установите какова очередность оказания специализированной помощи?

- А. Рентгенография костей лицевого скелета в 2х проекциях
- Б. МСКТ, МРТ
- В. МСКТ
- Г. Рентгенография костей лицевого скелета в 2х проекциях, МСКТ, МРТ

40. В клинику доставлена больная в бессознательном состоянии после автомобильной аварии. Пациентка находилась на переднем сидении легкового автомобиля. Больная без сознания. Предварительный диагноз: сотрясение головного мозга средней тяжести, двусторонний перелом нижней челюсти в области ментальных отверстий, переломы костей обеих голеней и левого бедра, правой лопатки и левого предплечья.

Определите в каком отделении должна госпитализироваться больная?

- А. Нейрохирургия
- Б. Травматология
- В. Хирургическая стоматология
- Г. Нейрохирургия, травматология, хирургическая стоматология

41. Бригадой «скорой помощи» доставлен в клинику мужчина 32 лет с жалобами на слабость, резкие жгучие боли и покраснение кожи лица и волосистой части головы, наличие пузырей с прозрачной желтоватой жидкостью в области носа, подбородка, губ и скуловых областях. Со слов пострадавшего три часа тому назад на производстве он получил ожоги лица и волосистой части головы, обожженные поверхности сразу были обработаны спиртом в медпункте. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние средней тяжести. При местном осмотре определяются участок гиперемии кожи на волосистой части головы в лобной области, отечность и гиперемия кожи лица, наличие тонкостенных пузырей с серозным содержимым на носу, губах, подбородке, в скуловых областях, два пузыря на губах лопнули. Обнажилась ярко-красная мокнущая поверхность, болезненная при движении губ.

Выявите диагноз и проведите обоснование его?

- А. Ожог лица и волосистой части головы III степени
- Б. Ожог кожи носа, губ, подбородка и скуловых областей IV степени
- В. Ожог участков кожи лица и волосистой части головы в лобной части - II степени.
- Г. Ожог лица и волосистой части головы, кожи носа, губ, подбородка и скуловых областей II степени

42. Бригадой «скорой помощи» доставлен в клинику мужчина 32 лет с жалобами на слабость, резкие жгучие боли и покраснение кожи лица и волосистой части головы, наличие пузырей с прозрачной желтоватой жидкостью в области носа, подбородка, губ и скуловых областях. Со слов пострадавшего три часа тому назад на производстве он получил ожоги лица и волосистой части головы, обожженные поверхности сразу были обработаны спиртом в медпункте. Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания. Общее состояние средней тяжести. При местном осмотре определяются участок гиперемии кожи на волосистой части головы в лобной области, отечность и гиперемия кожи лица, наличие тонкостенных пузырей с серозным содержимым на носу, губах, подбородке, в скуловых областях, два пузыря на губах лопнули. Обнажилась ярко-красная мокнущая поверхность, болезненная при движении губ.

Определите план лечения?

- А. Введение обезболивающих средств, противостолбнячной сыворотки, сердечных средств, назначение антибиотиков, питья.
- Б. Местное лечение при открытом способе предусматривает применение препаратов, способствующих профилактике вторичной инфекции и стимулирующих эпителизацию.
- В. Введение обезболивающих средств, противостолбнячной сыворотки, сердечных средств, назначение антибиотиков, питья. Местное лечение при открытом способе предусматривает применение препаратов, способствующих профилактике вторичной инфекции и стимулирующих эпителизацию

43. Больной, 18 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на ноющую боль, усиливающуюся при накусывании на верхние центральные зубы. Из анамнеза выяснено, что два дня назад был избит неизвестными. Сознания не терял, тошноты, рвоты не было. За медицинской помощью не обращался. Из перенесенных заболеваний указывает только детские инфекции. При осмотре выявлен отек верхней и нижней губ. Рот открывается на 2,5 – 3,0 см. Зубы 11,12 вне прикуса, подвижны в вестибуло-оральном направлении. Имеется гиперемия и отечность десневых сосочков в области 11,12. Остальные зубы интактны, в прикусе. При рентгенологическом исследовании данных за перелом челюстных костей нет, целостность 11,12 сохранена, имеется незначительное расширение периодонтальной щели. Электровозбудимость пульпы 11,12 зубов снижена.

Укажите правильный диагноз ?

- А. Вывих 11, 12 зубов
- Б. Травматический вывих 11, 12 зубов
- В. Неполный вывих 11,12 зубов.
- Г. Полный вывих 11, 12 зубов

44. В стоматологическую поликлинику обратился больной 49 лет с жалобами на наличие припухлости в области угла нижней челюсти справа, общую слабость, плохой сон, плохой аппетит, наличие повышенной (до 37,6*С) температуры. В анамнезе: в течение трёх лет состоит на учёте у фтизиатра. Реакция Манту, проведенная месяц тому назад, дала положительный результат. Считает себя больным около 2 месяцев, когда появились боли в 48 зубе, а затем припухлость в области угла нижней челюсти справа. По месту жительства стоматологом была произведена периостотомия в ретромолярном треугольнике, назначены антибиотики, сульфаниламиды. Состояние улучшилось, но спустя несколько дней вновь появилась болезненная припухлость в этой же области, которая, несмотря на продолжающееся лечение, неоднократно возобновлялась. В итоге хирург удалил 48 зуб, а через 10-12 дней на коже в области припухлости был произведен разрез, из которого выделялся густой гной, а затем творожистоподобная масса. При обострениях повышалась температура тела до 38-38,5°С. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°С. В полости рта, в проекции удалённого 48 зуба, имеется неправильной формы язва с кратерообразными стенками. Имеется грязно-жёлтый налёт. Пальпация вокруг язвы, особенно её стенок, резко болезненна. Из свища в проекции угла нижней челюсти справа (где раньше был сделан разрез) выделяется в небольшом количестве густой зеленоватый гной с казеозным распадом. На представленной рентгенограмме тела и ветви нижней челюсти справа на фоне остеопороза определяются единичные, различной величины и формы костные дефекты неправильной формы, с нечёткими контурами.

Выберите правильный диагноз?

- А. Осложнение после удаления зуба на фоне туберкулеза
- Б. Туберкулезный лунночковый остеомиелит
- В. Осложнение после удаления зуба на фоне туберкулеза в виде обострения процесса.
- Г. Все ответы верны

45. В стоматологическую поликлинику обратился больной 49 лет с жалобами на наличие припухлости в области угла нижней челюсти справа, общую слабость, плохой сон, плохой аппетит, наличие повышенной (до 37,6*С) температуры. В анамнезе: в течение трёх лет состоит на учёте у фтизиатра. Реакция Манту, проведенная месяц тому назад, дала положительный результат. Считает себя больным около 2 месяцев, когда появились боли в 48 зубе, а затем припухлость в области угла нижней челюсти справа. По месту жительства стоматологом была произведена периостотомия в ретромолярном треугольнике, назначены антибиотики, сульфаниламиды. Состояние улучшилось, но спустя несколько дней вновь появилась болезненная припухлость в этой же области, которая, несмотря на продолжающееся лечение, неоднократно возобновлялась. В итоге хирург удалил 48 зуб, а через 10-12 дней на коже в области припухлости был произведен разрез, из которого выделялся густой гной, а затем творожистоподобная масса. При обострениях повышалась температура тела до 38-38,5°С. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°С. В полости рта, в проекции удалённого 48 зуба, имеется неправильной формы язва с кратерообразными стенками. Имеется грязно-жёлтый налёт. Пальпация вокруг язвы, особенно её стенок, резко болезненна. Из свища в проекции угла нижней челюсти справа (где раньше был сделан разрез) выделяется в небольшом количестве густой зеленоватый гной с казеозным распадом. На представленной рентгенограмме тела и ветви нижней челюсти справа на фоне остеопороза определяются единичные, различной величины и формы костные дефекты неправильной формы, с нечёткими контурами.

Установите в каком медицинском учреждении пациент должен получать лечение?

- А. Челюстно-лицевая хирургия

- Б. Туберкулезный диспансер
- В. Хирургический отдел
- Г. Стоматологическая поликлиника

46. Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость спереди от козелка уха в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, резкое ограничение открывания рта. Боли усиливаются при попытке приеме пищи, при движениях нижней челюстью.

Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла после получения удара «в ухо» слева около 12 часов назад. Больной сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Появившийся отек мягких тканей в околоушной области слева постепенно нарастал, усиливалось и ограничение подвижности нижней челюсти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушной области слева, ближе к козелку уха имеется подкожная гематома размером 2,2 x 1,9 см, пальпация в этом участке болезненна. Открывание рта резко ограничено – до полутора см между резцами. В полости рта: ортогнатический прикус, целостность альвеолярных отделов челюстных костей не нарушена, при открывании рта боковых смещений нижней челюсти не определяется. При рентгенологическом исследовании по Шюллеру костные структуры, образующие сустав, в норме, суставная щель слева несколько расширена при сомкнутых челюстях.

Укажите правильный диагноз?

- А. Травматический артрит левого внчс
- Б. Острый артрит левого ВНЧС
- В. Острый травматический артрит левого ВНЧС.
- Г. Артрит левого ВНЧС

47. Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость спереди от козелка уха в области височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) слева, резкое ограничение открывания рта. Боли усиливаются при попытке приеме пищи, при движениях нижней челюстью.

Из анамнеза выявлено, что острая боль возникла после получения удара «в ухо» слева около 12 часов назад. Больной сознания не терял, тошноты и рвоты не было. Появившийся отек мягких тканей в околоушной области слева постепенно нарастал, усиливалось и ограничение подвижности нижней челюсти. При внешнем осмотре отмечается асимметрия лица за счет отека мягких тканей околоушной области слева, ближе к козелку уха имеется подкожная гематома размером 2,2 x 1,9 см, пальпация в этом участке болезненна. Открывание рта резко ограничено – до полутора см между резцами. В полости рта: ортогнатический прикус, целостность альвеолярных отделов челюстных костей не нарушена, при открывании рта боковых смещений нижней челюсти не определяется. При рентгенологическом исследовании по Шюллеру костные структуры, образующие сустав, в норме, суставная щель слева несколько расширена при сомкнутых челюстях.

Выберите правильный метод лечения?

- А. Обеспечение неподвижности ВНЧС в течение 2 недель;
- Б. Назначение антигистаминных препаратов и анальгетиков;
- В. Физиотерапия ВНЧС
- Г. Обеспечение неподвижности ВНЧС, назначение антигистаминных препаратов, назначение анальгетиков, через неделю после травмы МВ-терапию, ГНЛ;

48. Больной 18 лет обратился с жалобами на боли в 11 зубе, возникшие сразу после травмы. При осмотре: коронка 11 зуба отломана на 1/2 длины, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит, резко болезненна при зондировании.

Укажите диагноз?

- А. Перелом коронки 11 зуба, 2 класс по Блэку

- Б. Перелом коронки 11 зуба, 4 класс по Блэку
- В. Перелом коронки 11 зуба, 2 класс по Гаврилову
- Г. Перелом коронки 11 зуба, 3 класс по Эллису

49. Больной 18 лет обратился с жалобами на боли в 11 зубе, возникшие сразу после травмы. При осмотре: коронка 11 зуба отломана на 1/2 длины, полость зуба вскрыта, пульпа кровоточит, резко болезненна при зондировании.

Назовите дополнительные методы диагностики?

- А. Перкуссия
- Б. Пальпация
- В. Рентгенография
- Г. Зондирование

50. Стоматологу-хирургу при удалении зуба дополнительно потребовался прямой элеватор, которого не оказалось среди подготовленных к работе стерильных инструментов. Врач попросил медсестру подать ему необходимый инструмент из числа прошедших дезинфекцию.

Определите можно ли использовать хирургический инструментарий, прошедший только дезинфекцию?

- А. Для выполнения хирургических манипуляций нельзя использовать инструментарий, прошедший только дезинфекцию
- Б. При отсутствии стерильных инструментов можно использовать после дезинфекции
- В. Можно использовать после спиртовой обработки
- Г. Можно использовать после обработки 6% перекисью водорода

51. При проверке санитарно-эпидемиологического режима в хирургическом стоматологическом кабинете выявлено использование хирургического инструментария. При проверке качества его обработки была констатирована положительная проба на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

Какая проба позволяет выявить скрытую кровь на хирургическом инструментарии?

Выделите какова методика проведения пробы на скрытую кровь?

- А. азопирамовая проба.
- Б. Фенолфталеиновая проба
- В. Амидопириновая проба
- Г. Йодовая проба

52. Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 °С в течение 2–3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей щечной области справа. При осмотре полости рта коронка зуба 1.3 разрушена на 1/2. Переходная складка в области зуба 1.3 сглажена, слизистая оболочка щеки инфильтрирована и гиперемирована.

Определите симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата?

- А. Симптом флюктуации
- Б. Симптом Никольского
- В. Симптом Венсана
- Г. Симптом пергаментного хруста

53. Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

Укажите какие объективные методы обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

- А. физикальные, инструментальные, лучевые
- Б. Лабораторное методика, рентгенограмма дна полости рта
- В. Гистологическое исследование
- Г. Визиограф

54. Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

Определите какие из лучевых методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

- А. Компьютерную томографию
- Б. Визиография
- В. Рентгенография
- Г. Ортопантограмма

55. Пациент А., 31 год, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на заложенность правой половины носа, гнойное отделяемое из правой половины носа, головную боль, боль в правой подглазничной области и ее отечность. Пациент отмечает периодические боли в области верхней челюсти справа, иррадиирующие в глаз и висок. Пациенту был поставлен предварительный диагноз острый гнойный одонтогенный синусит верхнечелюстной пазухи справа.

Выделите какой из лабораторных методов исследования в данной клинической ситуации следует считать наиболее информативными?

- А. Общий анализ мочи
- Б. Общий анализ крови
- В. Исследование ПТИ
- Г. Общий анализ периферической крови, общий анализ мочи, исследование ПТИ

56. Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны. Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи.

Установите какова правильная последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

- А. Осмотра полости рта, осматривать разрушенные зубы, пальпация мягких тканей около зуба и рентгенография 3.7 зуба
- Б. Рентгенография 3,7, пальпация, осмотр полости рта
- В. Ортопантограмма, осмотр, перкуссия 3,7
- Г. Осмотр 3,7, электроодонтометрия

57. Пациент 30 лет. Жалобы на резкие боли при приеме пищи на верхней челюсти слева. На рентгенограмме 2.6 зуба выявлены изменения в области шейки дистального корня. Перкуссия положительная. Диагноз: кариес корня 2.6 зуба. Тактика лечения: операция удаления зуба.

Укажите основной вид обезболивания, применяемый при операции удаления зубов?

- А. Местное
- Б. общее (наркоз)
- В. комбинированное
- Г. нейролептанальгезия

58. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

Определите какое обезболивание может быть применено в данной клинической ситуации?

- А. инфильтрационная анестезия
- Б. Общий наркоз
- В. Туберальная анестезия
- Г. Мандибулярное анестезия

59. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка У., 24 года, с жалобами на папиллому слизистой оболочки щеки. Обследовав пациентку, хирург установил, что новообразование поверхностное и пациентка не имеет сопутствующих соматических заболеваний. При планировании оперативного вмешательства в амбулаторных условиях следует выбрать вид обезболивания.

Укажите какие анестетики могут быть использованы для проведения указанных видов обезболивания?

- А. препараты 4%-ного артикаина с адреналином в разведении 1 : 200 000 (Septodont), Ultracain DS (Aventis), Ubistesin (ESPE).
- Б. лидокаин 2%
- В. Аэрозол лидокаин 10%
- Г. Новокаин 2%

60. Стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.7 необходимо выполнить проводниковую анестезию. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения анестезии и предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какой шприц готовить для проведения анестезии?»

Установите какие шприцы могут быть использованы для проведения инъекционного обезболивания?

- А. Карпульные
- Б. Шприц Жанне
- В. Инсулиновые шприцы
- Г. многодозовые шприцы

61. Стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.7 необходимо выполнить проводниковую анестезию. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения анестезии и предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какой шприц готовить для проведения анестезии?»

Укажите вид анестетика, применяемый для проводниковой анестезии?

- А. Септонест
- Б. ксилокаин
- В. новокаин 0,5%
- Г. лидокаин 10%

62. Стоматологу-хирургу необходимо удалить 3.7 зуб с сохраненной коронковой частью. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения предстоящей операции удаления зуба 3.7. Медсестра задает вопрос: «Какие щипцы готовить для проведения удаления?»

Определите какими щипцами удаляют 3.7 зуб?

- А. клювовидные щипцы для удаления моляров
- Б. смыкающиеся щипцы для удаления моляров
- В. байонет
- Г. S-образные щипцы

63. Пациентке Ф. 6 лет. Направлена на консультацию к ортодонту из хирургического отделения с диагнозом низкое прикрепление уздечки верхней губы. При осмотре: ранняя потеря резцов на верхней челюсти. 11, 21 в стадии прорезывания. Уздечка верхней губы прикреплена к краю альвеолярного отростка, широкая. Места верхним резцам достаточно. Имеются разрушенные коронки 55 и 65.

Отметьте что рекомендовано в данной клинической ситуации ?

- А. операция перемещения уздечки верхней губы
- Б. отложить операцию до полного формирования корней 11, 21
- В. изготовить расширяющую пластинку

64. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент В., 25 лет, по поводу удаления зуба 3.6. Из анамнеза известно, что с 5 лет пациент болен гепатитом С.

Укажите правильный ответ в данной клинической ситуации?

- А. Требуется специальная дезинфекция хирургического инструмента
- Б. Не требуется специальная дезинфекция и стерилизация хирургического инструментария
- В. Требуется специальная стерилизация хирургического инструментария
- Г. Требуется химическая стерилизация хирургического инструментария

65. К стоматологу-хирургу на консультацию обратился пациент С., 25 лет. Из анамнеза стало известно, что он ВИЧ-инфицирован. Однако врач продолжил осмотр пациента без маски и перчаток.

Укажите, что должен сделать врач стоматолог-хирург?

- А. Врач не обязан использовать индивидуальные средства защиты (маску, перчатки)
- Б. Врач обязан использовать индивидуальные средства защиты (маску, перчатки)
- В. врач стоматолог-хирург должен осмотреть пациента в специально отведенном месте.

66. В хирургическом стоматологическом кабинете при проверке санитарно-эпидемиологического режима установлено: рабочий раствор для обработки хирургического инструментария «Гексодекон» заменяли через

48 часов. Плановая замена дезинфицирующих средств препаратами другого типа осуществлялась через 6 месяцев.

Укажите каков срок замены рабочего раствора?

- А. Замена рабочих растворов дезинфицирующих средств должна
- Б. осуществляться через 12 часов.
- В. Замена рабочих растворов дезинфицирующих средств должна
- Г. осуществляться через 24 часов.

67. Стоматологу-хирургу при удалении зуба дополнительно потребовался прямой элеватор, которого не оказалось среди подготовленных к работе стерильных инструментов. Врач попросил медсестру подать ему необходимый инструмент из числа прошедших дезинфекцию.

Укажите какой инструмент используется для выполнения хирургических манипуляций ?

- А. инструмент, прошедший только дезинфекцию.
- Б. инструмент, прошедший только стерилизации
- В. инструмент, прошедший дезинфекцию и стерилизации
- Г. инструмент ,прошедший химической стерилизации

68. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 17 лет, с жалобами на эстетический недостаток — вестибулярное положение зуба 1.3 — и с просьбой удалить данный зуб. При проведении осмотра врач констатировал следующее: у пациента дистальный прикус, все зубы интактны, отмечается скученность резцов на верхней и нижней челюстях.

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

- А. необходимо рекомендовать консультацию ортодонта
- Б. необходимо рекомендовать консультацию терапевта
- В. необходимо рекомендовать консультацию ортопеда
- Г. 4. необходимо рекомендовать консультацию пародонтолога

69. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

Установите диагноз?

- А. Острый частичный пульпит 2.8
- Б. Острый диффузный пульпит 2.8
- В. обострение хронического пульпита зуба 2.8
- Г. Обострение хронического периодонтита 2.8

70 .На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

- А. витальная экстирпация
- Б. операция удаления зуба
- В. девитальная ампутация
- Г. сохранение пульпы

71. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

Укажите диагноз?

- А. Обострение хронического периодонтита 2.4
- Б. Продольный перелом коронки зуба 2.4
- В. Обострение хронического пульпита 2.4
- Г. хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.4 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.4

72. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Н., 61 год, с жалобами на боли при накусывании на зуб 2.4, которые беспокоят ее в течение трех дней. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: зубы 2.3, 2.5 отсутствуют, зуб 2.4 под пломбой. Имеется трещина коронки и корня зуба 2.4 в медиодистальном направлении. Перкуссия зуба 2.4 положительна. Констатируется подвижность небного бугра по отношению к зубу. Маргинальный край десны с небной стороны в области зуба 2.4 гиперемированный, отечный. Антагонистом указанного зуба является частичный съемный протез на нижнюю челюсть. По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) корневые каналы зуба 2.4 запломбированы на $\frac{1}{2}$ длины, апикальные отверстия не obturированы. Определяется расширение периодонтальной щели.

Определите тактику стоматолога-хирурга в указанной клинической ситуации?

- А. Операция удаления 2.4 зуба
- Б. Удаление коронковой части 2.4 зуба
- В. Экстирпация канала 2.4 зуба
- Г. Все ответы верны

73. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка В., 56 лет, с жалобами на то, что коронка зуба 3.8, имеющего наклон в язычную сторону, постоянно травмирует язык. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, пальпируется поднижнечелюстной лимфатический узел слева ($0,5 \times 1$ см), слегка болезненный, мягкий, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: коронка зуба 3.8 наклонена в язычную сторону (лингвоверсия). Слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.8 физиологической окраски. Перкуссия зуба 3.8 отрицательна. На боковой поверхности языка по линии смыкания зубных рядов на уровне коронки зуба 3.8 определяется эрозия слизистой оболочки ($0,7 \times 1,0$ см).

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

А Шлифовка язычную сторону, лечение эрозии

Б. Под местным обезболиванием экстирпация пульпы, заполнение канала, пломбирование, шлифование, лечение эрозии

В. операция удаления зуба

Г. Шлифовка язычную сторону

74. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Д., 51 год, с жалобами на подвижность зубов 4.1, 4.2. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярных отростков гиперемирована, отечна, в том числе и в области зубов 4.1 и 4.2. Определяются обильные над- и поддесневые зубные отложения. Рецессия десны в области указанных зубов составляет $\frac{1}{2}$ длины корня. Перкуссия зубов 4.1, 4.2 отрицательна. Зубы 4.1, 4.2 патологически подвижны (III степень). По данным лучевых методов исследования (ортопантограммы) деструкция межкорневых перегородок альвеолярной кости составляет $\frac{2}{3}$ зубов 4.1 и 4.2.

Какой должна быть тактика стоматолога-хирурга в данной клинической ситуации?

А. Чистка над- и поддесневых зубных отложений, физиолечение

Б. проф.гигиена, операция удаления зубов 4.1, 4.2

В. проф.гигиена, сохранение 4.1, и 4.2

Г. Удаление зубов 4.1, 4.2

75. Пациентка А., 42 года, обратилась к стоматологу-хирургу для удаления зуба 3.5 по ортопедическим показаниям. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 3.5 физиологической окраски. Зуб 3.5 под фотополимерной пломбой, которая восстанавливает $\frac{2}{3}$ коронки. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) корневой канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. Определяется расширение периодонтальной щели. Врач после выполнения двусторонней инфильтрационной анестезии приступил к удалению зуба 3.5 при помощи клювовидных щипцов с несходящимися щечками. Однако в процессе удаления произошел отлом коронки зуба 3.5.

Укажите с помощью каких инструментов может быть продолжена операция удаления зуба 3.5?

А. Элеватором

Б. Баянет

В. клювовидных щипцов со сходящимися щечками или при помощи прямого элеватора

Г. Клювовидный щипцы

76. Пациентка К., 32 года, находится на диспансерном наблюдении у стоматолога-хирурга после перенесенного оперативного вмешательства по поводу слюнно-каменной болезни поднижнечелюстной слюнной железы. При очередном осмотре пациентки возникло подозрение на наличие конкремента в выводном протоке.

Определите какой метод обследования следует использовать в данной клинической ситуации?

А. лучевые методы диагностики

Б. лабораторные методы исследования

В. биопсия, МРТ, УЗИ

Г. КТ, лучевые методы диагностики

77. Пациентка Ю., 29 лет, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,7 °С в течение 3 дней. Объективно: констатируется разлитой инфильтрат и гиперемия кожных покровов мягких тканей поднижнечелюстной области слева. При осмотре полости рта зуб 3.7 разрушен ниже уровня десны.

Переходная складка в области зуба 3.7 сглажена, слизистая оболочка инфильтрирована и гиперемирована. Проводя обследование пациентки, стоматолог-хирург после опроса начал осмотр полости рта, а затем стал исследовать кожные покровы челюстно-лицевой области и шеи.

Определите последовательность обследования пациентки с хирургической патологией челюстно-лицевой области и шеи?

- А. Опрос, внешний осмотр, осмотр полости рта
- Б. Внешний осмотр, осмотр полости рта, опрос
- В. Опрос, осмотр полости рта
- Г. Осмотр полости рта, внешний осмотр, опрос

78. Пациент П., 27 лет, обратился к стоматологу с целью хирургической санации полости рта перед протезированием. В анамнезе у данного пациента имеется аллергическая реакция на новокаин. Он был обследован у врача-аллерголога и получил следующие результаты: новокаин — 22 %; лидокаин — 15 %; ультракаин — 5 %. Пациент предъявляет жалобы на разрушение коронки зуба 2.4. Объективно: конфигурация лица пациента не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 2.4 в цвете не изменена, коронка зуба полностью разрушена ниже уровня десны. Зондирование и перкуссия зуба 2.4 безболезненны. На рентгенограмме определяется неравномерное расширение периодонтальной щели в проекции апекса корней зуба 2.4, каналы запломбированы на $\frac{1}{3}$ длины.

Определите какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?

- А. лидокаин
- Б. артикаин
- В. ультракаин
- Г. новокаин

79. К врачу стоматологу обратился больной С.К. 1978г.р. с жалобами на жжение в области боковой поверхности языка слева, боли, усиливающиеся во время еды от термических, химических, тактильных раздражителей, в последнее время боли усилились в связи с чем больной обратился к врачу.

При внешнем осмотре лицо обычной конфигурации. При осмотре полости рта на слизистой оболочка бледно-розового цвета. На боковой поверхности языка слева на фоне возвышающихся молочно-белых гладких бляшек определяется наличие одиночной эрозии, пальпаторно и при зондировании которой отмечается резкая болезненность, окружающие ткани без особенностей. Подвижность языка не ограничена. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Установите какой диагноз:

- А. Веррукозная лейкоплакия
- Б. Эрозивная форма красного плоского лишая
- В. Эрозивная форма красного плоского лишая
- Г. Эрозивная лейкоплакия

80. Пациенту З., 41 год, перед лечением зуба 2.6 на верхней челюсти слева была выполнена туберальная анестезия раствором 2%-ного лидокаина с адреналином. Через 3 часа пациент стал жаловаться на боли в области боковой стенки носа, под глазом и над скуловой костью слева.

Определите лечение данного осложнения?

- А. Специальных лечебных мероприятий в данной клинической ситуации не требуется, ишемия кожи проходит самостоятельно по мере метаболизма анестетика.
- Б. местно — гемостаз компрессией или с использованием гемостатической губки, пленки.
- В.1) медикаментозного лечения; 2) применения лечебных физических воздействий (рефлексотерапии или физиотерапии).

Г. Проведите дифференциальную диагностику данного патологического процесса с заболеваниями, наиболее близкими по развитию, клинической картине, течению.

81. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Л., 37 лет, с жалобами на приступообразные боли в зубах слева, усиливающиеся в вечернее и ночное время. Из анамнеза известно, что боли беспокоят пациентку 3 дня. Указать локализацию боли она затрудняется. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: в пришеечной области зуба 2.8 обнаружена глубокая кариозная полость, распространяющаяся под десну и выполненная размягченным дентином. Перкуссия зуба 2.8 отрицательна. Зондирование кариозной полости резко болезненно в одной точке. Термопроба положительна. Патологическая подвижность зуба 2.8 не определяется. Доступ к нему для проведения терапевтического лечения затруднен.

Определите диагноз.

А. хронический апикальный фиброзный периодонтит зуба 2.8 в стадии обострения, продольный перелом коронки и корня зуба 2.8.

Б. полуретенция, дистопия зуба 2.8, горизонтальное положение

В. обострение хронического пульпита зуба 2.8.

Г. полуретенция, дистопия зуба 2.8, медиально наклоненное положение.

82. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка Е., 40 лет, с жалобами на разрушенный зуб 4.5. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области зуба 4.5 физиологической окраски. Коронка зуба 4.5 разрушена ниже уровня десны. Зондирование безболезненно, определяется значительное размягчение тканей зуба 4.5. Перкуссия отрицательна. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) в области апекса 4.5 определяется расширение периодонтальной щели. На рентгенограмме определяется значительное расширение верхушки корня зуба, шейка зуба 4.5 уже его апекса, что верифицируется как гиперцементоз зуба 4.5

Перечислите перечень набора инструментов и материалов, необходимых для проведения операции сложного удаления корня зуба 4.5.

А. стоматологические фрезы и боры (шаровидные и фиссурные), бормашину, с клювовидные щипцы со сходящимися узкими щечками (корневые), прямой элеватор, элеватор под углом «на себя», прямой наконечник

Б. прямой элеватор, элеватор под углом «на себя», щипцы, бормашину

В. щипцы для удаление корней зубов нижней челюсти, бормашину

Г. S-образные щипцы, клювовидные щипцы, элеватор

83. Пациент В., 24 года, обратился на прием к стоматологу-хирургу с жалобами на периодические ноющие боли в области нижней челюсти слева, которые беспокоят около года. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается безболезненно, в пределах физиологической нормы. При осмотре полости рта: слизистая оболочка в области зуба 3.8 физиологической окраски, коронка зуба 3.8 прорезалась на $\frac{1}{3}$ дистальным бугром. Зуб 3.8 находится в горизонтальном положении, он расположен в передней части края ветви нижней челюсти на $\frac{1}{3}$ длины зуба. Острых воспалительных явлений в полости рта на момент осмотра не констатируется. По данным лучевых методов исследования (дентальной рентгенограммы) определяется наложение проекции апекса корня зуба 3.8 на границы нижнечелюстного канала. 1.

Определите диагноз.

А. Дистоция 3.8, полуретенция

Б. Хронический периодонтит, дистоция 3.8

В. Горизонтальное положение 3.8. хронический периодонтит

Г. полуретенция, дистоция зуба 3.8, горизонтальное положение.

84. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Ж., 28 лет, с жалобами на боли в области лунки зуба 2.5, который, со слов пациента, был удален сутки назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел (0,3 × 0,2 см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 2.5 гиперемирована, отечна. Кровяной сгусток в лунке отсутствует, ее дно покрыто сероватым налетом. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 2.5 и костных осколков не обнаружено.

Укажите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 2.5?

А. луночковый остеомиелит

Б. луночковая послеоперационная боль

В. периостит

Г. некроз

85. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 31 год, с жалобами на сильные боли неврологического характера в области лунки зуба 4.4, который, со слов пациентки, был удален 4 дня назад. Удаление было травматичным. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области справа пальпируется лимфатический узел (0,3 × 0,5 см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка физиологической окраски. Визуализируется выступающий неровный край стенки альвеолы в области лунки 4.4. При пальпации острого выступающего края стенки альвеолы пациентка ощущает резкую боль. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в области лунки частей корня зуба 4.4 и костных остатков не обнаружено.

Определите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.4?

А. луночковая послеоперационная боль, обусловленная острыми костными краями стенки лунки удаленного зуба 4.4.

Б. Альвеолит 4.4

В. Луночковый остеомиелит 4.4

Г. Острый костный край 4.4

86. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент М., 33 года, с жалобами на боли в области лунки зуба 4.6, который, со слов пациента, был удален 3 дня назад. Боли иррадиируют в висок, глаз, ухо. Пациент отмечает неприятный запах изо рта. В последние два дня констатирует повышение температуры до 37,6 °С. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, в поднижнечелюстной области слева пальпируется лимфатический узел (0,5 × 1 см), слегка болезненный, эластичной консистенции, подвижный, с кожей и подлежащими тканями не спаянный. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 4.6 гиперемирована, отечна. Пальпация переходной складки в области лунки зуба 4.6 болезненна. Сгусток в лунке отсутствует, ее дно, края и межкорневая перегородка покрыты сероватым фибринозным налетом. Ощущается неприятный запах изо рта пациента. По данным лучевых методов исследования (прицельный снимок) в лунке удаленного зуба 4.6 имеются два мелких инородных тела

Укажите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.6?

А. альвеолит 4.6 (воспаление стенок лунки удаленного зуба).

Б. остеомиелит луночковый

В. Луночковые боли 4,6

Г. Некроз альвеолы 4,6

87. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка С., 30 лет, с жалобами на то, что после удаления зуба 3.7 в первой половине дня она до вечера сплевывала слюну с прожилками сукровицы. Со слов пациентки, удаление было сложным. Сукровица начала сочиться сразу после удаления, но пациентка за помощью не обращалась, думая, что это скоро пройдет. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 3.7 гиперемирована. Лунка выполнена сгустком на $\frac{1}{2}$ глубины, она слабо кровоточит.

Определите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 3.7?

А. первичное луночковое кровотечение

Б. альвеолит

В. кровотечение

Г. парестезия

88. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка К., 32 года, с жалобами на онемение альвеолярного отростка, нескольких зубов нижней челюсти справа, подбородочной области до правого угла рта, которое появилось вчера после травматичного удаления зуба 4.8. Объективно: конфигурация лица не изменена, кожные покровы физиологической окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. При осмотре полости рта: слизистая оболочка альвеолярного отростка в области лунки зуба 4.8 гиперемирована. Лунка выполнена кровяным сгустком. При исследовании чувствительности констатируется парестезия альвеолярного отростка нижней челюсти справа, подбородочной области справа, зоны в области правого угла рта. Отмечается снижение данных электроодонтодиагностики (ЭОД) зубов 4.7, 4.6, 4.5, 4.4.

Установите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 4.8?

А. травматическое повреждение (неврит) нижнего альвеолярного нерва справа

Б. перелом нижней челюсти

В. Отлом бугра верхней челюсти

Г. Вывих челюсти

89. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент Л., 64 года, у которого по ортопедическим показаниям в плановом порядке должен быть удален зуб 1.8. Из анамнеза жизни пациента известно, что ему 10 лет назад диагностирована ишемическая болезнь сердца и по поводу данного заболевания он постоянно принимает лекарственные средства (поддерживающая терапия).

Узнайте можно ли приступить к операции удаления зуба 1.8 сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу?

А. сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба возможно.

Б. сразу же после обращения пациента к стоматологу-хирургу приступить к операции удаления зуба невозможно

В. После консультации кардиолога

Г. Возможно через 3 дня после обращение

90. В поликлинике на прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 58 лет, с диагнозом радикулярная киста (1,0 × 0,8 см) нижней челюсти в области апекса зуба 4.3. Из анамнеза жизни пациентки известно, что с детства у нее имеется ревматический порок сердца, по поводу которого она постоянно принимает поддерживающую лекарственную терапию. Хирург назначил пациентке операцию в плановом порядке, указав в перечне необходимое предоперационное обследование: осмотр терапевта и ЭКГ.

Определите можно ли считать действия врача правильными?

- А. Нет, так как врач неправильно определил плановый характер оперативного вмешательства
- Б. Врач правильно определил плановый характер оперативного вмешательства и назначил пациентке МРТ
- В. Врач правильно определил плановый характер оперативного вмешательства и обоснованно назначил пациентке консультацию терапевта и ЭКГ
- Г. Плановый характер оперативного вмешательства было определено неправильно и назначено не правильно ЭКГ

91. На прием к стоматологу-хирургу в условиях городской стоматологической поликлиники обратилась пациентка З., 60 лет, с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 вне обострения. Из анамнеза известно, что пациентка 8 лет назад перенесла инсульт.

Определите какие анестетики могут быть использованы для проведения местной (проводниковой и инфильтрационной) анестезии у пациентки?

- А. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенипрессином или адреналином
- Б. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенипрессином или адреналином в концентрации не более 2 : 300 000; карпулированные препараты: Septanest (2 : 300 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 5 % plain, Мepivastesin, лидокаин без вазоконстриктора
- В. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенипрессином или адреналином в концентрации не более 1 : 200 000; карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Мepivastesin, лидокаин без вазоконстриктора
- Г. карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Мepivastesin, лидокаин без вазоконстриктора.

92. Стоматолог-хирург, работающий в специализированном отделении многопрофильной больницы, консультируется в кардиологическом отделении пациента Л., 62 года. Из анамнеза пациента известно, что 2 года назад ему была выполнена операция — аортокоронарное шунтирование.

Определите к какой группе риска с развитием бактериального эндокардита относится пациент?

- А. к группе с незначительным риском развития бактериального эндокардита
- Б. к группе со значительным риском развития бактериального эндокардита.
- В. к группе с высоким риском развития бактериального эндокардита
- Г. к группе с острым риском развития бактериального эндокардита

93. Стоматологу-хирургу, работающему в специализированном отделении многопрофильной больницы, предстоит провести хирургическую санацию полости рта у пациентки К., 58 лет, которая

5 лет назад перенесла инфекционный эндокардит. Известно, что после полного комплексного предварительного обследования пациентке рекомендовано удаление следующих зубов:

- 1) 4.8 по поводу диагноза хронический гранулематозный периодонтит вне обострения;
- 2) 4.5 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения;
- 3) 2.4 по поводу диагноза хронический гранулирующий периодонтит вне обострения;
- 4) 2.5 по поводу диагноза хронический фиброзный периодонтит вне обострения.

Из анамнеза известно, что зуб 2.5 неоднократно подвергался эндодонтическому лечению, которое нельзя считать успешным, так как процесс периодически обострялся. Однако стоматолог-ортопед настаивает на сохранении указанного зуба из-за изменения конструкции ранее планируемого протеза.

Определите к какой группе риска развития бактериального эндокардита относится пациентка?

- А. к группе значительного риска развития бактериального эндокардита.
- Б. к группе с высоким риском развития бактериального эндокардита
- В. к группе с острым риском развития бактериального эндокардита
- Г. к группе с незначительным риском развития бактериального эндокардита

94. На прием к стоматологу-хирургу в амбулаторных условиях обратился пациент Л., 48 лет, по поводу удаления корня разрушенного ниже уровня десны зуба 4.5. После опроса и осмотра, выполнения специальных методов исследования (дентальный снимок зуба 4.5) был поставлен диагноз хронический фиброзный периодонтит зуба 4.5. Кроме того, пациент сообщил, что в течение последних 5 лет страдает сахарным диабетом (тип 2).

Укажите какой анестетик следует предпочесть для выполнения анестезии пациенту?

- А. Лидокаин
- Б. Ультракаин
- В. Следует выбрать мипивокаин, может быть использован без вазоконстриктора или лидокаин без вазоконстриктора
- Г. Артикаин

95. На прием к стоматологу-хирургу обратился пациент К., 58 лет, по поводу удаления зуба 1.8 с диагнозом хронический гранулематозный периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациента известно, что он страдает циррозом печени.

Выявите какой анестетик следует применить у пациента?

- А. Новокаин.
- Б. «Ультракаин Д»
- В. Ораблук.
- Г. Лидокаин

96. На прием к стоматологу-хирургу обратилась пациентка А., 56 лет, по поводу удаления зуба 3.7 с диагнозом хронический гранулирующий периодонтит вне обострения. Из анамнеза пациентки известно, что она страдает хронической почечной недостаточностью I степени.

Определите какой анестетик следует использовать у пациентки?

- А. препараты с седативным эффектом типа (Персен форте)
- Б. амидные анестетики
- В. Лидокаин
- Г. Ксилокаин

97. Пациент Р., 29 лет, жалоб не предъявляет. Он был направлен на консультацию к стоматологу-хирургу из отделения ортопедической стоматологии, куда обратился в связи с высокой степенью разрушения коронки зуба 2.3. После проведения лучевых методов исследования (ортопантограммы) был поставлен диагноз ретенция, горизонтальная дистопия зуба 2.3. Указанный зуб располагается ближе к слизистой оболочке верхнего свода преддверья полости рта.

Отметьте средние сроки временной утраты трудоспособности (ВУТ) после операции сложного удаления ретенированного, дистопированного зуба 2.3.?

- А. должны составлять 5–9 суток.
- Б. должны составлять 3–7 суток.
- В. должны составлять 14–17 суток.
- Г. должны составлять 4–7 суток.

98. Больная, 30 лет, обратилась с жалобами на затрудненное открывание рта, боли при глотании, а так же боли в области нижней челюсти справа, иррадиирующие в ухо. Наличие увеличенных лимфоузлов в правой подчелюстной области. Местно: рот открывается на 2,0 см. В подчелюстной области справа пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы. Жевательная поверхность 2/3 коронковой части 48 покрыта гиперемированной, отечной слизистой оболочкой, пальпация которой болезненна, из под капюшона отмечается гнойное отделяемое.

Укажите диагноз?

- А. Одонтогенный гайморит
- Б. Гнойный перикоронит
- В. Периодонтит
- Г. Флегмона

99. Больной, 45 лет, обратился с жалобами на наличие разрушенного 2.7, заложенность носа, тяжесть при наклоне головы в области верхнечелюстной пазухи слева. Местно: имеется разрушенная коронковая часть 2.7. При рентгенологическом исследовании 2.7 определяется разрежение костной ткани с четкими контурами у верхушки дистального щечного корня. Под инфильтрационной анестезией удалены корни 2.7, при ревизии лунки отмечается обильное гнойное отделяемое.

Определите диагноз?

- А. Одонтогенный периостит
- Б. Одонтогенный остеомиелит
- В. гнойный перикоронит
- Г. хронический периодонтит

100. Больная, 50 лет, во время удаления корней 26, обнаружено сообщение с верхнечелюстной пазухой слева. Местно: корни 26 удалены, лунка без признаков воспаления, отделяемого из верхнечелюстной пазухи нет.

Установите диагноз?

- А. прободение верхнечелюстной пазухи
- Б. абсцесс подвисочной ямки
- В. флегмона дна полости рта
- Г. ангина Людвига

101. Больной, 46 лет, обратился с жалобами на умеренные ноющие боли в области верхней челюсти слева, иррадиирующие в левую затылочную область, висок. Так же беспокоят боли при глотании, отмечает ограничение открывание рта. Повышение температуры тела до 37,5°C. Из анамнеза выявлено, что неделю назад заболел 27. Беспокоили постоянные ноющие боли, усиливающиеся при накусывании. Больной к врачу не обращался, самостоятельно применял теплые содовые полоскания. В течении 4-х дней боли в зубе прошли, однако накануне обращения к врачу появились боли при глотании и открывании рта. Обратился к ЛОР-врачу, после осмотра, которого патологии ЛОР-органов не выявлено, направлен на консультацию к стоматологу. Объективно: определяется единичный, увеличенный, болезненный лимфатический узел в поднижнечелюстной области слева. Незначительный отек мягких тканей над скуловой дугой слева. Открывание рта 1,0-1,5 см, резко болезненное в области верхней челюсти, в задних ее отделах слева. При внутриротовом осмотре: коронковая часть 27 частично разрушена, перкуссия слабо болезненна, отмечается подвижность II степени. Переходная складка с вестибулярной стороны на уровне 26 27 28 отечна, гиперемирована, пальпация альвеолярного отростка безболезненна. При пальпации за бугром верхней челюсти слева определяется резко болезненный воспалительный инфильтрат. При рентгенологическом исследовании 27 отмечаются участки разрежения костной ткани в области корней и бифуркации с нечеткими контурами, глубокие костные карманы.

Определите план лечения?

- А. удаление пульпы из корневой части зуба, пломбирование корневых каналов, пломбирование зуба
- Б. расширение корневого хода, полная его санация и пломбирование. Способ эффективен в 50% случаев
- В. удаление 7, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.
- Г. полное удаление зуба. Метод используется в крайних случаях при неэффективности остальных или осложнённом иммунном статусе, сопутствующих тяжёлых заболеваниях

102. У больного 58 лет на боковой поверхности средней трети языка слева образовалась язва, переходящая на дно полости рта. Язва неправильной формы неровными подрытыми краями. Окружающие ткани уплотнены, хрящеподобной консистенции. Дно язвы покрыто серогрязным налетом. Неприятный запах изо рта. Левые поднижнечелюстные лимфоузлы увеличены, плотные, ограниченной подвижности.

Какое заболевание вы предположили бы?

- А. Рак языка
- Б. Актиномикоз языка
- В. Язвенно-некротический стоматит
- Г. Туберкулезная язва языка

103. Больной 25 лет, был доставлен в травмпункт после ДТП. Объективно: деформация лица за счет отека среднего его отдела, гематома нижних век, верхняя челюсть опущена. Верхняя челюсть свободно подвижна вместе с носом. Пальпаторно определяется деформация, боль и патологическая подвижность в области корня носа, скуло-верхнечелюстных швов и крючков крыловидных отростков основных костей.

Укажите правильный диагноз?

- А. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор II

Б. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор III (верхний)

В. Перелом верхней челюсти по типу Ле Фор I (нижний)

Г. Перелом носовых костей Е. Перелом скуловых костей

104. Больной 19 лет, обратился в травмпункт с жалобами на асимметрию лица, парестезию верхней губы справа, кровотечение из носа. Объективно: выраженная асимметрия лица за счет отека и гематомы правого нижнего века и подглазничной области. Открывание рта ограничено незначительно. Прикус не нарушен. Пальпаторно определяется симптом ступеньки в области правого скуло-верхнечелюстного шва, деформация в области наружного края правой орбиты и скуло-альвеолярного гребня, газовая крепитация в правой подглазничной области; перкуторно – симптом “треснувшего ореха”.

Установите правильный диагноз?

А. Перелом верхней челюсти по Ле Фор I (нижний)

Б. Перелом верхней челюсти по Ле Фор II

В. Перелом правой скуловой кости

Г. Перелом верхней челюсти по Ле Фор III (верхний)

105. Больной 32 лет, травму получил во время работы в шахте. Объективно: удлинение средней трети лица, значительные гематомы и отек, которые увеличиваются в области корня носа, век обоих глаз. Верхняя челюсть смещена книзу и кзади, свободно подвижна вместе с костями носа, скуловыми костями и глазными яблоками. Пальпаторно определяется деформация, боль и патологическая подвижность в области корня носа, наружных краев орбит, крыловидных отростков основной кости. Из носа незначительное кровотечение с примесью ликвора.

Определите правильный диагноз?

А. Перелом верхней челюсти по Ле Фор 111 (верхний)

Б. Перелом верхней челюсти по Ле Фор 11

В. Перелом верхней челюсти по Ле Фор 1 (нижний)

Г. Перелом скуловых костей

106. Больной 48 лет, на основании клинико-рентгенологического исследования, показано удаление 26 зуба по поводу хронического гранулематозного периодонтита в стадии обострения. Укажите под какой проводниковой анестезией будет проводиться данная операция?

А. Туберальная и палатинальная

Б. Торусальная

В. Инфраорбитальная и резцовая

Г. Инфраорбитальная и палатинальная

107. Больной 23 лет, впервые обратился в стоматологическую поликлинику с жалобами на боль и припухлость в области центрального зуба, который ранее был травмирован. После клинического и рентгенологического обследования у больного установлен диагноз – острый периостит верхней челюсти от 11 зуба, на рентгенограмме выявлено незначительное расширение периодонтальной щели 11 зуба.

Выберите наиболее оптимальный метод лечения?

А. Вскрытие поднадкостничного абсцесса, эндодонтическое лечение 11 зуба

Б.Удаление 11 зуба

В.Удаление 11 зуба, вскрытие поднадкостничного абсцесса

Г.Удаление 11 зуба, противовоспалительная терапия

108.После клинического и рентгенологического обследования у больного 32 лет, установлен диагноз: хронический одонтогенный гайморит, соустье гайморовой пазухи с полостью рта через лунку 27 зуба.

Укажите наиболее оптимальный метод оперативного лечения данного заболевания?

А.Пластика соустья местными тканями, противовоспалительная терапия

Б.Радикальная гайморотомия с пластикой соустья местными тканями

В.Радикальная гайморотомия

Г.Пластика соустьялоскутом из твердого неба.

109.Больная, 42 лет обратилась с жалобами на острую боль в области нижней челюсти,подвижность зубов, высокую температуру тела . Болеет 2 дня. После клинического обследования врач установил : острый остеомиелит нижней челюсти.

Какова была бы ваша тактика по отношению к подвижным зубам ?

А. Удаление только причинного зуба

Б. Удаление всех подвижных зубов .

В. Консервативное лечение причинного зуба .

Г. Консервативное лечение всех подвижных зубов .

110.Больной 27 лет Диагноз: вестибулярное положение 28, декубитальная язва левой щеки. Показана неотложная операция удаления 28.

Укажите какое обезболивание необходимо применить?

А.Туберальная и небная анестезия

Б.Мандибулярная и щечная анестезия

В.Инфраорбитальная и щечная анестезия

Г.Торусальная анестезия

111.Больная обратилась с жалобами на боль при глотании, затрудненное открывание рта. Несколько дней назад был удален 47 зуб по поводу обострения хронического периодонтита. Однако состояние продолжало ухудшаться Температура тела 37,9°. При внешнем осмотре: лицо симметричное, некоторая бледность кожных покровов лица. Увеличены правые поднижнечелюстные лимфоузлы, болезненные при пальпации. Осмотр полости рта невозможен из-за выраженной контрактуры нижней челюсти (рот открывает до 0.5 см между центральными резцами)

Определите какую анестезию необходимо провести для обеспечения открывания рта?

А.Анестезия по Берше-Дубову

Б.Плексуальная анестезия

В.Торусальная анестезия

Г.Блокада верхнего шейного сплетения

112. Больной К., обратился в стоматологическую поликлинику по поводу удаления 36. Из анамнеза обнаружено, что пациент страдает гемофилией. Прежнее удаление сопровождалось длительным кровотечением.

Укажите какая тактика врача?

- А. Провести удаление под надзором гематолога в поликлинике
- Б. Необходима предоперационная подготовка в условиях поликлиники
- В. Послеоперационное лечение не является необходимостью.
- Г. Провести вмешательство в стационаре с до-и послеоперационной подготовкой.

113. Больной М., обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на повышение температуры тела к 37,6°C, припухлость мягких тканей, боль в 47 зубе на нижней челюсти слева, что усиливается при дотрагивании. При осмотре наблюдается гиперемия и сглаженность переходной складки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в участке разрушенного 47 зуба.

Выберите наиболее достоверный диагноз?

- А. Острый периодонтит
- Б. Гострий одонтогенный гнойный периостит
- В. Заострение хронического пульпита
- Г. Острый одонтогенный остеомиелит

114. Больная 30 лет обратилась на 3 сутки после удаления 16 зуба. В месте инъекции заметила мягкую слабо болезненную припухлость с синюшным оттенком. Жалуется на боль за верхней челюстью, которая иррадируется в висок, глаз, половину головы. Объективно: T=37,8 С. Лицо асимметричное за счет отека мягких тканей правой щечной, скуловой, нижней части височного участка. Наблюдается контрактура. В полости рта в лунке удаленного 16 зуба кровяной сгусток. По переходной складке справа на уровне верхнего моляра слизистая гиперемированная, набрякшая, при пальпации резко болезненная.

Выделите ваш предыдущий диагноз?

- А. Постинъекционная флегмона подвисочной ямки справа
- Б. Острый периостит верхней челюсти справа от 16 зуба
- В. Постинъекционная флегмона скулового участка справа
- Г. Одонтогенная флегмона височного участка справа от 16 зуба

115. Больному 25 лет проводилось удаление 26 зуба. После проведения туберальной анестезии больной почувствовал общую слабость, тошноту, а впоследствии – резкий зуд, и высыпание на коже.

Выделите к которому типу осложнения относят данные симптомы ?

- А. Коллапс.
- Б. Анафилактический шок
- В. Крапивница
- Г. Отек Квинке

116. К врачу обратился больной 38 лет с жалобами на боль в 47 зубе. Во время рентгенологического исследования в каналах медиального и дистального корней оказываются

обломки эндодонтических инструментов. В участке верхушки корней ячейки деструкции кости с четкими контурами.

Что из перечисленного Вы избрали бы для лечения этого больного?

- А. Операция удаления зуба
- Б. Операцию резекции верхушки корня
- В. Операцию реплантации зуба
- Г. Гемисекцию зуба

117. К врачу обратилась больная 19 лет с жалобами на боль в 21 зубе и припухлость верхней губы. При накусывании на 21 зуб резкую боль. При клиническом и рентгенологическом обследовании установлен диагноз острый периостит от 21 зуба.

Укажите правильную тактику при лечении этого случая?

- А. Удалить зуб
- Б. Вывести зуб из прикуса для уменьшения болевого симптома
- В. Удалить зуб и провести непосредственную реплантацию
- Г. Обеспечить отток гнойного экссудата путем периостеотомии

118. Больной К., 27 лет обратился к хирургу-стоматологу по поводу заострения хронического периодонтита 17. Во время проведения операции удаления зуба небный корень попал в гайморовую пазуху.

Какую тактику вы бы выбрали в данной ситуации?

- А. Провести рентгенологическое обследование и направить больного к стационару
- Б. Затампонировать лунку йодоформной марлей
- В. Удалить корень через перфорационное отверстие, которое образовалось
- Г. Провести операцию гайморотомии

119. Больная 35 лет обратилась к хирургу-стоматологу по поводу подготовки полости рта к протезированию. При обзоре полости рта обнаружены много разрушенных зубов, которые подлежат удалению. Больная очень эмоциональная, легко возбудительная. К стоматологу не обращалась через страх боли.

Укажите под каким видом обезболивания целесообразно провести санацию полости рта (удаление корней)?

- А. Масочный наркоз
- Б. Инфильтрационная анестезия
- В. Обезболивание с помощью безиглового инъектора
- Г. Проводниковая анестезия

120. У больного 50 лет в течение 4-х дней появилась болезненная припухлость в участке верхней губы и левого крыла носа, в 21 зубе боль немного уменьшилась, $t - 37,2$. С. Объективно: лицо асимметричное за счет отека под левым крылом носа. Кожа над отеком немного гиперемизированная. 21 зуб подвижный, перкуссия болезненна, с небной стороны пальпация неболезненна. По переходной складке болезненный упругий инфильтрат.

Поставьте правильный диагноз.

- А. Острый гнойный периостит верхней челюсти от 21 зуба
- Б. Острый периодонтит 21 зуба
- В. Острый пульпит 21 зуба
- Г. Пародонтальный абсцесс

121. К стоматологу-хирургу обратился больной 65 лет с припухлостью в приушно-жевательном участке. Больному была проведена контрастная сиалография. На снимке было обнаружено, что разветвление протоков резко обрывается на пределе с патологическим процессом.

Определите для какого патологического процесса характерна такая сиалографическая картина?

- А. Смешанная опухоль
- Б. Хронический интерстициальный паротит
- В. Злокачественная опухоль
- Г. Хронический паренхиматозный паротит

122. Женщина, 36 лет, находясь в нетрезвом состоянии, 4 часа тому назад получила бытовую травму. Была доставлена в ЧЛЮ. После осмотра поставлен предыдущий диагноз: проникающая глубокая резаная рана боковой поверхности лица с повреждением околоушного участка и околоушной слюнной железы. Рана зияет. Проведена ПХО раны. Наложены швы.

Выберите на какой день снимают швы при гладком протекании данного повреждения?

- А. на 3-й день
- Б. на 5-й день
- В. на 7-й день
- Г. на 10-й день

123. Женщина 35 лет поступила в отделение челюстно-лицевой хирургии через 2 часа после дорожно-транспортного приключения. Кожные покровы бледны. На лице капли пота. Жажда. Зевота. Пульс 120 уд/мин., мягкий. АО 70/60 мм.рт.ст. Дыхание частое. На лице в области щеки слева - рана, проникающая к полости рта. Во время транспортировки женщина находилась в положении на спине с запрокинутой головой.

Укажите какой тип асфиксии развивается у данной больной?

- А. Аспирационная
- Б. Обтурационная
- В. Стенозная
- Г. Клапанная

124. Мальчик 14 лет, при раскрытии рта жалуется на боль в левом височно-нижнечелюстном суставе, которая возникла через 2,5 недели после перенесенного гриппа. Объективно: гиперемия и отек тканей в области левого сустава, t тела 37,2 0С, зубы интактные, прикус ортогнатичный. На рентгенограмме костные структуры сустава не изменены, суставная щель увеличена.

Определите чем возможно объяснить увеличение суставной щели на рентгенограмме?

- А. Ростом опухоли

Б.Ростом фиброзной ткани

В.Отложением известки

Г.Накоплением серозного экссудата

125.К хирургу-стоматологу обратился больной А., с жалобами на боль, изжогу языка. Считает себя больным в течение 2 месяцев. Находился на лечении в фтизиодиспансере, но курс лечения не завершил, злоупотребляет алкоголем. При обзоре щели-подобная язва по срединной линии корня языка с казеозным распадом, при контакте кровит.

Какое лечение вы бы прописали в первую очередь больному?

А. Общее лечение в фтизиатра и симптоматическое местное

Б.Некротомия краев язвы, заживления вторичным натягом

В.Электрокоагуляция, симптоматическое лечение

Г.Освежение краев язвы, наложения узловых швов

126.Больного К., госпитализировано в отделение челюстно –лицевой хирургии через 30 часов по получении травмы во время эпилептического припадка. При клиническом обзоре диагностировано убойно –рваную рану подбородка.

Выделите какую хирургическую обработку раны нужно провести?

А.Первичную хирургическую обработку раны

Б.Вторичную хирургическую обработку раны

В.Раннюю хирургическуюобработку раны

Г. Первичную отсроченную хирургическую обработку раны

127.Из химической лаборатории машиной скорой помощи в отделение челюстно-лицевой хирургии областной больницы доставлен больной 43 года с ожогом кожи лица серной кислотой.

Выявите каким из перечисленных препаратов необходимо провести нейтрализацию действия серной кислоты на мягкие ткани ?

А. 0,1\% раствором перманганата калия

Б. 1-2\% раствором уксусной кислоты

В.2-5\% раствором гидрокарбоната натрия

Г.3\% раствором перекиси водорода

128.У больного А. во время операции удаления 18 зуба неожиданно появился холодный пот на лице и бледность кожных покровов. Он почувствовал шум в ушах и потемнение в глазах, после чего потерял сознание. АО 95/70мм.рт.ст.

Определите какие факторы могут способствовать возникновению этого осложнения во время хирургического вмешательства?

А. Психоэмоциональное напряжение, страх перед хирургической манипуляцией

Б.Ревмокардит

В.Хроническое заболевание почек

Г.Хронический бронхит

129. У ребенка 9 лет, обнаружена прогрессирующая деформация лица. Наблюдается задержка роста нижней челюсти, ограничения ее движений в ВНЧС с деформацией суставной головки, которая подтверждается рентгенологически. Мягкие ткани щеки на недоразвитом боку расположены с избытком, щека имеет вид округлости, а на здоровом боку –растянутая. Угол рта смещен книзу. Укажите какое заболевание сопровождается указанными клинико-рентгенологическими симптомами?

- А. Паралич лицевого нерва
- Б. Миофациальный болевой синдром
- В. Деформирующий артроз ВНЧС
- Г. Прогрессирующая гемиятрофия лица

130. У больного 28 лет с проникающим ножевым ранением щечного участка через 10 дней после проведения ПХО возникло нагноение раны, а еще через неделю –кровотечение из лицевой артерии.

Выделите какой вид кровотечения наблюдается у больного?

- А. Поздняя вторичная
- Б. Ранняя вторичная
- В. Первичная
- Г. Вторичная рецидивирующая

131. Больной 38 лет обратился к стоматологу-хирургу по месту жительства с целью контрольного осмотра. Из анамнеза известно, что полтора месяца тому назад получил травму в участке нижней челюсти слева, лечился стационарно на протяжении месяца, потом –амбулаторно. Болеет сахарным диабетом последние 15 лет. Местно: бимаксилярные шины в полости рта хорошо фиксированы, прикус сохранен. При снятии эластичной тяги наблюдается тугоподвижность фрагментов нижней челюсти слева.

Определите какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Замедлена консолидация фрагментов
- Б. Острый постравматический остеомиелит
- В. Хронический постравматический остеомиелит
- Г. Костный дефект челюсти

132. Больная П. 33 года поступила в приемное отделение районной больницы. При осмотре: общее состояние тяжелое. Сознание омрачено. Температура тела 37,1 оС. Из рта запах этанола. Местно: определяется нарушение целостности кожных покровов и подкожной клетчатки щечного участка размером 0,5х3 см с ровными краями. При пальпации костей лицевого скелета определяется подвижность фрагментов н/ч в пределах 44,45 и 33,34 зубов. Во время осмотра, который проводился в лежащем положении на кушетке у больной внезапно возникла остановка дыхания, лица приобрело синюшный цвет.

В результате чего, по вашему мнению, возникло данное осложнение?

- А. Травматического шока
- Б. Алкогольной интоксикации
- В. Дислокационной асфиксии

Г. Аспирационной асфиксии

133. Больной Г. 42 годов получил травму в результате автоаварии. Отмечалась потеря сознания до 40 мин. При осмотре: общее состояние средней тяжести, лицо асимметричное за счет припухлости мягких тканей носа и верхней губы. При пальпации определяется патологическая подвижность костей носа и альвеолярного отростка в/челюсти в пределах фронтальных зубов. Больному оказана неотложная помощь по поводу перелома костей носа и альвеолярного отростка в/челюсти. Через 48 часов у больного появилось кровоизлияние в клетчатку век глаз в пределах круговой мышцы глаза.

Обратите внимание какое заболевание не было вовремя диагностировано у данного больного?

А. Перелом в/челюсти по среднему типу

Б. Сотрясение головного мозга

В. Перелом основы черепа

Г. Перелом в/челюсти по верхнему типу

134. На прием к стоматологу обратился больной М. 36 лет с жалобами на боль и припухание десен в участке 24 зуба. Указанные симптомы появляются периодически в течение 3 лет. После рентгенологического обследования выставлен диагноз: хронический гранулирующий апикальный периодонтит 24.

Укажите что отмечается на рентгенснимке при данном заболевании?

А. Равномерное сужение периодонтальной щели

Б. Около верхушки корня очаг деструкции кости округлой формы с ровными пределами

В. Чередование участков сужения и расширения периодонтальной щели

Г. Равномерное сужение периодонтальной щели Около верхушки корня очаг деструкции кости неправильной округлой формы с неравными пределами в виде “языков пламени”

135. В стоматологическую клинику обратился больной 42 годов с жалобами на периодическую боль в участке 36 зуба. При обследовании обнаружена болезненность при перкуссии 36 зуба. После рентгенологического обследования установлен диагноз: хронический гранулематозный апикальный периодонтит 36.

Опишите рентгенологическую картину данного заболевания:

А. Равномерное сужение периодонтальной щели

Б. Около верхушки корня очаг деструкции кости округлой формы с ровными пределами

В. Около верхушки корня очаг деструкции кости неправильной округлой формы с неравными пределами в виде “языков пламени”

Г. Чередование участков сужения и расширения периодонтальной щели

136. Больному 56 лет выставлен диагноз: заострение хронического апикального периодонтита. Сопутствующее заболевание - сахарный диабет тяжелой степени. Консервативные методы лечения оказались безуспешными.

Определите какая последующая тактика врача-стоматолога?

А. Удаление зуба

Б. Резекция верхушки корня

В. Реплантация зуба

Г. Гемисекция

137. Больной 43 лет обратился к врачу-стоматологу с жалобами на резкую боль при накусывании на 45 зуб. Проведя обследование полости рта, врач поставил диагноз: острый гнойный периодонтит. Укажите какой симптом является наиболее характерным для данного заболевания?

- А. Наличие глубокой кариозной полости
- Б. Усиление болей в зубе под действием химических и температурных раздражителей
- В. Резко болезненная перкуссия пораженного зуба
- Г. Патологическая подвижность зуба

138. В отделение челюстно-лицевой хирургии поступила больная 19 лет с диагнозом абсцесс правого височного участка. Сопутствующий диагноз – беременность 24 недели. Проведено рассечение и дренирование абсцесса, назначенная обезболивающая и противовоспалительная терапия.

Отметьте применение каких антибиотиков противопоказано данной больной в течение всего периода беременности?

- А. Группы тетрациклинов
- Б. Группы цефалоспоринов
- В. Группы пеницилинов
- Г. Группы макролидов

139. На прием к хирургу-стоматологу поликлиники обратился больной В., 35 лет, с жалобами на боль в участке угла нижней челюсти налево. Из анамнеза выяснено, что 6 часов тому назад больной получил травму – удар в участок нижней челюсти. В момент получения травмы больной несколькими минутами терял сознание. После осмотра и рентгенологического обследования был установлен диагноз: перелом нижней челюсти в участке угла слева.

Определите какой должна быть последующая тактика хирурга-стоматолога поликлиники?

- А. Провести постоянную иммобилизацию челюсти и направить больного к специализированному заведению
- Б. Вызывать на консультацию невропатолога
- В. Провести временную иммобилизацию челюсти и направить больного к специализированному заведению
- Г. Назначить медикаментозное лечение

140. В стоматологическую поликлинику обратился больной Л., 18 лет, по поводу удаления 37 зуба. Сопутствующее заболевание – гемофилия А. Объективно: коронка 37 разрушенная ниже уровня десен, на рентгенограмме – явления хронического гранулирующего периодонтита в участке верхушек корней 37.

Укажите какая тактика хирурга-стоматолога поликлиники?

- А. Направить больного в специализированное лечебное заведение
- Б. Провести удаление зуба
- В. Провести удаление зуба после предыдущего введения этамзилата
- Г. Не удалять зуб, потому что гемофилия является абсолютным противопоказанием к операции удаления зуба

141. На прием к врачу стоматологу обратилась женщина 35 лет по поводу удаления 44 зуба. Пациентка эмоционально неуравновешенная, чувствует страх перед будущим хирургическим вмешательством. В стоматологическом кресле, еще к началу проведения анестезии, больная потеряла сознание.

Определите какими должны быть первые действия врача в данной ситуации?

- А. Предоставить больному положения Фовлера

- Б. Ввести стероидные гормоны
- В. Предоставить больному положения Тренделенбурга
- Г. Ингаляция паров нашатырного спирта

142. Больной Д., 25 лет, получил политравму в итоге ДТП. Во время осмотра диагностировано дислокационная асфиксия.

Укажите первую помощь при дислокационной асфиксии?

- А. Выведение языка вперед и его фиксация
- Б. Трахеотомия
- В. Проведение искусственной вентиляции легких
- Г. Медикаментозное устранение стеноза гортани

143. У пациента после травмы рот широко открыт, подбородок смещен книзу и в перед. Пациент чувствует боль. Язык затруднен, жевание невозможно.

Установите диагноз?

- А. Передний односторонний вывих
- Б. Двухсторонний перелом мышечковых побегов
- В. Двухсторонний перелом ветви челюсти со смещением обломков
- Г. Свежий передний двусторонний вывих

144. У больной Н., 41 лет, после внутримышечного введения цефазолина диагностирована абдоминальная форма анафилактического шока.

Укажите в чем заключается медикаментозное лечение анафилактического шока ?

- А. Введении глюкокортикоидов
- Б. Введении минералокортикоидов
- В. Введении нестероидных противовоспалительных средств
- Г. Введении анксиолитиков

145. Ребенок 2-х лет упал и ударился к полу передними верхними зубами. Центральный резец стал подвижным. Ткани вокруг зуба не поврежденные. На рентгенограмме альвеолярного побега заметное расширение периодонтальной щели, корень резца не поврежденный.

Определите диагноз?

- А. Полный вывих зуба
- Б. Забит вывих зуба
- В. Забой зуба
- Г. Неполный вывих зуба

146. У пациента Н. рот полуоткрыт, подбородок смещен вправо, сомкнуть губы удается. Движения н/челюсти возможны – только книзу, при этом рот еще больше открывается. Из анамнеза: вчера нанесен удар слева.

Установить диагноз?

- А. Односторонний свежий передний вывих
- Б. Двусторонний передний вывих
- В. Односторонний перелом н/челюсти
- Г. Обычный передний односторонний вывих

147. Пациент, 25 лет обратился к травмпункту челюстно-лицевой хирургии с жалобами на наличие забитой раны мягких тканей подбородка. Со слов пациента получил травму в результате падения на подбородок 2 часа тому назад.

Определите какую необходимо предоставить помощь пациенту?

- А. ПХО раны подбородка
- Б. Наложение асептической повязки
- В. Наложение жмущей повязки
- Г. ВХО раны подбородка

148. Пациентка, 18 лет обратилась к врачу-стоматологу на консультацию по поводу наличия новообразования лобного участка. На лобном участке отмечается розово красное пятно кожи полукруглой формы с четкими контурами, размером 3-4 см. При нажиме на поврежденный участок тела пальцами кожа изменяется в цвете становится блее. При устранении нажима кожа приобретает предыдущий розово красный цвет. При наклонении головы пятно становится более насыщенной в цвете и увеличивается в объеме; когда пациентка поднимает голову пятно постепенно приобретает красно-розовый цвет.

Укажите диагноз?

- А. Капиллярная гемангиома
- Б. Кавернозная гемангиома.
- В. Родима пятно (невус)
- Г. Атерома

149. В поликлинику обратилась пациентка А. 22 года по поводу удаления корня 46 зуба. Беременность 2 месяца. В какие сроки беременности возникают временные противопоказания к удалению корня 46 зуба? А. 3-4 месяца беременности В. 5-6 месяцев беременности С.* 1-2 и 8-9 месяцы беременности Д. Только на 7-ом месяце Е. Нет противопоказаний. 86. У мужчины 60 лет на коже подбородка появилась пустула, которая быстро развилась к твердому резко болезненному инфильтрату размером 3х3 см. Кожа над ним сине-красного цвета. В эпицентре – три зоны некроза вокруг волосяных фолликулов. Лимфоузлы подбородка увеличены, болезненны. t -38,5 0С.

Установите диагноз?

- А. Рожистое воспаление подбородка
- Б. Атерома, которая нагнаивалась
- В. Карбункул подбородка
- Г. Фурункул подбородка

150. Больной Т., 57 года поступил в приемное отделение ОКБ Челюстно-лицевое отделение, с жалобами на боль в скуловой области слева, на потерю чувствительности в подглазничной, скуловой областях, в области крыла носа, верхней губы, отек мягких тканей скуловой области слева, нарушение движения глазного яблока, затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: три часа назад получил удар кулаком в скуловую область. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей скуловой области слева, имеется кровоизлияние под кожу скуловой области, в нижнее веко. При пальпации скуловой области определяется болезненность, западение тканей, симптом «ступеньки» в области скуловой дуги, по нижнему краю глазницы. Боковые движения нижней челюсти затруднены, открывание рта ограничено до 1,0 см.

Установите диагноз основного стоматологического заболевания?

- А. Бытовая травма с переломом скулового комплекса со смещением отломков
- Б. Бытовой травматический перелом скулового комплекса с повреждением верхнечелюстной пазухи
- В. Бытовой травматический перелом скулового комплекса со смещением отломков и повреждением верхнечелюстной пазухи.

151. Больной Т., 61 года поступил в приемное отделение ГКБ № 21 с жалобами на боль в скуловой области слева, на потерю чувствительности в подглазничной, скуловой областях, в области крыла носа, верхней губы, отек мягких тканей скуловой области слева, нарушение движения глазного яблока, затрудненное открывание рта. Анамнез заболевания: три часа назад получил удар кулаком в скуловую область. Сознание не терял, тошноты, рвоты не было. Асимметрия лица за счет отека мягких тканей скуловой области слева, имеется кровоизлияние под кожу скуловой области, в нижнее веко. При пальпации скуловой области определяется болезненность, западение тканей, симптом «ступеньки» в области скуловой дуги, по нижнему краю глазницы. Боковые движения нижней челюсти затруднены, открывание рта ограничено до 1,0 см.

Определите план лечения основного стоматологического заболевания?

- А. Назначение комплекса противовоспалительной терапии
- Б. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса, тампонады верхнечелюстной пазухи
- В. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса через верхнечелюстную пазуху путем синусотомии
- Г. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса через верхнечелюстную пазуху путем синусотомии и тампонады верхнечелюстной пазухи

152. Больной Ц., 37 лет поступил в лечебное учреждение через 5 часов после производственной травмы. Жалобы на боли в верхней и нижней губе, онемение зубов, невозможность сомкнуть зубы, кровотечение из носа и губ. Анамнез заболевания: со слов больного, работая на стройке, упал из окна второго этажа и ударился лицом и руками о доски. Сознание не терял. Перенесенные и сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка, стенокардия. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей лица и верхней губы. На коже лица имеются многочисленные ссадины. При пальпации мягких тканей лица отмечается болезненность. Рот открывается в полном объеме. На нижней губе имеется глубокая рана с неровными краями. Отмечается кровоизлияние в слизистую оболочку десны и переходной складки верхней челюсти на всем протяжении. Имеется подвижность II степени 4.1 и 4.2 зубов, эти зубы смещены орально. Прикус прямой, контакт зубов неправильный. Отмечается онемение слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти, симптом «ступеньки» выше проекции верхушек корней зубов, кровоизлияние в верхние отделы крыловидно-челюстных складок. При пальпации отмечается подвижность нижнего участка верхней челюсти.

Укажите правильный диагноз?

- А. Производственная травма. неполный вывих 4,1 и 4,2 зубов
- Б. Открытый перелом нижней челюсти по Ле Фор – нижний тип
- В. Неполный вывих 4.1 и 4.2 зубов, перелом нижней челюсти со смещением отломка
- Г. Производственная травма. Открытый перелом нижней челюсти по Ле Фор – нижний тип, со смещением отломков. Неполный вывих 4.1 и 4.2 зубов

153. Больной Ц., 37 лет поступил в лечебное учреждение через 5 часов после производственной травмы. Жалобы на боли в верхней и нижней губе, онемение зубов, невозможность сомкнуть зубы, кровотечение из носа и губ. Анамнез заболевания: со слов больного, работая на стройке, упал из окна второго этажа и ударился лицом и руками о доски. Сознание не терял. Перенесенные и сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка, стенокардия. Объективно: нарушение конфигурации лица за счет отека мягких тканей лица и верхней губы. На коже лица имеются многочисленные ссадины. При пальпации мягких тканей лица отмечается болезненность. Рот открывается в полном объеме. На нижней губе имеется глубокая рана с неровными краями. Отмечается кровоизлияние в слизистую оболочку десны и переходной складки верхней челюсти на всем протяжении. Имеется подвижность II степени 4.1 и 4.2 зубов, эти зубы смещены орально. Прикус прямой, контакт зубов неправильный. Отмечается онемение слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти, симптом «ступеньки» выше проекции верхушек корней

зубов, кровоизлияние в верхние отделы крыловидно-челюстных складок. При пальпации отмечается подвижность нижнего участка верхней челюсти

Укажите правильный метод лечения?

- А. Назначение комплекса противовоспалительной терапии
- Б. Витаминотерапия, физиотерапия, щадящая диета
- В. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса через верхнечелюстную пазуху путем синусотомии и тампонада верхнечелюстной пазухи, витамины, антибиотики. физиотерапия ,щадящая диета
- Г. Репозиция и фиксация нижнего участка верхней челюсти

154. Больной С., 28 лет поступил в клинику с жалобами на боль в теле нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей лица справа. Анамнез заболевания: со слов больного 2 дня назад в вечернее время был избит неизвестными, сознание не терял, за медицинской помощью не обращался. Перенесенные и сопутствующие заболевания: два года назад перенес вирусный гепатит В. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,20С. Асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей щечной и поднижнечелюстной области справа. Кожные покровы в цвете не изменены. При пальпации тканей челюстно-лицевой области определяется симптом “ступеньки” в области тела нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфоузлы справа увеличены до 1 см, резко болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено до 2 см из-за боли, в полости рта определяется нарушение целостности слизистой оболочки альвеолярного отростка в области 4.7 зуба с незначительным геморрагическим отделяемым, 4.7 зуб - подвижность II ст., перкуссия сопровождается резкой болью.

Установите правильный диагноз?

- А. Бытовая травма с переломом нижней челюсти в боковом отделе справа
- Б. Бытовой травматический открытый перелом тела нижней челюсти в боковом отделе справа со смещением отломков по вертикали
- В. Травматический открытый перелом тела нижней челюсти в боковом отделе справа со смещением отломков по вертикали. Поперечный перелом медиального корня 4.7 зуба.
- Г. Бытовой травматический открытый перелом тела нижней челюсти в боковом отделе справа со смещением отломков по вертикали. Поперечный перелом медиального корня 4.7 зуба

155. Больной С., 28 лет поступил в клинику с жалобами на боль в теле нижней челюсти справа, припухлость мягких тканей лица справа. Анамнез заболевания: со слов больного 2 дня назад в вечернее время был избит неизвестными, сознание не терял, за медицинской помощью не обращался. Перенесенные и сопутствующие заболевания: два года назад перенес вирусный гепатит В. Объективно: общее состояние средней тяжести, температура тела 37,20С. Асимметрия лица за счет коллатерального отека мягких тканей щечной и поднижнечелюстной области справа. Кожные покровы в цвете не изменены. При пальпации тканей челюстно-лицевой области определяется симптом “ступеньки” в области тела нижней челюсти справа. Поднижнечелюстные лимфоузлы справа увеличены до 1 см, резко болезненны при пальпации. Открывание рта ограничено до 2 см из-за боли, в полости рта определяется нарушение целостности слизистой оболочки альвеолярного отростка в области 4.7 зуба с незначительным геморрагическим отделяемым, 4.7 зуб - подвижность II ст., перкуссия сопровождается резкой болью

Укажите правильный метод лечения?

- А. Удаление 4.7 зуба, Внутрь препаратов кальция 7-10 дней, затем введение путем электрофореза на место перелома; витаминотерапия ,гигиена полости рта, Репозиция и фиксация отломков нижней челюсти шинами Тигерштедта
- Б. Под местным обезболиванием удаление 4.7 зуба
- В. Репозиция и фиксация отломков нижней челюсти шинами Тигерштедта

Г. Прием внутрь препаратов кальция и витаминов 20 дней

156. Типичным клиническим признаком флегмоны поднижнечелюстной об

- А. тризм
 - Б. гиперемия кожи в области нижней губы
 - В. отек крылочелюстной складки
 - Г. инфильтрат и гиперемия тканей в поднижнечелюстной области
-

157. Флегмону поднижнечелюстной области необходимо дифференцировать с:

- А. тризмом
 - Б. карбункулом нижней губы
 - В. острым сиалоаденитом поднижнечелюстной слюнной железы
 - Г. флегмоной щечной области
-

158. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюстной области бывает абсцесс в:

- А. щечной области
 - Б. крыловидно-челюстном пространстве
 - В. подвисочной ямке
 - Г. жевательной мышце
-

159. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюст

- А. щечной области
 - Б. подвисочной ямке
 - В. жевательной мышце
 - Г. подъязычной области
-

160. Первичной локализацией гнойного очага при флегмоне поднижнечелюст

- А. щечной области
 - Б. подвисочной ямке
 - В. жевательной мышце
 - Г. подподбородочной области
-

161. Оперативный доступ при лечении флегмоны поднижнечелюстной области

- А. в поднижнечелюстной области вдоль края нижней челюсти, отступив на 1,5-2 см книзу
 - Б. окаймляющем угол нижней челюсти
 - В. слизистой оболочке по крылочелюстной складке
 - Г. параллельно краю нижней челюсти дугообразной формы от угла до угла
-

162. Выполняя разрез при лечении флегмоны поднижнечелюстной области

- А. язык
 - Б. скуловую кость
 - В. лицевую артерию
 - Г. щитовидную железу
-

163. Клиническим признаком периостита является:

- А. гематома лица
 - Б. подвижность всех зубов
 - В. затрудненное открывание рта
 - Г. взбухание подъязычных валиков
-

164. Периостит челюстей необходимо дифференцировать с:

- А. тризмом
 - Б. переломом зуба
 - В. острым сиалодохитом
 - Г. хроническим верхнечелюстным синуситом
-

165. Для лечения травматического остеомиелита челюсти используют препа

- А. канамицин
- Б. Линкомицин
- В. ампициллин
- Г. пенициллин

166. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

- А. сепсис
- Б. перикоронит
- В. ксеростомия
- Г. дефект челюсти

167. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

- А. сепсис
- Б. перикоронит
- В. ксеростомия
- Г. деформация челюсти

168. Местным поздним осложнением травматического остеомиелита челюсти

- А. сепсис
- Б. ксеростомия
- В. перикоронит
- Г. ложный сустав

168. В комплекс лечения травматического остеомиелита челюсти входит:

- А. криотерапия
- Б. ГБО-терапия
- В. химиотерапия
- Г. рентгенотерапия

169. Наиболее часто перфорация дна верхнечелюстной пазухи происходит при

- А. 1.2, 1.1 2.1 2.2
- Б. 1.6, 1.5, 2.5, 2.6
- В. 1.8, 1.7, 2.7, 2.8
- Г. 1.8, 1.7, 1.6, 2.6, 2.7, 2.8

170. Диагноз перфорации дна верхнечелюстной пазухи ставят на основании:

- А. жалоб больного
- Б. клинических данных
- В. рентгенологической картины
- Г. клинико-рентгенологической картины

171. Признаком перфорации дна верхнечелюстной пазухи является:

- А. носовое кровотечение
- Б. положительная насо-ротовая проба
- В. перелом альвеолярного отростка
- Г. положительный симптом нагрузки

172. При ожоге iii(a) степени определяется поражение

- А. всех слоев эпидермиса с сохранением дериватов кожи
- Б. кожи и подлежащих тканей
- В. поверхностного эпидермиса
- Г. поверхностного эпидермиса и капилляров

173. При ожоге iii(б) степени определяется поражение

- А. всех слоев эпидермиса
- Б. кожи и подлежащих тканей
- В. поверхностного эпидермиса
- Г. поверхностного эпидермиса и капилляров

174. При ожоге iv степени определяется поражение

- А. всех слоев эпидермиса
- Б. кожи и подлежащих тканей
- В. поверхностного эпидермиса
- Г. поверхностного эпидермиса и капилляров

175. Застарелым переломом челюсти называется ее травматическое повреждение при сроке

- А. от 41 до 50 суток
- Б. от 31 до 40 суток
- В. от 11 до 20 суток
- Г. от 7 до 10 суток

176. Особенности ожогов лица заключаются в

- А. отсутствии аутоинтоксикации
- Б. значительной аутоинтоксикации
- В. неравномерном поражении кожи лица
- Г. невыраженном отеке

177. Ранения тканей околоушно-жевательной области опасны из-за возможности:

- А. повреждения околоушной слюнной железы и образования слюнных свищей
- Б. повреждения ветвей тройничного нерва
- В. повреждения поднижнечелюстной слюнной железы
- Г. обильного кровотечения

178. О наличии примеси ликвора при кровотечении из носа свидетельствует

- А. симптом «очков»
- Б. положительный тест двойного пятна
- В. снижение количества альбуминов в крови
- Г. наличие крепитации в области спинки носа

179. Клиническим признаком абсцесса окологлоточного пространства является:

- А. асимметрия лица
 - Б. затруднение дыхания
 - В. затрудненное открывание рта
 - Г. взбухание подъязычных валиков
-

180. Причиной развития периостита является:

- А. ушиб мягких тканей лица
 - Б. фиброма альвеолярного отростка
 - В. обострение хронического верхнечелюстного синусита
 - Г. обострение хронического периодонтита
-

181. Причиной развития периостита является:

- А. Перикоронит
 - Б. ушиб мягких тканей лица
 - В. фиброма альвеолярного отростка
 - Г. обострение хронического верхнечелюстного синусита
-

182. Причиной развития периостита является:

- А. острый пародонтит
 - Б. ушиб мягких тканей лица
 - В. фиброма альвеолярного отростка
 - Г. обострение хронического гайморита
-

183. Причиной развития периостита является:

- А. Альвеолит
 - Б. ушиб мягких тканей лица
 - В. фиброма альвеолярного отростка
 - Г. обострение хронического гайморита
-

184. При периостите гнойный процесс локализуется под:

- А. кожей
 - Б. мышцей
 - В. Надкостницей
 - Г. наружной кортикальной пластинкой челюсти
-

185. При периостите следует:

- А. удалить причинный зуб
 - Б. запломбировать канал до вскрытия периоста
 - В. запломбировать кариозную полость
 - Г. удалить пломбу
-

186. При периостите следует:

- А. запломбировать кариозную полость
 - Б. запломбировать канал до вскрытия периоста
 - В. удалить пломбу
 - Г. раскрыть полость зуба
-

187. Для остановки кровотечения из задних отделов полости носа применяется

- А. передняя тампонада
- Б. задняя тампонада
- В. давящая повязка
- Г. перевязка лицевой артерии

188. Симптом сотрясения головного мозга -

- А. диплопия
- Б. кровотечение из уха
- В. подвижность костей свода черепа
- Г. ретроградная амнезия

189. Фиксация отломков при переломе костей носа осуществляется при помощи передней тампонады носовых ходов и

- А. гладкой шины
- Б. спицы киршнера
- В. гипсовой повязки
- Г. шины-капшы

190. Для профилактики развития отека головного мозга при сотрясениях и ушибах головного мозга применяют

- А. давящую повязку
- Б. наркотические анальгетики
- В. антибактериальные препараты
- Г. осмотические диуретики

191. Ограничение боковых движений нижней челюсти при переломе скулового комплекса обусловлено

- А. контрактурой жевательных мышц

- Б. блокированием венечного отростка
- В. повреждением височно-нижнечелюстного сустава
- Г. блокированием мышечного отростка

192. Лечение полного слюнного свища заключается в

- А. систематическом промывании протока железы
- Б. коагуляции свищевого хода
- В. наложении кисетного шва
- Г. хирургическом перемещении свищевого хода в полость рта

193. Неотложная помощь при клапанной асфиксии заключается в проведении

- А. искусственного дыхания
- Б. удаления инородного тела
- В. трахеостомии
- Г. перемещения и фиксации лоскута мягких тканей

194. Неотложная помощь при стенотической асфиксии заключается в проведении

- А. искусственного дыхания
- Б. удаления инородного тела
- В. трахеостомии
- Г. перемещения и фиксации лоскута мягких тканей

195. Неотложная помощь при дислокационной асфиксии заключается в проведении

- А. искусственного дыхания
- Б. удаления инородного тела
- В. фиксации языка к одежде
- Г. перемещения и фиксации лоскута мягких тканей

196. Разрыв слизистой оболочки при ранении, проникающем в полость рта,

- А. ушивают и дренируют
- Б. заживает вторичным натяжением
- В. ушивают наглухо
- Г. закрывают защитной пластинкой

197. Основой профилактики травматического остеомиелита является

- А. физиотерапия
- Б. иммобилизация отломков после купирования острых воспалительных явлений
- В. ранняя и надежная иммобилизация отломков
- Г. антибактериальная терапия

198. Секвестрэктомия при травматическом остеомиелите проводится после

- А. физиотерапии
- Б. завершения формирования секвестра
- В. появления первых признаков секвестрации
- Г. антибактериальной терапии

199. Фиксация отломков при травматическом остеомиелите на фоне полной адентии проводится

- А. аппаратом Збаржа
- Б. мостовидным протезом
- В. титановыми минипластинами

Г. аппаратом рудько

200. Зияние ран лица обусловлено:

- А. обилием жировой клетчатки и выраженным травматическим отеком
- Б. прикреплением к коже лица мимических мышц
- В. анатомическими особенностями жевательных мышц
- Г. анатомическими особенностями мимических мышц

201. Наиболее эффективным и доступным методом профилактики развития стойких контрактур при повреждениях мягких тканей челюстно-лицевой области является

- А. редрессация нижней челюсти
- Б. блокада анестетиками
- В. антибиотикотерапия
- Г. ранняя механотерапия

202. Комбинированной травмой называется

- А. повреждение несколькими видами травмирующих факторов
- Б. повреждение нескольких анатомических областей тела
- В. повреждение нескольких видов тканей
- Г. поражение радиоактивным веществом

203. При ожоге I степени определяется поражение

- А. всех слоев эпидермиса
- Б. кожи и подлежащих тканей
- В. поверхностного эпидермиса
- Г. поверхностного эпидермиса и капилляров

204. При ожоге II степени определяется поражение

- А. всех слоев эпидермиса
- Б. кожи и подлежащих тканей
- В. поверхностного эпидермиса
- Г. поверхностного эпидермиса и капилляров

205. Пути передачи инфекции при сифилисе:

- А. воздушно-капельный
- Б. через рукопожатие
- В. алиментарный
- Г. половой

206. Инкубационный период при сифилисе:

- А. 7-10 дней
- Б. 14-17 дней 3)21-28 дней
- В. 3-6 недель
- Г. 1 год

207. Первичный сифилис на СОПР проявляется как:

- А. папулезный сифилид
- Б. твердый шанкр
- В. творожистый налет
- Г. гумма

208. Вторичный сифилис на СОПР проявляется как:

- А. папулезный сифилид
- Б. твердый шанкр
- В. творожистый налет
- Г. гумма

209. Дифференциальную диагностику сифилиса в полости рта проводят с:

- А. плоским лишаем
- Б. туберкулезом
- В. глоссалгией
- Г. невралгией тройничного нерва

210. Актиномикоз является:

- А. дистрофическим процессом
- Б. опухолевидным процессом
- В. пороком развития
- Г. воспалительным процессом

211. Возбудителем актиномикоза является

- А. кишечные клостриды
- Б. лучистые грибы
- В. стафилококки
- Г. стрептококки

212. Актиномикоз дифференцирует с

- А. кариесом, пульпитом
- Б. лимфоангиомой, гемангиомой
- В. липомой, атеромой
- Г. флегмоной, остеомиелитом, раком челюстей

213. Клинически туберкулез челюстей напоминает:

- А. пародонтит;
- Б. пародонтальную кисту,
- В. хронический остеомиелит;
- Г. амелобластому;

214. Рентгенологически туберкулез челюсти проявляется:

- А. очагами разрежения с четкими границами;
- Б. очагами уплотнения челюсти ("плюс ткань");
- В. очаги разрежения с нечеткими или четкими границами, в очагах имеются участки различной плотности (секвестры, обызвествленные участки и др.);
- Г. очаг разрежения с четкими границами больших размеров, вокруг расположено большое число мелких кистозных полостей.

215. Зубонадесневые шины:

- А. шина Тигерштедта
 - Б. шина Вебера
 - В. шина Ванкевич
 - Г. Шина Порты
-

216. Репонирующие ортопедические аппараты:

- А. шина Порта
 - Б. шина Курляндского
 - В. шина Максимовского
 - Г. шина Вебера
-

217. При двустороннем переломе нижней челюсти срединный фрагмент смещается

- А. Назад
 - Б. вперед
 - В. вверх
 - Г. вокруг
-

218. При двустороннем переломе нижней челюсти боковые фрагменты смещаются

- А. назад
 - Б. вперед
 - В. верх, назад
 - Г. внутрь
-

219. Типом смыкания передних зубов при двустороннем переломе тела нижней

- А. Открытый
 - Б. перекрестный
 - В. Медиальный
 - Г. глубокий
-

220. Лечение раненых с переломами челюстей:

- А. хирургическое
 - Б. ортопедическое
 - В. терапевтическое
 - Г. комплексное
-

221. Для оказания первой доврачебной помощи при переломах челюстей используют:

- А. аппарат Илизарова
 - Б. стандартную транспортную шину
 - В. проволочную шину Тигерштедта
 - Г. шину Васильева
-

222. Съёмная шина Ванкевич фиксируется на:

- А. зубах верхней челюсти
 - Б. зубах нижней челюсти
 - В. зубах и десне верхней челюсти
 - Г. зубах и десне нижней челюсти
-

223. По способу фиксации внутриротные аппараты для лечения переломов

- А. назубные, зубонадесневые, надесневые
 - Б. назубные, дуговые, надесневые
 - В. паяные, дуговые, зубонадесневые
 - Г. назубные, надесневые
-

224. Репонирующий аппарат Катца является:

- А. внутриротовым
-

- Б. внеротовым
- В. внутри-внеротовым
- Г. зубнадесневым

225. Возможные осложнения при неправильно сросшихся переломах:

- А. заболевания пародонта
- Б. заболевания ВНЧС
- В. нарушение окклюзионных взаимоотношений
- Г. Доброкачественные образование

226. Надесневые шины:

- А. шина Вебера
- Б. шина Ванкевич
- В. шина Тигерштедта
- Г. шина Порта

227. Лечение язвенно-некротического гингивита:

- А. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, склерозирующие средства, физиотерапия
- Б. гигиена полости рта, удаление зубных отложений, наложение лечебных повязок
- В. гигиена полости рта, устранение местных факторов (коррекция уздечек, пластика преддверия полости рта и др.), электрофорез витаминами, все виды массажа
- Г. обезболивание, снятие зубных отложений, аппликации протеолитическими ферментами, антибактериальные средства

228. Фиброзную форму гипертрофического гингивита следует дифференцировать с:

- А. пародонтозом
- Б. фиброматозом десен
- В. пародонтитом
- Г. хроническим катаральным гингивитом

229. Для обработки пародонтальных карманов при развившейся стадии пародонтита используют растворы:

- А. 2,5% р-р йода
- Б. 0,06% хлоргексидина
- В. 20% AgNO₃
- Г. 40% формалина

230. Раствор, применяемый при гипертрофическом гингивите для склерозирующей терапии:

- А. 3% H₂O₂
- Б. 30% трихлоруксусной кислоты
- В. 40% формалина
- Г. йодиол

231. Подвижность зубов при пародонтите легкой степени:

- А. I-II степени
- Б. II-III степени
- В. III степени
- Г. Отсутствует

232. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

- А. жалобы пациента
 - Б. длительность заболевания
 - В. кровоточивость десны при чистке зубов
 - Г. глубина пародонтального кармана
-

233. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 4 мм:

- А. кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж»
 - Б. лоскутная операция
 - В. гингивотомия
 - Г. гингивэктомия
-

234. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана до 5 мм:

- А. кюретаж карманов
 - Б. операция «открытый кюретаж»
 - В. лоскутная операция
 - Г. гингивэктомия
-

235. Метод хирургического лечения пародонтита при глубине пародонтального кармана более 5 мм:

- А. операция «открытый кюретаж»
 - Б. лоскутная операция
 - В. гингивотомия
 - Г. гингивэктомия
-

236. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:

- А. Гингивотомия
 - Б. гингивэктомия
 - В. лоскутная операция
 - Г. кюретаж
-

237. Пародонтоз - заболевание:

- А. воспалительное
 - Б. воспалительно-дистрофическое
 - В. Дистрофическое
 - Г. опухолевидное
-

238. Тип снижения высоты межальвеолярных перегородок при пародонтозе:

- А. вертикальный
 - Б. горизонтальный неравномерный
 - В. горизонтальный равномерный
 - Г. очаговый
-

239. Рецессия десны характерна для:

- А. катарального гингивита
 - Б. язвенно-некротического гингивита
 - В. пародонтита
 - Г. пародонтоза
-

240. Пародонтальные карманы при пародонтозе:

- А. менее 3 мм
 - Б. до 4 мм
 - В. до 5 мм
 - Г. Отсутствуют
-

241. Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:

- А. катаральном гингивите
 - Б. гипертрофическом гингивите
 - В. пародонтите
 - Г. Пародонтозе
-

242. Гиперестезия твердых тканей зубов - характерная жалоба пациента при:

- А. гипертрофическом гингивите
 - Б. язвенно-некротическом гингивите
 - В. пародонтите
 - Г. Пародонтозе
-

243. Окраска десны при пародонтозе:

- А. бледно-розовая
 - Б. Гиперемированная
 - В. желтоватая
 - Г. цианотичная
-

244. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/3 - рентгенологический признак:

- А. пародонтита легкой степени
 - Б. пародонтита средней степени
 - В. пародонтоза легкой степени
 - Г. пародонтоза средней степени
-

245. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок до 1/2 - рентгенологический признак:

- А. пародонтита легкой степени
 - Б. пародонтита средней степени
 - В. пародонтоза легкой степени
 - Г. пародонтоза средней степени
-

246. Равномерное горизонтальное снижение высоты межальвеолярных перегородок более 1/2 - рентгенологический признак:

- А. пародонтита средней степени
 - Б. пародонтита тяжелой степени
 - В. пародонтоза легкой степени
 - Г. пародонтоза тяжелой степени
-

247. К общим противопоказаниям к хирургическому лечению заболеваний пародонта относится

- А. заболевания крови (гемофилия)
- Б. острые инфекционные заболевания (грипп, ангина)
- В. несоблюдение правил индивидуальной гигиены

Г. патология прикуса

248. Для выполнения закрытого кюретажа используются

- А. серповидная гладилка
- Б. кюретажная ложка - неверно
- В. кюреты Грейси
- Г. экскаватор стоматологический

249. Лоскутная операция (по Видманну-Нейманну, 1974) проводится при

- А. подвижности зубов III-IV степени
- Б. острых воспалительных процессах
- В. зубодесневых карманах глубиной не более 6 мм
- Г. зубодесневых карманах глубиной более 6 мм

250. Трансплантация зуба — это

- А. возвращение зуба в его же альвеолу
- Б. пересадка зуба в другую альвеолу
- В. внутрикостное введение искусственных корней
- Г. изготовление мостовидного протеза

252. Имплантация зуба — это

- А. изготовление искусственного зуба
- Б. пересадка зуба в другую альвеолу
- В. внутрикостное введение искусственных корней
- Г. пересадка зуба от трупа

253. Виды вывихов нижней челюсти

- А. средний
- Б. передний
- В. верхний
- Г. нижний

254. Виды вывихов нижней челюсти

- А. задний
- Б. средний
- В. верхний
- Г. нижний

255. Виды вывихов нижней челюсти

- А. средний
- Б. односторонний
- В. трехсторонний
- Г. срединный