

1. Основы анестезиологии и реанимации проведение интенсивной терапии

1. 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 камеру 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
2. 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
3. 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
4. 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 obturated. 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.
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

5. 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.

Определите 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

6. 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.

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

7. 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.

Определите 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

8. 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

9. 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

10. 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

11. 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

12. 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

13. 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. нейрелептанальгезия

14. 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. Мандибулярная анестезия

15. 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%

16. 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. многоразовые шприцы

17. 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%

18. 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. ультракаиан

Г. новокаин

19. 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 фенилэфрином или адреналином

Б. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилэфрином или адреналином в концентрации не более 2 : 300 000; карпулированные препараты: Septanest (2 : 300 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 5 % plain, Мепивастезин, лидокаин без вазоконстриктора

В. рекомендуется использовать анестетики без вазоконстриктора, с фенилэфрином или адреналином в концентрации не более 1 : 200 000; карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Мепивастезин, лидокаин без вазоконстриктора

Г. карпулированные препараты: Septanest (1 : 200 000), Ultracain DS, Ubistesin (на основе артикаина), Scandonest 3 % plain, Мепивастезин, лидокаин без вазоконстриктора.

20. 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.

Укажите какой анестетик следует применить у пациента?

А. Новокаин.

Б. «Ультракаин Д»

В.Ораблок.

Г.Лидокаин

21. 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

22. 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 мепивокаин, может быть использован без вазоконстриктора или лидокаин без вазоконстриктора

Г. Артикаин

23. 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

24. 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

25. 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

2. Операция удаления зуба

26. 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

27. 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 ($0,3 \times 0,4$ см) с четкими ровными контурами. Установите какими инструментами может быть выполнена операция удаления зуба 4.6 в указанной клинической ситуации?

- Д. прямой элеватор, клювовидные щипцы со сходящимися щечками
- Е. прямой элеватор, баянет
- Ж. изогнутый элеватор, штыковидный клювик
- З. элеватор от себя, клювовидные щипцы

28. 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 ($0,3 \times 0,2$ 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?

- Д. прямой элеватор, клювовидные щипцы со сходящимися щечками
- Е. изогнутый под углом (боковой) элеватор «на себя»
- Ж. элеватор от себя, клювовидные щипцы
- З. прямой элеватор, баянет

29. 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 развитию 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

30. 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

31. 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

32. 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?

- Д. Местное
- Е. общее (наркоз)
- Ж. комбинированное
- З. нейрорептанальгезия

33. 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

34. 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. Аэрозоль лидокаин 10%

Г. Новокаин 2%

35. 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. многоразовые шприцы

36. 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?

Д. Септонест

Е. ксилокаин

Ж. новокаин 0,5%

З. лидокаин 10%

37. 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 $\frac{1}{2}$ длины.

Определите какой анестетик следует использовать для проведения анестезии?

Д. лидокаин

Е. артикаин

Ж. ультракаин

З. новокаин

38. 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.

39. 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. Ораблок.
- Г. Лидокаин

40. 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

41. 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 мепивокаин, может быть использован без вазоконстриктора или лидокаин без вазоконстриктора
- Г. Артикаин

42. 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

43. 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
44. 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
45. 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
46. 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
47. 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

48. 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

49. 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

50. 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
- А. операция удаления зуба
- Г. Шлифовка язычную сторону

51. 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

52. 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

53. 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 ½ глубины, она слабо кровоточит.

Определите какое местное осложнение возникло после удаления зуба 3.7?

А. первичное луночковое кровотечение

Б. альвеолит

В. кровотечение

Г. парестезия

54. 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 кровавым 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

55. 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

56. 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.

Определите, 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

57. 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

58. На прием к стоматологу-хирургу в условиях поликлиники обратился пациент А., 28 лет, для удаления зуба 4.7 с диагнозом хронический гранулематозный 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

59. 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. кистэктомия

60. 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.

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

61. 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.

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

62. 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

63. 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 ($0,3 \times 0,4$ 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

64. 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 ($0,3 \times 0,2$ 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

65. 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 $37,6^{\circ}\text{C}$) 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°C. В момент стихания острых явлений температура тела снижалась до 37,3°C. 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

66. Стоматологу-хирургу необходимо удалить 4.7 зуб с сохраненной коронковой частью. Он отдает распоряжение медсестре подготовить все для проведения предстоящей операции удаления зуба 4.7. Медсестра задает вопрос: «Какие щипцы готовить для проведения удаления?»

Определите какими щипцами удаляют 4.7 зуб?

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

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 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

69. 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, 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

70. 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

71. 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

72. 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

73. 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 $37,5^{\circ}\text{C}$. 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 27, 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

74. 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

75. 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

76. 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 етамзилата
- Г. Не удалять зуб, потому что гемофилия является абсолютным противопоказанием к операции удаления зуба

3. Хирургическое лечение заболеваний пародонта

77. Пациент 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на кровоточивость десны при чистке зубов, неприятный запах из полости рта. Считает себя больным более 10 лет, когда стал обращать внимание на кровоточивость десен во время чистки зубов. Проводились осмотры у стоматолога каждые 6 месяцев, лечение зубов по поводу кариеса. При внешнем осмотре: кожные покровы без видимых изменений. При осмотре полости рта: гигиена неудовлетворительная, слизистая оболочка губ, щёк бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. В области зубов 13 12 11 21 22 23 карманы 3,5 мм. Десну окрасили раствором Шиллера-Писарева.

Определите группу заболеваний пародонта, к которой может относиться данная патология

- А) воспалительные заболевания пародонта.
- Б) дистрофическое заболевание пародонта.

В)воспалительно-дистрофическое заболевание парадонта

78.Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени. 1.Опишите рентгенограмму в области центральных резцов верхней челюсти

Укажите и сформулируйте предварительный диагноз заболевания.

А) хронический локальный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23

Б)системный пародонтит средней степени в области 13 12 11 21 22 23

В)воспалительно-дистрофический пародонтит области 13 12 11 21 22 23 зубов

79..Пациент 27 лет обратился к стоматологу с жалобами на подвижность зубов, отсутствие зубов 11 21 31, кровоточивость десны, выделение гноя, боль, неприятный запах из полости рта, частые случаи припухлости десны, которые сопровождаются болью и повышением температуры тела до 37,9 градусов. В анамнезе диабет, уровень глюкозы в периферической крови натощак 7,5 ммоль/л. Внешний осмотр: кожные покровы без видимых изменений, регионарные лимфоузлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десна в области имеющихся зубов застойно гиперемирована, отмечается гнойное отделяемое из пародонтальных карманов. Пародонтальные карманы 6-9 мм патологическая подвижность зубов III степени.

Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.

А) Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); общий клинический анализ крови; заключение эндокринолога.

Б) Рентгенологическое исследование (панорамная рентгенография верхней и нижней челюстей); заключение эндокринолога

В) Заключение эндокринолога; общий клинический анализ крови

80.Пациентка 43 лет обратилась к стоматологу с жалобами на подвижность резцов верхней челюсти, появление щели между зубами, крови во время чистки зубов и припухлость десны, которая в течение последнего года возникала трижды. Стоматолога посещает регулярно 2 раза в год: проводится лечение зубов, удаление зубного камня. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щёк без патологических изменений. Десневые сосочки и маргинальная десна отёчны, гиперемированы, кровоточат при зондировании. Пародонтальные карманы в области 13 12 11 21 22 23 равны 4-5 мм. Патологическая подвижность 12 11 21 22 соответствует I степени.

Определите точный диагноз в данной ситуации

А) Дистрофический парадонтит 12 11 21 22

Б) Пародонтит средней степени тяжести 12 11 21 22

В) Гингивит 12 11 21 22

81. Пациентка Г. 48 лет обратилась к стоматологу с жалобами на повышенную чувствительность зубов на все виды раздражителей, на эстетический дефект. Внешний осмотр: кожные покровы без видимой патологии, лимфатические узлы не пальпируются. Осмотр полости рта: слизистая оболочка губ, щек бледно-розового цвета, достаточно увлажнена, без видимых патологических изменений. Десна бледная, плотная, зубы 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 смещены веерообразно, оголены их корни на 2-3 мм. В области зубов 13, 14, 15, 23, 34, 35 клиновидные дефекты. На рентгенограмме – равномерное снижение высоты межзубных перегородок на 1/3 длины корней зубов.

Укажите лечение данного заболевания.

А) Удаление 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов

Б) Биологические методы лечения десны 13, 12, 11, 21, 22, 23, 33, 32, 31, 41, 42, 43 зубов

В) Удаление 13, 14, 15, 23, 34, 35 зубов

82. Пациент К. 20 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,8°C. Считает себя больным около 3 дней, когда после переохлаждения появились признаки заболевания. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. Гнилостный запах изо рта. При осмотре полости рта - неудовлетворительная гигиена, обилие наддесневого зубного налёта, гиперемия, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.

Поставьте предварительный диагноз

А) «острый некротический язвенный гингивит (гингивит Венсана)

Б) генерализованный пародонтит

В) дистрофически-воспалительный парадонтит

83. Больная Р, . 50 лет обратился к стоматологу с жалобами на резкую боль в полости рта, неприятный запах изо рта, общую слабость, головную боль, повышение температуры тела до 38,8°C. Считает себя больным около 5 дней, когда после переохлаждения появились признаки заболевания. При внешнем осмотре: бледные кожные покровы. При пальпации регионарные лимфоузлы увеличенные, болезненные, мягкие, подвижные. Гнилостный запах изо рта. При осмотре полости рта - неудовлетворительная гигиена, обилие наддесневого зубного налёта, гиперемия, некроз межзубных сосочков и десневого края вокруг большинства зубов, резкая кровоточивость и болезненность десны при прикосновении инструментом.

Составьте план лечения.

1. противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.)
2. противовоспалительная терапия, витаминотерапия (Аскорутин и др.)
3. противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.),

84. Пациент Т., 23 года, обратился в стоматологическую клинику с жалобами на боль в области 34,35;36 зубов. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,9°C. При осмотре в полости рта: в области прикрепленной десны отмечается гиперемия и отек слизистой. Определяются патологические зубодесневые карманы. Отделяемого из них нет. На рентгенограмме: Определяется убыль костной ткани на 1/5.

Какие виды хирургического лечения показаны в данном случае

1. открытый кюретаж, открытый кюретаж в комплексном лечении.
2. гингивотомия в области 34,35;36
3. противовоспалительная терапия, антибактериальная терапия (Метронидазол) антигистаминные препараты (Тавегил, Супрастин и др.), витаминотерапия (Аскорутин и др.)

85. Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. Зубная формула по результатам осмотра и панорамной рентгенографии: Примечание: к – кариес, пл – пломба, о - отсутствует. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме.

0	к	к	к											пл	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	пл										пл			0

Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс. Индекс гигиены полости рта неудовлетворительный. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется.

Сформулируйте диагноз

1. Обострившийся парадонтит в области 1.5, 1.6, 1.7
2. хронический гингивит 1.5, 1.6, 1.7
3. хронический локализованный пародонтит в области зубов 1.5, 1.6, 1.7.

86. Пациент М., 35 лет. Жалуеться на кровоточивость десны и подвижность зубов. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка маргинальной десны в области всех зубов отёчна, цианотична, легко кровоточит при прикосновении, обильные мягкие зубные отложения. Пародонтальные карманы у зубов 1.5,

1.1, 2.2 глубиной 4 – 5 мм, у зуба 2.4 – 7 мм. Подвижность зуба 2.4 – III степени. Индекс гигиены по Фёдорову-Володкиной –3,0 балла. На ортопантомограмме– резорбция костной ткани альвеолярного отростка челюстей на 1/3 длины корней всех зубов, у зуба 2.4 – на ½ длины корня, костный карман. Зубная формула по результатам осмотра и панорамной рентгенографии: Примечание: пл – пломба, о - отсутствует. 1. Поставить диагноз

0	пл	пл	пл											пл	0
18	7	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	пл										пл			0

1. хронический локализованный пародонтит
2. хронический генерализованный пародонтит средне-тяжелой степени.
3. Обострившийся парадонтит

87. Пациентка С. 54 года обратилась с жалобами на попадание пищи между зубами и затрудненное очищение моляров и премоляров верхней челюсти справа, кровоточивость десны при чистке зубов, иногда ноющую боль. Зубная формула по результатам осмотра и панорамной рентгенографии:

Примечание: к – кариес, пл – пломба, о - отсутствует.

0	к	к	к											пл	0
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
0	0	пл										пл			0

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. 0 к к к пл 0 18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38 0 0 пл пл 0 24 Слизистая оболочка в области зубов 1.5, 1.6, 1.7 застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. В межзубных промежутках этих зубов имеются остатки пищи, над и поддесневые твердые зубные отложения, пародонтальные карманы: 4 мм в области зуба 1.5, у зубов 1.6 и 1.7 – 6 мм, зуб 1.6 имеет подвижность I степени. На контактных поверхностях зубов 1.5, 1.6, 1.7 дефекты пломб, кариозный процесс. Индекс гигиены полости рта неудовлетворительный. В области других зубов клинической и рентгенологической патологии не определяется

Укажите оптимальный вариант хирургического лечения

А) открытого кюретажа в области зубов 1.5, 1.6, 1.7;

Б) гингивэктомия 1.5, 1.6, 1.7

В) гингивотомия 1.5, 1.6, 1.7

88. Пациент К., 40 лет обратился с жалобами на постоянную боль в области зуба 4.7. История заболевания. Боль появилась 2 дня назад. Утром в день приема повысилась температура тела до 37,60. Подобная ситуация возникла впервые, но боль в указанной области периодически возникала ранее. Боль купировалась после 2-х - 3-х дневного полоскания полости рта отварами трав. Зубная формула по результатам осмотра и панорамной рентгенографии: Примечание: пл – пломба, о – отсутствует

	пл	о									пл				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	пл	пл												пл	

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Открывание рта в полном объеме. Слизистая оболочка десневого края в области всех зубов застойно гиперемирована, легко кровоточит при прикосновении. Обилие твердых наддесневых зубных отложений. Пародонтальные карманы глубиной от 5 мм и больше. В области зуба 4.7 отмечается резкий отек маргинальной десны, флюктуация, боль при пальпации данного участка альвеолярной части. Из пародонтальных карманов зубов 4.2, 4.1, 3.1, 3.2 - гнойное отделяемое. Зубы 4.7 и 4.1 имеют подвижность третьей степени. Моляры верхней челюсти, а также зубы 1.2, 1.1, 3.2, 3.1, 4.2 имеют подвижность второй степени.

Укажите тактику хирургического лечения в области зуба 4.7

А) удаление зуба 4.7, гингивотомия 4.7.,

Б) комплексное лечение генерализованного пародонтита.

В) гингивотомия 4.7., прием антибиотиков

4. Воспалительные заболевания ЧЛЮ

89. 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.

Составьте план лечения основного стоматологического заболевания.

1. Назначение комплекса противовоспалительной терапии
2. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса, тампонады верхнечелюстной пазухи
3. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса через верхнечелюстную пазуху путем синусотомии
4. Репозиция и фиксация отломков скулового комплекса через верхнечелюстную пазуху путем синусотомии и тампонады верхнечелюстной пазухи

90. Пациентка К., 27 лет, жалобы: на сильную пульсирующую боль в зубах верхней челюсти справа, припухлость лица, недомогание, повышенную температуру тела, озноб, нарушение сна, отсутствие аппетита. Анамнез: две недели назад появилась боль в 13 зубе. Обратился к стоматологу, начато лечение, боль стихла. После пломбирования канала вновь появилась сильная боль в этом зубе. Полоскания полости рта раствором питьевой соды, прием обезболивающих средств давали незначительный, кратковременный эффект. Через три дня резко ухудшилось общее состояние, повысилась температура тела. Появилась припухлость лица, боль распространилась на ряд зубов верхней челюсти справа, они стали подвижными. Укажите с какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?

1. Острый или обострившийся хронический периодонтит 1.3 зуба,

2. Острый гнойный периостит верхней челюсти, нагноившаяся радикулярная киста в области 1.3.

3. Абсцесс и флегмона подглазничной области.

4. 1,2,3 верны

91. 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 ($0,3 \times 0,3$ 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 ($0,4 \times 0,5$ см) округлой формы с четкими ровными контурами. У пациента констатирована температура тела 37°C , 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

92. 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 камеру 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

93. 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 (ортопантомограммы) в периапикальных тканях в области верхушки дистального щечного корня зуба 2.7 определяется очаг деструкции костной ткани с нечеткими контурами в виде языков 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.

94. 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 дентальной 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.

95. 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 obturированы. В области бифуркации корней определяется очаг деструкции костной ткани с четкими контурами ($0,2 \times 0,2$ 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

96. 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 дентальной рентгенограммы) дистальный корневого 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 4б зуба.

Г. Острый одонтогенный остеомиелит

97. 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 ($0,3 \times 0,4$ 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

98. 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 $\frac{1}{3}$ 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

99. 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 создается 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. 1.

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

100. 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) корневой канал зуба 3.5 запломбирован, апикальное отверстие obturировано. 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

101. У больного П., 44 лет, на сиалограмме не определяются выводные протоки IV-V порядка, в концевых отделах железы определяются полости, заполненные контрастной массой.

Укажите для какого заболевания характерна данная рентгенологическая картина?

- 1. Хронический сиалодохит.
- 2. Хронический паренхиматозный сиалоаденит.
- 3. Хронический интерстициальный сиалоаденит.
- 4. Болезнь Микулича.

102. У больного диагностирован эпидемический паротит в стадии нарастания воспалительных явлений.

Укажите какова тактика врача в данном случае?

- 1. Назначить контрастную сиалографию.
- 2. Составить план обследования и назначить консервативную терапию.
- 3. Составить план обследования и срочно вскрыть слюнную железу.
- 4. Составить план обследования и назначить слюногонную диету.

103. При обследовании больного С., 34 лет, выявлены жалобы на распирающую, иррадиирующую боль в области правой околоушной слюнной железы; припухлость всей правой околоушной области, незначительную гиперемию кожи в этой области; суженность правого слухового прохода; болезненное открывание рта, некоторую сухость слизистой оболочки полости рта, при легком массировании железы из протока получено небольшое количество мутной с примесью гноя слюны.

Укажите какое заболевание можно предположить?

- 1. Флегмона околоушной области справа.
- 2. Острый гнойный отит.
- 3. Острый эпидемический паротит.
- 4. Острый неэпидемический паротит.

104. После травмы, перенесенной 2 месяца тому назад, больной Н., 46 лет, заметил "деревянистый" инфильтрат в области угла нижней челюсти слева. Через месяц самопроизвольно вскрылся абсцесс в этой области, рядом появилась ограниченная болезненная припухлость. Врач поставил предварительный диагноз: актиномикоз, кожно-мышечная форма.

Укажите какой из перечисленных дополнительных методов исследования необходимо провести для установления диагноза в первую очередь?

- 1. Рентгенографию нижней челюсти.
- 2. Биопсию.
- 3. Кожно-аллергическую пробу с актинолизатом, исследовать содержимое мицелия.
- 4. RW.

105. Больной Н., 45 лет, доставлен в клинический покой с жалобами на боли и припухлость в подподбородочной области. При осмотре: в подподбородочной области имеется плотный, разлитой, болезненный инфильтрат доходящий до подъязычной кости. Кожа над ним гиперемирована, отечна, болезненна при пальпации. Рот открывает до 4,5 см между центральными зубами. Коронка 32 зуба разрушена на 2/3, перкуссия резко болезненна, а 33 и 31 зубы поражены кариесом, 36 и 37 зубы под пломбами. Слизистая оболочка в области подъязычных и язычных желобков не изменена. Рентгенологически - расширение периодонтальной щели в области 32 зуба. Выставлен диагноз: одонтогенная флегмона подподбородочной области.

Назовите какие клинические факторы подтверждают этот диагноз?

1. Наличие кариеса 33 и 31 зубов.
2. Наличие пломбированных 36 и 37 зубов.
3. Наличие инфильтрата в подподбородочной области.
4. Наличие периодонтита в 32 зубе.

106. Больной К., 30 лет, обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на асимметрию лица, боль в области правой щеки, повышенную температуру тела до 38°C. При осмотре больного врач выявил разлитой, резко болезненный инфильтрат в области правой щеки с признаками флюктуации, кожа над инфильтратом гиперемирована, в складку не берется. В полости рта обнаружен разрушенный 16 зуб, перкуссия которого резко болезненная. На рентгенограмме 16 зуба определяется очаг деструкции костной ткани в области верхушек щечных корней с нечеткими контурами, размером до 0,7 см. На основании жалоб, объективного осмотра и данных дополнительного метода обследования выставлен диагноз: флегмона щеки справа.

Укажите какова этиология этой флегмоны?

1. Одонтогенная.
2. Стоматогенная.
3. Остеогенная.
4. Аденогенная.

107. Больной О., 28 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на боль в правом поднижнечелюстном треугольнике, слабость, высокую (38,5°C) температуру тела, асимметрию лица. Неделию тому назад заболел разрушенный 46 зуб, прикосновение к зубу стало резко болезненным. Четыре дня тому назад в правом поднижнечелюстном треугольнике появился "шарик", который вначале был слегка болезненным при ощупывании и подвижным, а затем боль в этой области стала нарастать. "Шарик" стал при ощупывании терять свои ориентиры, перестал быть подвижным. Накануне вечером на этом месте образовалось уплотнение тканей, контуры "шарика" исчезли. Сегодня боль усилилась, повысилась температура общая и местная, появилось покраснение кожи.

Выберите наиболее вероятный диагноз?

1. Одонтогенный острый серозный лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
2. Одонтогенный острый гнойный лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
3. Одонтогенный хронический лимфаденит правого поднижнечелюстного треугольника.
4. Аденофлегмона правого поднижнечелюстного треугольника.

108. К врачу-стоматологу обратился больной С., 50 лет, житель сельской местности, скотовод с жалобами на конгломерат увеличенных, сросшихся между собой воспалительным инфильтратом лимфатических узлов в области средней яремной цепи слева. Врач предположил специфический лимфаденит.

Назовите чем он вызван?

1. Синегнойной палочкой.
2. Стрептококками.

3. Стафилококками.
4. Смешанной микрофлорой.

109. Больной Л., 43 лет, обратился к врачу-стоматологу с жалобами на опухолевидное образование в толще левой околоушной железы, которое появилось два дня тому назад после того, как воспалилась кожа вокруг ссадины левой околоушной области, полученной во время бритья. Врач диагностировал псевдопаротит Герценберга.

Назовите что это такое?

1. Лимфаденит околоушной слюнной железы.
2. Киста околоушной слюнной железы.
3. Смешанная опухоль околоушной слюнной железы.
4. Паротит неэпидемический.

110. Больная К., 18 лет, обратилась к врачу с жалобами на сильную боль, наличие болезненного инфильтрата, на задней поверхности шеи, повышение температуры тела, озноб, общую слабость, потерю аппетита. Объективно: припухлость по задней поверхности шеи размером 3 x 4 см с сине-багровой окраской и некрозом кожи в центре, плотной консистенции, резко болезненный.

Укажите какое лечение нужно применить?

- 1.. Пункция с последующим бактериологическим исследованием
2. Холод (гипотермия)
3. Крестообразный разрез, иссечение некротических тканей, дренирования, общее антибиотикотерапия
4. УВЧ-терапия та общая антибактериальная терапия

111. Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0x1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи.

Назовите какими осложнениями чревата данная патология?

1. Карбункул лица, флегмона
2. Тромбофлебит, лимфаденит
3. Лимфангит, менингит, сепсис.
4. 1,2,3 верны

112. Больной С., 52 лет, обратился в поликлинику с жалобами на наличие плотного, болезненного инфильтрата в области верхней губы, головные боли, недомогание, повышение температуры до 37,4 градусов Цельсия. При осмотре - инфильтрат на верхней губе 1,0x1,5 см, с гиперемией кожи и отеком вокруг. Больному наложена повязка с мазью Вишневского, назначены антибиотики, после чего он был отпущен домой. Через 2 суток у больного температура повысилась до 40 градусов Цельсия, инфильтрат увеличился в размерах, появился гнойный стержень в центре, резко выраженные головные боли, озноб, и он был госпитализирован по скорой помощи
Укажите предположительный диагноз?

1. Карбункул верхней губы
2. Карбункул нижней губы
3. Фурункул верхней губы
4. Фурункул нижней губы

113. Больной В. 50 лет, во время бритья получил маленькую поверхностную рану в области угла нижней челюсти. Обработал ее раствором йода, в течение 4-х дней больного ничего не беспокоило. Затем, отметил в этой зоне небольшую болезненную припухлость, без гиперемии и гипертермии, которая постепенно увеличивалась. К врачу не обращался. Местно прикладывал ежедневно теплую грелку. Боль, однако, не проходила. Инфильтрат стал размером - 4x5 см, плотным, появилась незначительная гиперемия над ним, температура тела субфебрильная. На 8-е сутки температура повысилась вечером до 39 градусов, утром - 37,2. В области инфильтрата появилась флюктуация, затруднение открывания рта. После чего был вынужден обратиться к врачу.

Установите диагноз?

1. Абсцесс подчелюстной области.
2. Флегмона подчелюстной области.
3. Лимфаденит подчелюстной области.
4. Фурункул подчелюстной области.

114. Пациент А., 21 год, обратился с жалобами на припухлость в поднижнечелюстной области слева. Припухлость беспокоит больного в течение двух лет. Периодически больной отмечает появление боли справа в поднижнечелюстной области, повышение температуры тела. В поднижнечелюстной области слева определяется лимфатический узел размерами 3,0x2,5 см, плотной, болезненный при пальпации. Кожа над ним отечна, гиперемирована. Слизистая оболочка полости рта бледно-розового цвета, влажная. Язык чистый, влажный. При пальпации слюнные железы безболезненные, мягкоэластической консистенции. Из устьев выводных протоков слюнных желез выделяется прозрачная слюна. Коронки 3.6, 3.7 зубов восстановлены пломбами, серого цвета. Перкуссия зубов безболезненная. Зубы устойчивы.

Поставьте предварительный диагноз?

1. Основное заболевание - хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.7 в стадии обострения. Осложнение - хронический продуктивный лимфаденит поднижнечелюстной области слева.
2. Основное заболевание - хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.6 в стадии обострения. Осложнение - хронический продуктивный лимфаденит поднижнечелюстной области слева.
3. Основное заболевание - хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.7 в стадии обострения. Осложнение - хронический продуктивный лимфаденит поднижнечелюстной области справа.
4. Основное заболевание - хронический гранулематозный периодонтит зуба 3.7 в стадии обострения.

115. Пациент А., 18 лет, обратился к стоматологу-хирургу с жалобами на припухлость лица слева, незначительные тупые боли в области припухлости, повышение температуры тела до 37,2 °С. Из анамнеза известно, что у пациента на лице периодически появляется гнойничковая сыпь. Один из гнойничков он выдавил. Через день в месте локализации этого гнойничка появилось уплотнение мягких тканей, покраснение кожных покровов в области уплотнения. Объективно: конфигурация лица изменена за счет коллатерального отека подглазничной области слева, а также наличия инфильтрата округлой формы в левой щечной области. В центре инфильтрата 72 определяется некротический стержень. Кожа над инфильтратом красного цвета, она спаяна с подлежащими тканями. Поднижнечелюстные лимфатические узлы слева увеличены (0,4 × 0,7 см), болезненны, мягкой, эластичной консистенции, подвижны, с кожей и подлежащими тканями не спаяны.

Какой диагноз на основании данных, представленных в условии задачи, может быть поставлен пациенту?

1. фурункул щечной области слева
2. фурункул щечной области справа
3. карбункул носогубной складки
4. карбункул щечной области

5. Заболевания ВНЧС, сиалодениты и опухоли ЧЛО

116. 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 гемиатрофия лица

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

116. 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

117. Больной 23 лет обратился в клинику с жалобами на боли и припухлость кпереди 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;

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

Д. Хронический фиброзный периодонтит

Е. Хронический гранулирующий периодонтит

Ж. хронический апикальный гранулематозный периодонтит

З. Хронический гангренозный пульпит

119. 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

120. 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;

121. 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

122. 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 (ортопантомограммы) 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

123. 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.

124. 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 ($0,3 \times 0,2$ 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

125. 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

126. 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.

127. 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

128. 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

129. Б-ой И., 57 лет, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургу стоматологу с жалобами на опухолевидное образование на десне в области правой верхней челюсти, которое кровоточит при травмировании. История заболевания. 3 месяца назад впервые заметил на десне в области фронтальных зубов верхней челюсти безболезненное образование, которая постепенно увеличивалась, стала кровоточить. Перенесенные заболевания: хронический гастрит. Местные изменения. При внешнем осмотре изменений не определяется. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Открывание рта свободное, безболезненное. В полости рта: слизистая оболочка бледно-розового цвета, умеренно увлажнена. На десне в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов имеется грибовидное образование на широком основании, покрытое слизистой оболочкой синюшного цвета, размером 2,0 см, безболезненное при пальпации, прикрывающее вестибулярную поверхность коронки данных зубов. На рентгенограмме в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов имеется разрежение костной ткани

Поставьте предварительный диагноз.

- А) Эпулис альвеолярного отростка в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов
- Б) Абсцесс в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов
- В) Остеомиелит в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов
- Г) Флегмона в области 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 зубов

130. Б-ой Б., 56 лет, был направлен врачом хирургом-стоматологом к врачу онкологу с жалобами на образование в области нижней губы слева. История заболевания. Около 2 месяцев назад язва, которую он смазывал маслом облепихи, улучшения не последовало. Пациент отмечает, что при курении держит сигарету в данной области. Перенесенные заболевания: хронический гастрит. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется Местные изменения. При внешнем осмотре определяется инфильтрат мягких тканей в области нижней губы слева без четких границ, слабо болезненный при пальпации, в центре которого имеется язва с плотными валикообразными краями, диаметром около 1,0 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка полости рта физиологической окраски

Вопрос 1. Поставьте диагноз по МКБ-10

- А) Рак нижней губы, язвенная-инфильтративная форма
- Б) Абсцесс нижней губы
- В) Остеомиелит нижней губы
- Г) Флегмона в области нижней губы

131. Б-ой Я., 49 лет, был направлен врачом хирургом-стоматологом к врачу онкологу с жалобами на образование в области нижней губы слева. История заболевания. Около 2 месяцев назад появилась припухлость, на месте которой 2 недели назад появилась язва. Пациент отмечает, что при курении держит сигарету в данной области. Перенесенные заболевания: простудные. Местные изменения. При внешнем осмотре определяется

инфильтрат мягких тканей в области нижней губы слева без четких границ, слабо болезненный при пальпации, в центре которого имеется язва с плотными валикообразными краями, диаметром около 1,0 см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Рот открывается свободно. Слизистая оболочка полости рта физиологической окраски. Поставьте диагноз по МКБ-10.

- А) Рак нижней губы, язвенная-инфильтративная форма
- Б) Абсцесс нижней губы
- В) Остеомиелит нижней губы
- Г) Флегмона в области нижней губы

132. Б-ой У., 21 год, обратился в стоматологическую поликлинику к врачу хирургустоматологу с жалобами на припухлость в щечной области справа, эстетический недостаток. История заболевания. Впервые припухлость в толще щеки заметил 3 года назад. К врачу не обращался. За истекшее время припухлость увеличилась в размере приблизительно в 3 раза. Боли не отмечает. Перенесенные заболевания: практически здоров. Местные изменения. При внешнем осмотре видна припухлость в нижнем отделе околоушно-жевательной области справа. Кожа над припухлостью в цвете не изменена, хорошо собирается в складку. При пальпации определяется образование размером около 2,0 см, плотноэластической консистенции с гладкой поверхностью, безболезненное, с ограниченной подвижностью из-за спаянности в одной точке по отношению к окружающим тканям. По данным бимануальной пальпации образование расположено непосредственно под кожей. Поднижнечелюстные лимфатические узлы справа и слева не увеличены, рот открывается свободно. В полости рта: слизистая оболочка бледнорозового цвета нормально увлажнена

Поставьте предварительный диагноз

- А) Эпидермоидная киста (атерома) околоушно-жевательной области справа
- Б) Эпулис околоушно-жевательной области справа
- В) Рак околоушно-жевательной области справа
- Г) Саркома околоушно-жевательной области справа

133. Пациентка Л., 34 года, предъявляет жалобы на припухлость мягких тканей в щечной области справа. Она отмечает повышение температуры тела до 37,4 о 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.

Как именуется симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата?

1. Симптом, свидетельствующий о наличии гнойного экссудата в области инфильтрата, называется симптомом флюктуации.
2. Симптом Никольского
3. Симптом Венсана
4. Симптом пергаментного хруста

134. 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

135. 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 27, вскрытие абсцесса, проведение антибактериального и противовоспалительного лечения.

136. 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

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

138. Больной М., обратился к хирургу-стоматологу с жалобами на повышение температуры тела к $37,6^{\circ}\text{C}$, припухлость мягких тканей, боль в 47 зубе на нижней челюсти слева, что усиливается при дотрагивании. При обзоре наблюдается гиперемия и сглаженность переходной складки альвеолярного отростка с вестибулярной стороны в участке разрушенного 47 зуба.
Выберите наиболее достоверный диагноз?
А. Острый периодонтит
Б. острый одонтогенный гнойный периостит
В. Заострение хронического пульпита
Г. Острый одонтогенный остеомиелит
139. 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: $T=37,8^{\circ}\text{C}$. 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
140. 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
141. 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, $t=37,2^{\circ}\text{C}$.
Объективно: лицо асимметричное за счет отека под левым крылом носа. Кожа над отеком немного гиперемированная. 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

142. 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 участке левого сустава, t тела 37,2 0С, зубы интактные, прикус ортогнатичный. На рентгенограмме костные структуры сустава не измененные, 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
143. 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 гемиатрофия лица
144. 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
145. У больного П., 44 лет, на сиалограмме не определяются выводные протоки IV-V порядка, в концевых отделах железы определяются полости, заполненные контрастной массой.
Укажите для какого заболевания характерна данная рентгенологическая картина?
1. Хронический сиалодохит.
2. Хронический паренхиматозный сиалoadенит.
3. Хронический интерстициальный сиалoadенит.
4. Болезнь Микулича.
146. У больного диагностирован эпидемический паротит в стадии нарастания воспалительных явлений.
Укажите какова тактика врача в данном случае?
1. Назначить контрастную сиалографию.
2. Составить план обследования и назначить консервативную терапию.
3. Составить план обследования и срочно вскрыть слюнную железу.
4. Составить план обследования и назначить слюногонную диету.

6. Основы дентальной имплантации

147. Пациент, 32 лет, вследствие спортивной травмы, потерял 41 и 31 зубы. Реплантирование невозможно, так как указанные зубы имеют трещины и сколы, как на поверхности коронок, так и на поверхности корней. После клинического и рентгенологического обследования определена возможность непосредственной имплантации. Имплантаты, из какого материала имеют преимущества?

А) Титановые+

Б) Виглецовые

В) Фарфоровые

Г) Платиновые

148. Пациент А. 32 лет обратился в стоматологическую клинику с жалобами на эстетический дефект: откол коронки 3.2 зуба. Анамнез заболевания: откол 3.2 зуба произошёл накануне вечером во время приёма пищи. При обследовании обнаружено отсутствие коронки 3.2 зуба, оставшаяся часть её выступает над уровнем десневого края до 3 мм. На прицельной рентгенограмме выявлено: корневого канала запломбировано равномерно на всем протяжении до верхушки, периапикальных изменений не визуализируется.

Вопрос: Назовите возможный метод восстановления 3.2 зуба.

А) Изготовление культевой штифтовой вкладки и коронки на 3.2 зуб.

Б) Восстановление зуба анкерным или стекловолоконным штифтом и композитным материалом;

В) Изготовление штифтового зуба.

Г) Все варианты верны.

149. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент Р. 26 лет. Жалобы на затруднённое пережёвывание пищи, эстетику передних зубов верхней челюсти, подвижность передних зубов на верхней челюсти. Анамнез заболевания: две недели назад пациент, катаясь на мотоцикле попал в аварию, в следствии отлом коронковой части двух передних зубов на верхней челюсти. В области 1.1, 2.1 зубов – слизистая гиперемирована, отёчна. Прикус ортогнатический. Обследование полости рта: на верхней челюсти - отсутствуют коронковые части 2.1, 1.1 зубов. Корни данных зубов закрыты частично слизистой оболочкой. Сколы в пределах эмали 1.2, 2.2 зубов. Незначительная подвижность 1.2, 2.2 зубов (первая степень). В незначительном объёме наблюдаются твёрдые зубные отложения на зубах обеих челюстей. На 1.6, 2.6, 3.6, 4.6 зубах имеются композитные пломбы. На Rg наблюдается наличие корней 2.1, 1.1 зубов на уровне и ниже альвеолярной кости.

Вопрос: план ортопедического лечения.

А) изготовить виниры на 2.2, 1.2 зубы;

Б) дентальная имплантация в проекции 2.1, 1.1 зубов;

В) изготовить эстетичные коронки с опорами на дентальные имплантаты 1.1, 2.1 зубов.

Г) все варианты верны.

150. В клинику ортопедической стоматологии обратилась пациентка 40 лет с жалобами на затрудненное пережевывание пищи вследствие нежелания пользоваться съемным протезом из-за возможного нарушения дикции. Объективно: на верхней челюсти отсутствуют |678. Зубы удалены более года назад по поводу осложненного кариеса. |45 интактны. На нижней челюсти 76/6 покрыты металлическими коронками. Коронки соответствуют клиническим требованиям.

Метод имплантации. Показания и противопоказания.

А) метод имплантации с восстановлением дефекта коронками или мостовидным протезом

Б) полный съемный протез с фиксацией на имплантатах.

Г) условно-съемный протез с фиксацией на имплантатах

151. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 20 лет, получивший травму около 2 суток назад. Объективно: На верхней губе слева отмечается гиперемия, припухлость, болезненность при пальпации. На слизистой оболочке в области |12 - гематома. На верхней челюсти слева отсутствуют коронки |12. Линия перелома корней находится ниже уровня десны, вестибулярные поверхности корней уходят на глубину 4-5 мм, корни |12 имеют II степень подвижности. Соседние зубы интактны. По данным рентгенографии периодонтальные щели корней |12 расширены, в области верхушек отмечаются очаги затемнения.

Укажите метод имплантации

А) проведение внутрикостной имплантации

Б) полный съемный протез с фиксацией на имплантатах.

В) условно-съемный протез с фиксацией на имплантатах

152. В клинику ортопедической стоматологии обратился пациент 45 лет с жалобами на невозможность пользоваться съемным протезом на нижней челюсти, нарушение дикции. Объективно: на нижней челюсти отсутствуют все зубы. В боковых участках резкая атрофия альвеолярного гребня, слизистые тяжи прикреплены к вершине гребня. Во фронтальном участке альвеолярный гребень выражен, поверхность гладкая. Слизистая без видимой патологии. На верхней челюсти металлокерамические мостовидные протезы с опорой на 7-5| и |4-6 соответствуют клиническим требованиям 8|8 отсутствуют. Зубная формула:

0 к к	к к 0
87654321	12345678
87654321	12345678
00000000	00000000

Метод имплантации

А) Субперносталяная

Б) внутрикостная

В) полный съемный протез с фиксацией на имплантатах.

Г) условно-съёмный протез с фиксацией на имплантатах.

Д) мостовидные протезы с фиксацией на имплантатах.

Тесты для ординаторов СОП по хирургической стоматологии

1. Основы анестезиологии и реанимации проведение интенсивной терапии

153. Укажите инактивация местных анестетиков осуществляется путем

- а) гидролиза псевдохолинэстеразой плазмы, редукции в печени
- б) соединения с гликуроновой кислотой печени
- в) окисления
- г) выделения почками

154. Определите наибольшей длительностью действия обладает следующий местный анестетик

- а) тримекаин
- б) новокаин
- в) лидокаин
- г) маркаин, анакаин

155. Отметьте лидокаин преимущественно применяют для

- а) инфильтрационной и проводниковой анестезии
- б) спонгиозной анестезии
- в) внутривагментарной анестезии
- г) внутрипульпарной анестезии

156. Определите основным видом обезболивания, применяемым при операции удаления зуба, является

- а) местное
- б) общее (наркоз)
- в) комбинированное
- г) нейролептаналгезия

157. Определите общим обезболиванием является

- а) атаралгезия
- б) эндотрахеальный наркоз
- в) проводниковая анестезия
- г) вагосимпатическая блокада
- д) инфильтрационная анестезия

158. Определите общим обезболиванием является

- а) внутривенный наркоз
- б) стволовая анестезия
- в) спинальная анестезия
- г) паранефральная блокада

159. Укажите для ингаляционного наркоза используется

- а) калипсол
- б) фторотан
- в) дроперидол

г) оксибутират натрия

160. Определите показанием к проведению общего обезболивания является

- а) травматичность операции
- б) длительность вмешательства
- в) нарушения психики больного
- г) всё перечисленное

161. Определите противопоказанием к проведению общего обезболивания является

- а) полный желудок
- б) аллергия к местным анестетикам
- в) неуравновешанность психики больного

162. Укажите в зону обезболивания при туберальной анестезии входят зубы

- а) 876
- б) 8
- в) 54
- г) 87654
- д) 76

163. Укажите в зону обезболивания верхней челюсти при инфраорбитальной анестезии входят

- а) моляры
- б) верхняя губа, крыло носа
- в) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с небной стороны
- г) 4321, слизистая оболочка альвеолярного отростка с вестибулярной стороны
- д) верно б) и г)

164. Отметьте стволовая анестезия показана при вмешательствах на челюстях

- а) малотравматичных
- б) длительных
- в) травматичных
- г) верно б) и в)

165. Отметьте непосредственным местным осложнением стволовой анестезии является

- а) обморок
- б) повреждение лицевой артерии
- в) попадание иглой в полость носа
- г) гематома

166. Определите непосредственным общим осложнением местной анестезии является

- а) обморок
- б) гематома
- в) контрактура

167. Токсичность местных анестетиков проявляется

- а) при гипертиреозе
- б) при увеличении концентрации анестетика
- в) при попадании анестетика в кровяное русло
- г) верно всё перечисленное

168. Во время коллапса кожные покровы

- а) сухие, бледные
- б) влажные, бледные
- в) сухие, гиперемированные
- г) влажные, гиперемированные

169. Пульс во время коллапса

- а) частый, нитевидный
- б) нитевидный, редкий
- в) частый, хорошего наполнения
- г) редкий, хорошего наполнения

170. К общесоматическим осложнениям местного обезболивания относят

- а) синусит
- б) альвеолит
- в) остеомиелит
- г) анафилактический шок

2. Операция удаления зуба

171. Показанием к удалению зуба является

- а) острый пульпит
- б) глубокий кариес
- в) острый периодонтит
- г) хронический гранулематозный периодонтит

172. Прямыми щипцами удаляют

- а) моляры
- б) премоляры
- в) зубы мудрости
- г) резцы верхней челюсти
- д) резцы нижней челюсти

173. S-образными щипцами без шипов удаляют

- а) корни зубов
- б) моляры нижней челюсти
- в) моляры верхней челюсти
- г) премоляры верхней челюсти
- д) третьи моляры нижней челюсти

174. S-образными щипцами с шипом удаляют

- а) резцы
- б) третьи моляры верхней челюсти
- в) первые и вторые моляры верхней челюсти
- г) премоляры верхней челюсти
- д) третьи моляры нижней челюсти

175. Штыковидными щипцами удаляют

- а) резцы нижней челюсти
- б) моляры верхней челюсти
- в) премоляры нижней челюсти
- г) третьи моляры нижней челюсти

д) корни зубов верхней челюсти

176. Клювовидными щипцами со сходящимися щечками удаляют

- а) резцы нижней челюсти
- б) моляры нижней челюсти
- в) премоляры верхней челюсти
- г) третьи моляры верхней челюсти
- д) корни зубов нижней челюсти

177. Клювовидными щипцами с несходящимися щечками удаляют на нижней челюсти

- а) резцы
- б) моляры
- в) премоляры
- г) корни зубов
- д) однокорневые зубы

178. На нижней челюсти элеваторами под углом удаляют

- а) клыки
- б) резцы
- в) премоляры
- г) корни моляров

179. Штыковидным элеватором (ключом Леклюза) удаляют на нижней челюсти

- а) клыки
- б) резцы
- в) премоляры
- г) первые моляры
- д) вторые моляры
- е) третьи моляры

180. К осложнениям, возникающим во время операции удаления зуба, относятся

- а) гайморит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) перелом коронки или корня удаляемого зуба

181. К осложнениям, возникающим непосредственно после операции удаления зуба, относятся

- а) паротит
- б) кровотечение
- в) невралгия тройничного нерва
- г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

182. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зубов, относится

- а) паротит
- б) невралгия тройничного нерва

- в) перфорация дна верхнечелюстной пазухи
- г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

183. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления зуба, относится

- а) паротит
- б) отлом бугра верхней челюсти
- в) невралгия тройничного нерва
- г) артрит височно-нижнечелюстного сустава
- д) анкилоз височно-нижнечелюстного сустава

184. Возможным осложнением во время операции удаления третьего моляра нижней челюсти является

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) остеомиелит
- д) перелом нижней челюсти

185. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) синусит
- б) альвеолит
- в) остеомиелит
- г) гипертонический криз

186. К возможному осложнению, возникающему во время операции удаления моляров нижней челюсти, относится

- а) синусит
- б) периостит
- в) альвеолит
- г) вывих нижней челюсти
- д) остеомиелит

187. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) синусит
- б) обморок
- в) альвеолит
- г) остеомиелит

188. К общесоматическим осложнениям во время операции удаления зуба относят

- а) синусит
- б) коллапс
- в) альвеолит
- г) остеомиелит

189. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит

- в) коллапс
- г) невралгия
- д) альвеолит

190. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) невралгию
- г) остеомиелит

191. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) невралгию
- г) альвеолоневрит

192. К отдаленным осложнениям местного характера после операции удаления зуба верхней челюсти относят

- а) миозит
- б) коллапс
- в) гайморит
- г) невралгию

193. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные со сходящимися щечками
- в) клювовидные сходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные с несходящимися щечками

194. Для удаления резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) штыковидные
- б) прямые
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные с несходящимися щечками

195. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

- а) штыковидные
- б) прямые
- в) S-образные с шипом
- г) клювовидные сходящиеся
- д) изогнутые по плоскости

196. Для удаления клыков верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные с шипом
- в) S-образные с несходящимися щечками
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные со сходящимися щечками

197. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные сходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) S-образные без шипов

198. Для удаления премоляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) S-образные без шипов
- б) прямые
- в) штыковидные с несходящимися щечками
- г) клювовидные сходящиеся
- д) изогнутые по плоскости

199. Для удаления первого и второго правых моляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) S-образные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) S-образные несходящиеся
- г) S-образные с шипом справа

200. Для удаления первого и второго левых моляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) S-образные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) S-образные несходящиеся
- г) S-образные с шипом справа

201. Для удаления третьих моляров верхней челюсти предназначены щипцы

- а) прямые
- б) S-образные с шипом
- в) S-образные сходящиеся
- г) штыковидные со сходящимися щечками
- г) штыковидные с несходящимися закругленными щечками

202. Инструмент для удаления третьих моляров верхней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) прямой элеватор
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) штыковидные щипцы со сходящимися щечками

203. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) штыковидные
- в) S-образные сходящиеся
- г) S-образные - шип справа
- д) S-образные несходящиеся

204. Для удаления корней резцов верхней челюсти предназначены

щипцы

- а) прямые
- б) клювовидные
- в) штыковидные
- г) S-образные сходящиеся
- д) S-образные несходящиеся

205. Для удаления резцов нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) клювовидные несходящиеся
- в) S-образные щипцы с шипом
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

206. Для удаления клыков нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

207. Для удаления премоляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом
- в) клювовидные несходящиеся
- г) изогнутые по плоскости
- д) штыковидные

208. Для удаления левых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом справа
- в) клювовидные несходящиеся без шипов
- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

209. Для удаления правых первого и второго моляров нижней челюсти предназначены щипцы

- а) клювовидные сходящиеся
- б) S-образные с шипом слева
- в) клювовидные несходящиеся без шипов
- г) клювовидные несходящиеся с шипами
- д) штыковидные

210. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) прямой элеватор
- б) S-образные щипцы со сходящимися щечками
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
- д) S-образные щипцы с шипом

211. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) штыковидные щипцы
- б) штыковидный элеватор
- в) клювовидные сходящиеся щипцы
- г) S-образные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

212. Инструмент для удаления третьего моляра нижней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) элеватор Леклюза
- в) клювовидные несходящиеся щипцы без шипов
- г) S-образные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

213. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

- а) прямые щипцы
- б) иглодержатель
- в) клювовидные щипцы с шипами
- г) клювовидные сходящиеся щипцы
- д) S-образные несходящиеся щипцы

214. Инструмент для удаления корней зубов нижней челюсти

- а) гладилка
- б) прямые щипцы
- в) угловой элеватор
- г) клювовидные щипцы с шипами
- д) S-образные несходящиеся щипцы

215. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти

- а) бормашина
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

216. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти

- а) экскаватор
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

217. Дополнительные инструменты для удаления корней зубов нижней и верхней челюсти

- а) долото
- б) прямые щипцы
- в) иглодержатель
- г) крючок Лимберга
- д) элеватор Карапетяна

218. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) S-образными щипцами
- в) элеватором Карапетяна
- г) щипцами изогнутыми по плоскости
- д) клювовидными щипцами со сходящимися щечками

219. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) крючком Лимберга
- в) элеватором Волкова
- г) элеватором Леклюза
- д) элеватором Карапетяна

220. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) крючком Лимберга
- в) прямым элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

221. Третий нижний моляр удаляют

- а) прямыми щипцами
- б) крючком Лимберга
- в) штыковидным элеватором
- г) элеватором Волкова
- д) элеватором Карапетяна

222. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

- а) тризм
- б) кровотечение
- в) парез лицевого нерва
- г) остеомиелит нижней челюсти

223. Непосредственным осложнением во время удаления третьего нижнего моляра является

- а) тризм
- б) парез лицевого нерва
- в) перелом нижней челюсти
- г) остеомиелит нижней челюсти

224. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

- а) тризм
- б) диплопия
- в) парез лицевого нерва
- г) перелом нижней челюсти

225. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

- а) альвеолит
- б) диплопия

- в) парез лицевого нерва
- г) перелом нижней челюсти

226. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

- а) диплопия
- б) альвеолоневрит
- в) парез лицевого нерва
- г) перелом нижней челюсти

227. Отдаленным осложнением после удаления третьего нижнего моляра является

- а) диплопия
- б) остеомиелит лунки
- в) парез лицевого нерва
- г) перелом нижней челюсти

3. Хирургическое лечение заболеваний парадонта

228. Пародонтит - заболевание:

1. воспалительное+
2. воспалительно-дистрофическое
3. дистрофическое
4. опухолевидное
5. инфекционное

229. Основным этиологическим фактором пародонтита является:

1. микробный зубной налет (микробная бляшка) +
2. зубной налет курильщика
3. плотный зубной налет
4. наддесневой зубной камень
5. поддесневой зубной камень

230. На рентгенограмме резорбция межальвеолярной перегородки до 1/3 соответствует:

1. пародонтиту легкой степени+
2. пародонтиту средней степени
3. пародонтиту тяжелой степени
4. пародонтозу средней степени

5. пародонтозу тяжелой степени

231. Первый этап плана лечения пародонтита:

1. медикаментозное противовоспалительное лечение
2. ортодонтическое лечение
3. ортопедическое лечение
4. профессиональная гигиена полости рта+

5. хирургическое лечение

232. Критерий выбора метода хирургического лечения пародонтита:

1. жалобы пациента
2. длительность заболевания
3. кровоточивость десны при чистке зубов
4. глубина пародонтального кармана+

5. степень подвижности зубов

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

1. кюретаж карманов или операция «открытый кюретаж» +
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция
4. гингивотомия

5. гингивэктомия

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

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж» +
3. лоскутная операция
4. гингивотомия

5. гингивэктомия

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

1. кюретаж карманов
2. операция «открытый кюретаж»
3. лоскутная операция+
4. гингивотомия

5. гингивэктомия

236. Вид хирургического вмешательства при вскрытии пародонтального абсцесса:

1. гингивотомия+
2. гингивэктомия
3. лоскутная операция
4. экстирпация зуба

5. кюретаж

237. При хроническом генерализованном пародонтите в стадии ремиссии рекомендуется:

1. диспансеризация+
2. антибактериальная терапия
3. десенсибилизирующая терапия
4. прием фторсодержащих таблеток

5. герметизация фиссур зубов

238. Ортодонтическое или ортопедическое лечение при пародонтозе проводят:

1. до операций по пластике уздечек и предверия полости рта
2. после операций по пластике уздечек и предверия полости рта+
3. до рентгенологического исследования
4. после рентгенологического исследования

5. до индексной оценки состояния пародонта

239. Зуд в десне - характерная жалоба пациента при:

1. катаральном гингивите

2. гипертрофическом гингивите
 3. язвенно-некротическом гингивите
 4. пародонтите
-
5. пародонтозе+

4. Воспалительные заболевания ЧЛЮ

240. Затруднение при глотании появляется при флегмоне
- а) височной
 - б) скуловой
 - в) щечной области
 - г) дна полости рта
 - д) околоушно-жевательной
241. Выраженное затруднение открывания рта появляется при флегмоне
- а) височной
 - б) скуловой
 - в) поднижнечелюстной
 - г) подглазничной
 - д) щечной области
242. Ранним осложнением при флегмоне глазницы может быть
- а) ксеростомия
 - б) выворот век
 - в) потеря зрения
 - г) парез лицевого нерва
243. Одонтогенная флегмона отличается от аденофлегмоны
- а) осложнениями
 - б) наличием воспалительной реакции лимфатических узлов
 - в) скоростью нарастания симптомов интоксикации
 - г) выраженностью местных клинических проявлений
 - д) одной из стенок гнойного очага является челюстная кость
244. Серьезным осложнением флегмоны подглазничной области может быть
- а) паротит
 - б) медиастинит
 - в) флебит угловой вены
 - г) парез лицевого нерва
 - д) гематома мягких тканей
245. Серьезным осложнением флегмоны орбиты может быть
- а) паротит
 - б) медиастинит
 - в) парез лицевого нерва
 - г) гематома мягких тканей
 - д) тромбоз синусов головного мозга

246. Серьезным осложнением флегмон нижних отделов лица является

- а) паротит
- б) медиастинит
- в) парез лицевого нерва
- г) гематома мягких тканей
- д) тромбоз синусов головного мозга

247. Для ускорения абсцедирования назначают

- а) парафинотерапию
- б) грязевые аппликации
- в) УВЧ в нетепловой дозе
- г) УВЧ в слаботепловой дозе

248. Для ускорения очищения гнойной раны назначают

- а) УВЧ
- б) массаж
- в) электрофорез
- г) гальванизацию
- д) флюктуоризацию

249. Возбудителями при флегмоне дна полости рта чаще всего являются

- а) хламидии
- б) стафилококки
- в) лучистые грибы
- г) бледные спирохеты
- д) туберкулезные микобактерии

250. Причиной развития флегмоны дна полости рта является воспалительный процесс в области

- а) верхней губы
- б) зубов нижней челюсти
- в) зубов верхней челюсти
- г) лимфоузлов щечной области
- д) лимфоузлов околоушной области